Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

INSPECTION GÉNÉRALE
DES AFFAIRES SOCIALES

L'évolution de la profession de sage-femme

Rapport

Angel PIQUEMAL **Sacha REINGEWIRTZ** **Françoise ZANTMAN**

Membres de l'inspection générale des affaires sociales

2021-020R

Juillet 2021

SYNTHÈSE

[1] La mission a été déclenchée à l'occasion d'une contestation sociale et de l'expression d'un vif mécontentement de la part des sages-femmes. Elles considèrent, en effet, que l'ensemble des réformes engagées n'a conduit qu'à un « entre-deux » tant sur la problématique de leurs missions que sur celles de leur statut, de leur rémunération et de leur formation. Ces trois champs correspondent à l'objet de la lettre de mission.

[2] Le traitement inabouti de leurs préoccupations, explique, au moins partiellement, la résurgence de leur mobilisation et le malaise profond très clairement exprimé par les sages-femmes rencontrées, particulièrement marqué chez celles exerçant en établissement.

[3] Ainsi, la mission estime que des réponses claires et réalistes doivent être apportées, nécessitant des mises en œuvre rapides, déterminées et évaluées.

[4] Les missions des sages-femmes ont fait l'objet d'extensions successives par des décisions ponctuelles. Il convient de les mettre, dans leur ensemble, en regard de l'organisation des parcours des femmes pour la prise en charge de leur santé sexuelle et reproductive et de l'intervention des autres professions médicales. Or, aujourd'hui, les portes d'entrée dans ces parcours sont multiples (médecins gynécologues, obstétriciens, généralistes, sages-femmes). Pour les femmes, cela ne procure pas la lisibilité nécessaire et pour les professionnels, cela engendre d'importants besoins de coordination. Cette situation peut ainsi générer des défaillances dans la sécurité du suivi de ces parcours.

[5] L'extension des missions des sages-femmes à laquelle il a été procédé au cours des dernières années a permis de renforcer la réponse à certains besoins ; elle n'a, cependant, pas contribué à clarifier les parcours.

[6] Cette clarification doit porter sur les deux composantes essentielles du cœur de métier des sages-femmes : d'une part, le parcours de grossesse qui doit comporter un repositionnement des sages-femmes comme recours prioritaire pour la prise en charge du bas risque ; d'autre part, la prise en charge génésique des femmes en organisant de manière opérationnelle la coordination des divers professionnels.

[7] La diversité des acteurs du parcours et la médicalisation de la prise en charge de la grossesse ont conduit progressivement à brouiller la perception que les femmes avaient, traditionnellement, des missions des sages-femmes. Les différences de logique entre les corps professionnels, voire les querelles catégorielles qui ne sont pas étrangères à cela, doivent être dépassées, notamment en procédant à la clarification proposée par la mission.

[8] Dans ce cadre, améliorer la visibilité, auprès des femmes, des rôles précis joués par les sages-femmes constitue un levier déterminant.

[9] Toutefois, la diversification des missions ne peut occulter la reconnaissance toujours imparfaite du rôle de la sage-femme dans son cœur de métier, la prise en charge physiologique, dont la recherche souligne les bénéfices. Ce recentrage doit impliquer l'ensemble des sages-femmes, en établissement, en ville et en Protection Maternelle et Infantile (PMI).

[10] A cet effet, sans que cela soit prétexte au cloisonnement, l'organisation d'unités physiologiques au sein des services de maternité, selon des modalités évidemment adaptées à leur taille, ouvertes aux sages-femmes libérales, doit permettre de reconnaître le droit des femmes à un parcours

physiologique cohérent. Le réexamen des conditions de financement de ces activités est en outre nécessaire pour faciliter ces évolutions dans le secteur public comme dans le secteur privé.

[11] Il apparait également indispensable de prioriser les actions de prévention et redonner en cela une place prépondérante aux sages-femmes, notamment dans leurs interventions à destination des jeunes et des publics fragiles et précaires qui doivent constituer des cibles prioritaires.

[12] Cette réalité est d'autant plus préoccupante que les sages-femmes relèvent une prégnance croissante des difficultés familiales et sociales rencontrées par les femmes ainsi que des troubles psychologiques vécus au cours de la grossesse et après l'accouchement. Cette réalité mérite d'engager en urgence une réflexion sur les leviers à mobiliser et sur les modalités d'intervention des sages-femmes, tout mode d'exercice confondu, protagonistes essentielles du dépistage de ces situations porteuses de risques aigus.

[13] En revanche, l'éventuelle poursuite de l'extension des misions doit être appréhendée avec beaucoup de prudence. En particulier, il ne parait pas opportun que les caractéristiques de la démographie des sages-femmes et des médecins de la périnatalité servent de justification à des extensions complémentaires.

[14] La question du statut, selon la mission, doit faire l'objet d'une grande attention, car elle se situe au cœur de l'attractivité qui semble se dégrader sensiblement pour ce qui est de l'exercice hospitalier. Comme pour beaucoup de soignants, le besoin de reconnaissance est central mais prend pour les sages-femmes une dimension toute particulière puisqu'elles appartiennent aux professions médicales, même si leurs compétences sont « définies ». Les prévisions de renforcement de la proportion des sages-femmes libérales dans l'effectif présentent le risque de réduire le nombre de postes hospitaliers.

[15] Sur ce chapitre statutaire, il convient tout d'abord d'identifier les problèmes à résoudre. Ceux-ci se déclinent notamment autour des rémunérations, des difficultés d'accès à la formation continue, de l'exercice mixte, de la conciliation entre la vie professionnelle et la vie personnelle et du statut des coordinatrices.

[16] La mission considère que l'ouverture du statut des praticiens hospitaliers aux sages-femmes de l'hôpital public, revendiquée par de nombreuses organisations professionnelles, ne correspond pas à une solution adaptée. Indépendamment du surcoût annuel exorbitant évalué par la mission à près de 1 Mds €, la durée de la formation et la nature des responsabilités ne justifient pas cette ouverture.

[17] Le statut de la fonction publique hospitalière (FPH) offre, quant à lui, un cadre trop contraignant pour répondre aux questions devant être traitées. Ainsi, si l'option du maintien du corps des sages-femmes au sein de la FPH devait être retenue, il serait indispensable que des textes législatifs et règlementaires assouplissent certaines dispositions pour qu'elles offrent des modalités de réponses fiables.

[18] Les constats effectués par la mission la conduisent à considérer qu'une stratégie de rupture par la création d'un statut spécifique d'agent public correspondrait mieux aujourd'hui à la particularité de l'exercice des missions des sages-femmes et à leur appartenance aux professions médicales. Seul ce sur-mesure statutaire permettrait une réponse complète et adaptée.

[19] Une revalorisation salariale significative semble également justifiée pour repositionner, plus harmonieusement et logiquement, les sages-femmes dans l'échelle des rémunérations de toutes les professions soignantes, médicales ou non au sein de l'hôpital. Cela devrait également concerner les sages-femmes exerçant dans les établissements à but lucratif et d'intérêt collectif ainsi que dans les services de PMI.

[20] Enfin, sur le plan de la formation initiale, la mission constate que le processus d'universitarisation est à l'arrêt, illustration complémentaire de « l'entre deux » ressenti par la profession ; il semble, désormais, ne plus mobiliser aucun de ses acteurs institutionnels majeurs.

[21] La mission estime, néanmoins, indispensable de le conduire à son terme en complétant l'axe essentiel que constitue la création très récente de postes de maître de conférence décidée par le ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation (MESRI). Pour cela, les leviers suivants doivent être mobilisés :

- L'affichage d'une volonté politique commune associant le ministère des solidarités et de la santé (MSS) et le MESRI visant à faire aboutir le processus et la constitution d'un comité de pilotage ad hoc associant l'ensemble des acteurs impliqués pour élaborer, mettre en œuvre et évaluer le plan d'action nécessaire ;
- Pour les enseignants, la création d'un statut spécifique permettant de conjuguer, de manière contractualisée, pour tous, activité clinique et activité d'enseignement et /ou de recherche ; et dans l'attente l'utilisation du statut de professeur associé pour symboliser rapidement la volonté de concrétiser l'ancrage universitaire ;
- L'attribution aux sages-femmes de bourses doctorales ciblées sur la recherche en maïeutique ;
- La reconnaissance de la fonction de maître de stage.

[22] Par ailleurs, la formation initiale, avant tout professionnelle, fait l'objet de critiques marquées tant de la part des étudiants que des professionnels en exercice, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Ces critiques portent sur la densité des enseignements et des stages, sur la solidité des acquis des étudiants à la fin de leur cursus et sur le fonctionnement des centres de formation générant un malaise dont les étudiants en maïeutique témoignent.

[23] C'est pourquoi la mission considère qu'il est prématuré de se prononcer sur la pertinence d'une année supplémentaire, même si celle-ci présente à priori certains intérêts, tant qu'une évaluation du processus de formation initiale ainsi que des acquis détenus par les étudiants en fin de cycle n'a pas été effectuée. Il s'agit, ainsi, d'objectiver les contenus de la formation et des acquis afin de mesurer leur adéquation au référentiel métier.

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
Les missions				
1	Organiser des parcours de santé des femmes adaptés aux territoires en précisant d'une part les modalités opérationnelles de la coordination des professionnels et de leur accompagnement et d'autre part l'évaluation des dispositifs.	1	ARS	2ème semestre 2022
2	Redéfinir, pour les clarifier, les modalités d'entrée dans le parcours des femmes enceintes et la place des différents professionnels. Prioriser le recours aux sages-femmes dans le suivi des grossesses sans situation à risque ou à faible niveau de risque.	1	DGOS HAS	1er semestre 2022
3	Prendre les dispositions règlementaires pour permettre une déclinaison effective et rapide de la fonction de sage-femme référente.	2	MSS	2021
4	Créer et développer des espaces physiologiques au sein des maternités, dans lesquelles exerceront les sages-femmes hospitalières ainsi que, par convention, les sages-femmes libérales.	1	MSS - ARS ES	2ème semestre 2022
5	Pour les établissements de santé, relever les tarifs des accouchements par voie basse sans complication et les rééquilibrer par rapport aux autres GHM des activités d'obstétrique.	1	MSS - ATIH	2ème semestre 2022
6	A titre expérimental, élaborer dans des services d'obstétrique un projet collectif de la naissance. Créer un « comité naissance » co-présidé par le chef de service de gynécologie-obstétrique et le coordinateur en maïeutique pour, collectivement, élaborer, mettre en place et évaluer la politique de naissance au sein de la maternité.	1	DGOS - ES	2021
7	Créer des parcours de santé génésique adaptés aux spécificités des territoires qui assurent un premier recours pour le suivi gynécologique régulier des femmes et organiser de manière opérationnelle l'exercice coordonné entre médecins et sages-femmes.	1	MSS - CNAM ARS	2ème semestre 2022
8	Intégrer systématiquement les sages-femmes dans toutes les actions de prévention qui sont à renforcer au sein des territoires comme au plan national, et les investir dans des actions régulières d'information auprès des publics jeunes et des publics fragiles.	1	MSS – ARS SPF (Santé Publique France)	2ème semestre 2022
9	Elaborer un plan d'actions spécifique pour réduire les inégalités territoriales, avec des mécanismes incitatifs complémentaires conséquents notamment pour certains départements d'Ile-de-France.	2	CNAM	1er semestre 2022
10	Ne pas envisager d'extension des missions des sages-femmes au seul motif de la démographie médicale.	2	MSS	
Le statut				
11	Intensifier les formations diplômantes pour répondre aux exigences de l'exercice des différentes missions.	2	MSS	2ème semestre 2022

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
12	Revaloriser sensiblement le niveau de rémunération dès l'entrée dans la carrière de sage-femme hospitalière, mesure à étendre aux professionnelles des autres types d'établissements.	1	MSS	2021
13	Créer pour les sages-femmes exerçant en EPS un statut d'agent public extrait de la FPH et non assimilable au statut des PH.	1	MSS	2021
14	Etudier les conditions de représentation des sages-femmes au sein du conseil supérieur des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques des EPS.	2	MSS	2ème semestre 2022
15	Créer un statut spécifique pour les sages-femmes qui assureront une fonction d'encadrement et de coordination pour laquelle une formation à la gestion et au management sera exigée.	1	MSS	1er semestre 2022
16	Entreprendre une révision de la CCAM pour modifier la nature des honoraires versés aux médecins gynécologues-obstétriciens afin de permettre aux sages-femmes exerçant en établissement privé à but lucratif de gérer, en autonomie, l'ensemble de l'accouchement à bas risque.	2	CNAM	2ème semestre 2022
17	Modifier le classement de la profession de sage-femme dans la nomenclature d'activités française gérée par l'INSEE.	2	MSS - INSEE	2ème semestre 2022
18	Créer statutairement les conditions d'un exercice mixte facilité pour permettre la polyvalence et un partage plus homogène des contraintes inhérentes à la permanence du fonctionnement des établissements.	1	MSS	1er semestre 2022
19	En complément des mesures habituelles de remplacement, expérimenter sur deux régions et six établissements publics volontaires, la négociation d'accords locaux portant sur une régulation du temps de travail des sages-femmes pour mieux l'adapter aux variations saisonnières et incluant des formules d'intéressement.	2	MSS - ARS ES	2ème semestre 2022
La formation				
20	Elaborer un plan destiné à finaliser le processus d'universitarisation, sous l'égide d'un comité de suivi national piloté par le MSS, le MESRI et Régions de France, comprenant notamment les écoles, les Universités, les étudiants, les doyens, la CPU et les CHU.	1	MSS - MESRI	2021
21	Développer les enseignements et simulations communes entre médecins et sages-femmes, co-construits par les départements de médecine et de maïeutique.	2	MSS - MESRI	2ème semestre 2022
22	Flécher davantage de bourses doctorales vers la recherche en maïeutique, afin d'augmenter le vivier de sages-femmes pouvant aspirer à des fonctions universitaires.	1	MSS - MESRI	2ème semestre 2022
23	Dans le cadre du nouveau statut, faciliter l'accès au deuxième grade pour les sages-femmes titulaires d'un master ou d'un doctorat.	1	MSS	2021
24	Créer un statut bi-appartenant spécifique, hospitalier et universitaire, pour les enseignants sages-femmes, extensible aux autres formations en santé, pour permettre l'association entre fonctions universitaires et fonctions cliniques.	1	MSS - MESRI	2ème semestre 2022

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
25	Dans l'attente de la création de ce statut bi-appartenant, recourir au statut de professeur associé.	2	MSS - MESRI	1er semestre 2022
26	Reconnaitre la fonction de maître de stage au sein des établissements hospitaliers, qui devra faire l'objet d'une formation et d'un temps dédié. Ouvrir également cette fonction aux sages-femmes libérales, en l'assortissant d'une indemnisation	1	MSS - MESRI	2ème semestre 2022
27	Restaurer au niveau national les équivalences vers les professions d'aide-soignante et d'auxiliaire de puériculture, et instaurer une équivalence vers la profession d'infirmière.	1	MSS - MESRI	1er semestre 2022
28	Confier au HCERES une mission d'évaluation de la formation initiale.	2	MSS - MESRI	1er semestre 2022
29	Confier à l'ordre des sages-femmes, au collège des sages-femmes et au collège des gynécologues et obstétriciens une mission conjointe d'évaluation du niveau de compétences acquises à l'issue de la formation.	2	MSS	1er semestre 2022
30	N'envisager la perspective d'une 6ème année de formation qu'à la lumière de ces évaluations afin d'en définir les objectifs et modalités.	2	MSS - MESRI	

SOMMAIRE

SYNTHESE **3**

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION **7**

INTRODUCTION **13**

1 L'OPTIMISATION DU RECOURS AUX SAGES-FEMMES CONTRIBUERAIT A CLARIFIER LE PARCOURS DE SANTE DES FEMMES **14**

1.1 LE REPOSITIONNEMENT DES SAGES-FEMMES CONTRIBUERAIT A RENFORCER LA COHERENCE DES PARCOURS DE SANTE 14

1.1.1 Les différences de parcours appellent à une meilleure coordination des acteurs et une évaluation *14*

1.1.2 Les missions fondamentales du suivi de la grossesse et de la santé génésique doivent être consolidées *21*

1.2 L'EXTENSION DES MISSIONS DES SAGES-FEMMES NE DOIT PAS DEPENDRE EXCLUSIVEMENT DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE 30

1.2.1 Malgré l'augmentation des effectifs, la répartition géographique des sages-femmes demeure inégale *30*

1.2.2 Des modes d'exercice marqués par le développement des exercices libéral et mixte *33*

1.2.3 Le solde de la démographie des autres professions médicales liés à la périnatalité est contrasté *34*

1.2.4 La natalité présente un net repli accentué par la crise sanitaire *35*

1.2.5 Le contexte démographique ne justifie pas à lui seul l'extension des missions de sages-femmes *35*

2 LA RENOVATION DU STATUT ET DES CONDITIONS D'EXERCICE EST INDISPENSABLE POUR MAINTENIR L'ATTRACTIVITE DU METIER **36**

2.1 LES DETERMINANTS DE L'ATTRACTIVITE EN ETABLISSEMENT SE SONT DEGRADES 37

2.1.1 Les niveaux de rémunération sont inadaptés au niveau de leurs responsabilités *37*

2.1.2 La formation continue est insuffisamment accessible *40*

2.1.3 Une pratique de l'exercice mixte ne permet pas le décloisonnement attendu *42*

2.1.4 La réponse au besoin de conciliation vie personnelle-vie professionnelle est insuffisante *43*

2.1.5 Les missions et le statut des coordinatrices ont conduit à une perte de sens *44*

2.2 LE SUR MESURE DOIT ETRE PRIVILEGIE POUR DEPASSER LES CONTRAINTES DES STATUTS EN VIGUEUR 45

2.2.1 Les évolutions statutaires envisageables constituent des solutions imparfaites *45*

2.2.2 La mission préconise un statut particulier de praticien en maïeutique *49*

2.3 L'AMELIORATION DES CONDITIONS D'EXERCICE NECESSITE DES MESURES PREVENTIVES 54

2.3.1 Le développement de l'exercice mixte favoriserait la polyvalence et allègerait les contraintes *54*

2.3.2 Une répartition aménagée du temps de travail faciliterait l'adaptation aux variations saisonnières *55*

3 L'ANCRAGE UNIVERSITAIRE DE LA MAÏEUTIQUE DOIT ETRE PARACHEVE PAR UNE EVOLUTION DE LA RECHERCHE, DE L'ENSEIGNEMENT ET DE LA FORMATION **56**

3.1 UN REALIGNEMENT DES ACTEURS EST NECESSAIRE POUR FINALISER L'UNIVERSITARISATION 56

3.1.1 L'intégration de la formation en maïeutique au sein l'Université est en panne *56*

3.1.2 La lenteur de l'universitarisation s'explique par les hésitations des différents acteurs *57*

3.1.3 Un réalignement des acteurs apparaît essentiel pour relancer l'universitarisation *58*

3.2 DES EVOLUTIONS STATUTAIRES SONT INDISPENSABLES POUR CONCILIER RECHERCHE, ENSEIGNEMENT ET CLINIQUE 59

3.2.1 Le développement de la recherche pâtit d'un certain retard *59*

3.2.2 La création des postes d'enseignant-chercheur doit être complétée par des statuts bi-appartenants *60*

3.3 UNE EVALUATION DE LA FORMATION PERMETTRAIT D'ARBITRER LA CREATION D'UNE ANNEE SUPPLEMENTAIRE 62

3.3.1 La formation longue et dense interroge sur le bien-être des étudiants et leur accompagnement en stage *62*

3.3.2 La maquette pédagogique mérite d'être évaluée pour trancher le débat d'une année supplémentaire *65*

LETTRE DE MISSION **67**

ANNEXE 1 : UN POSITIONNEMENT INITIALEMENT MEDICAL, QUI A FLUCTUE AVEC L'EVOLUTION DE LA PERINATALITE **69**

ANNEXE 2 : LES EXTENSIONS DE COMPETENCE DES SAGES-FEMMES **71**

ANNEXE 3 : CARTOGRAPHIE DE L'ACTIVITE D'OBSTETRIQUE 75

1 LES AUTORISATIONS D'ACTIVITE EN PERINATALITE EN 2021 75

2 LES ACCOUCHEMENTS PAR VOIE BASSE SANS COMPLICATION 76

3 LES VARIATIONS SAISONNIERES DE L'ACTIVITE D'ACCOUCHEMENT 77

ANNEXE 4 : DONNEES DEMOGRAPHIQUES 81

1 UNE AUGMENTATION TRES SENSIBLE DES EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES MAIS DES INEGALITES DE REPARTITION GEOGRAPHIQUE 81

2 DES MODES D'EXERCICE MARQUES PAR LE DEVELOPPEMENT DE L'EXERCICE LIBERAL ET DE L'EXERCICE MIXTE 84

3 LE SOLDE CONTRASTE DE LA DEMOGRAPHIE DES AUTRES PROFESSIONS MEDICALES LIEES A LA PERINATALITE 85

ANNEXE 5 : LES SAGES-FEMMES A L'ETRANGER : COMPARAISONS ET BONNES PRATIQUES 87

1 EN FRANCE, MALGRE DES RESPONSABILITES IMPORTANTES, LE SENTIMENT DE MANQUE DE RECONNAISSANCE DES SAGES-FEMMES EST MARQUE 88

2 LES BONNES PRATIQUES DEVELOPPEES A L'ETRANGER 89

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES 95

SIGLES UTILISES 107

INTRODUCTION

[24] La sage-femme pratique son art depuis la nuit des temps, mais sa place a été bousculée au cours de l'histoire. A son origine, il s'agit d'une profession exclusivement féminine, la sage-femme étant celle qui donne la sagesse aux femmes et les aide à devenir mère. Devenue profession médicale en 1803, son exercice gagne en technicité au cours des années mais perd en autonomie. Aujourd'hui, les sages-femmes exercent une profession médicale autonome à « compétences définies et réglementées ». (Cf. Annexe 1).

[25] Toutefois, leur positionnement et leur statut au sein du système de soins les placent dans des situations « d'entre deux », en interactions fréquentes et sensibles avec d'autres professions. Ainsi leur exercice, dont le modèle se différencie par plusieurs aspects importants de celui d'autres pays, fait face à une crise profonde. Ces « effets de bord » créés par ces situations constituent des freins incontestables à une résolution d'un besoin de reconnaissance et de valorisation généré par leur appartenance aux professions médicales.

[26] Cette mission a été demandée après des réunions organisées, dès le mois de février 2021, par les cabinets du ministre des solidarités et de la santé (MSS) et du secrétaire d'État en charge de l'enfance et des familles et la direction générale de l'offre de soins (DGOS) avec les organisations professionnelles représentant les sages-femmes. Ces rencontres se sont déroulées sur fond de constestation et de mobilisation sociale des professionnelles concernées[1]. La lettre de mission fait référence explicitement à leurs revendications.

[27] Dans ce contexte, le ministre des solidarités et de la santé ainsi que le secrétaire d'état ont confié à l'IGAS une mission relative au statut et au positionnement des sages-femmes. La cheffe de l'inspection a désigné Angel Piquemal, Sacha Reingewirtz et Françoise Zantman pour réaliser la mission.

[28] La mission porte sur trois volets : les missions, les statuts et la formation des sages-femmes et balaye la totalité du champ de leur exercice, hospitalier, libéral et celui de la protection maternelle et infantile.

[29] La mission a conduit près de 60 entretiens avec des organisations nationales, a consulté les représentants des différentes professions médicales concernées, des sages-femmes, des gynécologues médicaux, obstétriciens, pédiatres et médecins généralistes. Elle a aussi auditionné les représentants des régions, des départements et des agences régionales de santé. La mission a eu des contacts avec le ministère de l'Europe et des Affaires étrangères et a pu s'entretenir avec des représentants d'autres pays européeens et de pays d'Amérique du Sud. Elle s'est appuyée sur de nombreux rapports, études et statistiques.

[30] Par ailleurs, la mission a souhaité rencontrer des sages-femmes sur leurs lieux d'exercice et a donc effectué des déplacements au sein de 8 maternités dans quatre régions, l'Ile de France, le Grand-Est, les Hauts de France et la Nouvelle-Aquitaine ; elle a eu ainsi des entretiens avec plus de 70 sages-femmes.

[1] Appels à la grève nationale lancés pour les 26 janvier, 10 et 24 février 2021 ainsi que le 8 mars à l'occasion de la journée internationale des droits des femmes.

[31] Articulé autour de 3 parties relatives aux missions, au statut et à la formation, le rapport souligne le caractère insatisfaisant des situations actuelles et propose des schémas plus restructurants.

[32] Le rapport est complété par 5 annexes : l'historique de la profession de sage-femme, le tableau synthétisant leurs missions, la cartographie de l'activité d'obstétrique, la démographie et les expériences des pays étrangers.

1 L'optimisation du recours aux sages-femmes contribuerait à clarifier le parcours de santé des femmes

[33] La santé des femmes présente des spécificités à différents moments de leur cycle de vie. Elles sont liées à la santé reproductive afin d'éviter les grossesses non désirées, au recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG), au suivi de la grossesse, à l'accouchement, au post-partum et à la ménopause.

[34] Tout au long de leur vie, les femmes sont nécessairement attentives à leur état de santé mais plus ou moins proches du système de soins. C'est ainsi que des inégalités entre femmes existent et les plus défavorisées requièrent une attention particulière.

[35] Le repérage des parcours de santé est un enjeu essentiel pour une prise en charge adaptée et les missions des sages-femmes ne peuvent être appréhendées sans les resituer dans le parcours des femmes.

1.1 Le repositionnement des sages-femmes contribuerait à renforcer la cohérence des parcours de santé

1.1.1 Les différences de parcours appellent à une meilleure coordination des acteurs et une évaluation

1.1.1.1 La diversité des portes d'entrée dans le parcours de santé nuit à sa lisibilité

[36] Quatre professions médicales sont concernées par la prise en charge des spécificités de la santé des femmes : les professionnels de « premier recours » que sont les médecins généralistes et les sages-femmes, et les gynécologues médicaux et les gynécologues obstétriciens, qui constituent « *la seconde ligne du recours de soin*[2] ».

[37] Entrée en vigueur avec la loi du 13 août 2004, la réforme de l'assurance maladie a engendré des obligations pour le patient par la déclaration du médecin traitant et le respect du parcours de soins coordonné. Le médecin traitant devient le premier interlocuteur pour l'assuré.

[38] Cependant, perdurent des exceptions à ce parcours coordonné. Les consultations des gynécologues médicaux et obstétriciens sont en accès direct, sans passer par le médecin traitant pour certains motifs : examen clinique périodique comportant des actes de dépistage, prescription et suivi de la contraception, suivi de la grossesse et interruption de grossesse médicamenteuse. L'accès à une sage-femme relève aussi de ces exceptions car il n'y a pas de majoration du ticket modérateur.

[2] Enjeux des relations en métiers en tension : la sage-femme, le médecin généraliste et le gynécologue, Florence Douguet, UBS –Lorient, Alain Vilbrod UBS – Brest, juin 2021

[39] Dans ces situations, les femmes peuvent s'adresser au médecin gynécologue et aux sages-femmes tout en bénéficiant d'un remboursement optimal de l'assurance maladie et de leur complémentaire santé.

[40] Le recours à l'un ou l'autre de ces praticiens induit par nature des parcours différents en fonction de la porte d'entrée du professionnel de santé, selon les témoignages reçus par la mission.

[41] Mais ce recours relève également d'une question d'offre et de demande dans les territoires[3], bien souvent liée à la démographie médicale de ces professions de santé.

[42] Malgré cet éventail de choix dans la prise en charge, certains parcours demeurent complexes, empreints de doublons de consultation. D'autres peuvent se révéler lacunaires et inadaptés aux situations rencontrées.

[43] La mission a pu recueillir les témoignages des professionnels de la périnatalité au sein des établissements de santé évoquant un recours fréquent aux urgences pour des femmes en situation de précarité, des retards dans l'accès au système de soins, des décrochages dans le suivi des grossesses ainsi que des suivis multiples et dispersés avec des doublons d'examens.

[44] La Haute Autorité de Santé (HAS) précise dans sa recommandation[4] : « *le type de suivi approprié en termes de professionnels de santé et le lieu d'accouchement ainsi que les modalités pour les femmes qui ne présentent pas de risques identifiés* ». Il est noté : « *Lorsque la grossesse se déroule sans situation à risque, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (médecin généraliste, gynécologue médical ou obstétricien), selon le choix de la femme. La liberté de choix du professionnel est bien soulignée et il revient à la femme de décider par quel professionnel de santé elle va se faire suivre lorsque le choix est possible* ».

[45] L'enquête sur la périnatalité réalisée par l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) et la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)[5] en 2016 présente les différents professionnels de santé consultés par les femmes après la déclaration de grossesse et pour le suivi de leur grossesse : « *Un gynécologue-obstétricien en ville était consulté au moins une fois par 57,0 % des femmes et une sage-femme à la maternité par 40,7 % des femmes. La place prise par les médecins généralistes dans le suivi prénatal a diminué depuis 2010, 19,3 % des femmes ayant consulté un généraliste en 2016 contre 23,8 % en 2010, et la part des consultations auprès d'une sage-femme libérale a augmenté, passant de 16,0 % en 2010 à 25,2 % en 2016. Pour la moitié des grossesses, le principal responsable du suivi prénatal pendant les six premiers mois reste un gynécologue-obstétricien en ville, et pour respectivement 16,0 % et 14,8 % des grossesses, il s'agit d'un gynécologue-obstétricien et d'une sage-femme en maternité publique ».*

[46] Ces données montrent que le suivi prénatal pendant les six premiers mois de la grossesse est majoritairement assuré par un gynécologue obstétricien en ville y compris pour les grossesses physiologiques. Ceci singularise, ainsi, la France par rapport à d'autres pays européens qui privilégient le recours à une sage-femme.

[47] Des gynécologues-obstétriciens auditionnés affirment qu'une partie des femmes qui viennent les consulter souhaitent bénéficier d'un environnement plus médicalisé et s'en sentent plus rassurées, même lorsque la grossesse se présente à bas risque.

---

[3] Ibid.
[4] « Suivi et orientations des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiées », mai 2016,
[5] Enquête nationale, rapport 2016, Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010, rapport rédigé par l'INSERM et la DREES, enquête réalisée avec la participation des services départementaux de protection maternelle et infantile et les services de santé en périnatalité (Octobre 2017) Tableaux p 99/100

[48] Ces résultats peuvent aussi s'expliquer par la situation de certaines maternités de grande taille qui sont en tension sur les professionnels de santé et priorisent le suivi des grossesses pathologiques ; dans ce cadre, l'activité du suivi prénatal est donc confiée aux sages-femmes libérales. Cette situation est favorisée par le contexte d'augmentation du nombre de ces dernières et la diminution du nombre de gynécologues et d'obstétriciens dans certains établissements.

[49] Le collectif inter-associatif autour de la naissance (CIANE) souligne le fait qu'il n'est pas toujours simple de trouver une sage-femme disponible et en cas de problème, il est souvent compliqué de savoir vers qui s'orienter.

1.1.1.2 L'extension des missions des sages-femmes accentue le recoupement de compétences avec d'autres professions

- **Les spécialités médicales**

[50] **Les gynécologues médicaux** réalisent les actes concernant la contraception, la ménopause, les traitements hormonaux, le dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles, l'interruption volontaire de grossesse, l'infertilité et l'aide à la conception, les douleurs pelviennes et les troubles de la sexualité.

[51] **Les gynécologues obstétriciens** relèvent d'une spécialité chirurgicale, au sens des catégories définies par le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM). Toutefois, certains actes de leurs pratiques relèvent de la spécialité médicale ce qui en fait une discipline mixte. Du côté médical, les actes réalisés concernent la prise en charge de la contraception et de la ménopause, mais aussi le diagnostic avec l'échographie et la surveillance des grossesses, l'obstétrique avec les accouchements et la procréation médicalement assistée (PMA). Du côté chirurgical, les gynécologues obstétriciens pratiquent des césariennes, des interventions sur des fibromes et des kystes, ils réalisent aussi des hystérectomies et ce qui relève de la sénologie.

[52] Le gynécologue obstétricien est tout à la fois médecin, chirurgien, accoucheur, ce qui lui confère la prise en charge des femmes à toutes les étapes de leur vie. Il apparait que les frontières entre les deux métiers sont relativement perméables sur les aspects médicaux.

[53] **La médecine générale** est reconnue comme une spécialité à part entière depuis la mise en place du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale en 2004. La médecine générale est une discipline scientifique et universitaire, orientée vers les soins primaires. Les médecins généralistes sont le premier contact avec le système de soins pour les usagers. Ils soignent les personnes dans le contexte de leur famille, de leur culture et indépendamment de leur âge, de leur sexe ou d'autres caractéristiques.

[54] Dans leur exercice, les médecins généralistes sont autorisés à réaliser des actes concernant la gynécologie et l'obstétrique. Ils peuvent effectuer des suivis gynécologiques, diagnostiquer des pathologies et les traiter.

[55] Les médecins généralistes réalisent des consultations de gynécologie pour les motifs suivants [6] : l'initiation et /ou le renouvellement d'une contraception, la prévention du cancer du col de l'utérus, les infections génitales basses et la symptomatologie pelvienne, les pathologies mammaires, la gestion d'un traitement hormonal substitutif de la ménopause, les troubles de la

[6] Héloïse Guyomard, Etat des lieux du suivi gynécologique en médecine générale, revue de littérature, thèse de médecine, Université d'Angers 2018,

sexualité et les troubles de la fertilité. Ils suivent également des grossesses à bas risque et peuvent réaliser des accouchements bien que cette pratique ne soit plus en vigueur.

- **La profession de sage-femme**

[56] Les sages-femmes témoignent d'un manque de lisibilité ressenti par les femmes sur la nature de leurs missions et les prises en charge qu'elles sont en mesure d'assurer. Il n'existe pas à ce jour de document de référence listant de manière synthétique et globale les compétences des sages-femmes, en particulier depuis les extensions de mission des deux dernières décennies (cf. tableau en annexe 2).

Les sages-femmes exercent une profession médicale autonome à « compétences définies et réglementées »[7].

« *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 postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant.* » [8]

La sage-femme peut effectuer l'examen postnatal à la condition d'adresser la femme à un médecin en cas de situation pathologique constatée[9]. L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique. Les sages-femmes sont autorisées à concourir aux activités d'assistance médicale à la procréation, dans des conditions fixées par décret[10]. L'exercice des sages-femmes intervient dans le champ du physiologique et du bas risque.

Les compétences des sages-femmes se sont renforcées dans le domaine de l'obstétrique et de la périnatalité et élargies dans celui de la gynécologie depuis les années 2000.

La loi de santé publique de 2004 les autorise à suivre en toute autonomie une patiente, de la déclaration de grossesse jusqu'à la réalisation des soins postnataux du nouveau-né et de la mère. L'arrêté du 22 mars 2005 autorise la réalisation de certaines vaccinations par les sages-femmes. La loi du 5 mars 2007 permet de conduire l'entretien prénatal précoce (EPP). La loi Hôpital Patient Santé et territoires (HPST) du 21 juillet 2009 élargit leur champ de compétences sous réserve de suivi de formation. Elles peuvent réaliser des échographies gynécologiques, des actes d'acupuncture et d'ostéopathie, prescrire des contraceptifs hormonaux, poser des dispositifs contraceptifs sous cutanés et intra utérins et conduire des consultations de contraception et de suivi gynécologique dans une logique de prévention auprès des femmes en bonne santé. L'arrêté du 11 octobre 2011 précise la liste des médicaments autorisés à la prescription par les sages-femmes dans les cinq familles thérapeutiques : les antibiotiques, les contraceptifs, l'homéopathie, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les anti-sécrétoires gastriques. Depuis 2012, elles peuvent prescrire des arrêts de travail qui ne doivent pas excéder 15 jours et uniquement en cas de grossesses pathologiques et elles peuvent participer aux activités d'assistance médicale à la procréation. La loi du 26 janvier 2016 (modernisation de notre système de santé) leur a ouvert la prescription des substituts nicotiniques et la réalisation des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 élargit encore ce champ en prévoyant la mise en place d'une expérimentation pour une durée de 3 ans de la pratique de l'IVG chirurgicale par des sages-femmes ayant réalisé la formation complémentaire obligatoire et justifiant des expériences spécifiques attendues.

Dans le cadre de l'épidémie de la COVID-19, [11]les sages-femmes peuvent prescrire et administrer les vaccins anti-Covid à toute personne sous la réserve des risques de réaction anaphylactique.

[7] Arrêté du 4 novembre 2019 relatif à l'accès aux formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique
[8] Article l4151-1du code la Santé Publique(CSP)
[9] Article L4151-3du CSP
[10] Décretn°2012-885 du 17 juillet 2012 relatif aux conditions dans lesquelles les sages-femmes concourent aux activités d'assistance médicale à la procréation
[11] Décret 2021-506 du 27 avril 2021

Enfin, la loi 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, dite *loi RIST*[12], prévoit dans son article 7 la possibilité de prescrire à leurs patientes et aux partenaires de leurs patientes le dépistage d'infections sexuellement transmissibles et les traitements de ces infections figurant sur une liste arrêtée par voie réglementaire. Dans son article 9, il est inscrit que l'assurée ou l'ayant-droit peut déclarer à son organisme gestionnaire du régime de base de l'assurance maladie le nom de la sage-femme référente afin de favoriser la coordination des soins pendant et après la grossesse. Dans son article 10, il est précisé un élargissement du droit de prescription des médicaments nécessaire à l'exercice ; enfin, elles pourront désormais prononcer la prolongation des arrêts de travail au-delà de 15 jours.

Les évolutions du cadre réglementaire ont profondément modifié le métier de sage-femme en élargissant leurs missions. Dans un contexte de fermeture de petites maternités, de regroupement de l'offre de soins en périnatalité et parfois de moindre présence médicale, l'exercice libéral s'est beaucoup développé.

La réalisation des accouchements constitue la différence entre activité libérale et salariée. L'activité libérale exclusive est principalement axée sur la préparation à la naissance, la rééducation périnéale, les consultations en lactation et conseils pour l'allaitement maternel, l'entretien prénatal précoce, le suivi de couches à domicile, la surveillance des grossesses pathologiques et les consultations prénatales.

[57] Le constat d'un partage assez large d'activités entre ces professionnels pour le domaine de la gynécologie et de l'obstétrique ne facilite pas le choix d'un recours au bon professionnel pour le suivi et la prise en charge de la santé de la femme en bonne santé.

1.1.1.3 Face à cela, la coordination reste à construire et à évaluer

[58] Malgré les recommandations de bonnes pratiques émises par la HAS, ce besoin de coordination est suffisamment verbalisé observé pour qu'il ait généré des innovations récentes dans le cadre du parcours des 1 000 jours et de la loi dite « Rist ».

- Les recommandations de bonnes pratiques de la HAS

[59] Les travaux de la HAS sont nombreux sur le thème de la santé des femmes et le domaine de la périnatalité[13]. Ils couvrent tous les aspects de la contraception, de l'interruption volontaire de grossesse, de la stérilisation, de la grossesse et de la reproduction, de l'infertilité et de l'assistance médicale à la procréation, de la ménopause et de l'andropause, du dépistage des cancers, des différents parcours de soins en périnatalité ainsi que la préparation à la naissance. Une note de cadrage sur le repérage, le diagnostic et la prise en charge des troubles psychiques périnatals vient d'être publiée en juin.

[60] De nombreuses conduites à tenir dans le cadre de l'épidémie de la COVID -19 ont aussi été diffusées.

  - Continuité du suivi des femmes enceintes (avril 2021) ;
  - Continuité du suivi postnatal des femmes et de leur enfant (avril 2021) ;
  - Réponse rapide pour l'IVG dans le cadre du COVID-19 à 8 et 9 semaines d'aménorrhée hors établissement hospitalier (avril 2020) ;
  - Protocole IVG médicamenteux, points d'information et de vigilance (janvier 2020).

[12] Du nom de la députée cosignataire et rapporteur de la proposition de loi initiale
[13] https//www.has.sante.fr

[61] Selon la HAS, « *le parcours de santé en périnatalité doit être organisé dès le projet de grossesse et se poursuivre jusqu'au retour au domicile. Il se structure en cinq étapes : la période anténatale (avec l'entretien prénatal précoce, les séances de préparation à l'accouchement, le suivi clinique et paraclinique…), l'accouchement et le séjour à la maternité, le suivi postnatal précoce à domicile et enfin, l'accompagnement de la mère et de l'enfant dans les mois suivant la naissance ».*

[62] « *Assurer la continuité des soins entre la ville et l'hôpital, coordonner les interventions des acteurs concernés, prendre en compte l'incidence sur la santé d'éléments comme l'environnement, le mode vie, le milieu socio-professionnel* », tels sont les enjeux du parcours de soins pour une prise en charge globale et sans rupture.

[63] Toutefois le parcours de soins est complexe à mettre en place et relève de différentes composantes qu'il faut prendre en compte[14]. En complément de sa consolidation, le parcours se personnalise en fonction des caractéristiques de la personne, de ses besoins, ses préférences, son comportement, mais aussi des ressources disponibles localement, l'organisation des soins et des prestations, les degrés de coopération entre la ville et l'hôpital. Les professionnels doivent faire face à de nombreuses difficultés comme le cloisonnement de l'offre, la charge de travail, les habitudes des patientes.

[64] Une politique du parcours de soins a été engagée avec le lancement de la stratégie nationale de santé afin de dynamiser les parcours de proximité autour du domicile et non plus autour de l'hospitalisation. Ces changements majeurs ont des implications dans la formation des professionnels, dans les organisations professionnelles et territoriales et dans les modèles de financement.[15]

[65] Le pacte territoire santé[16] comprend le développement des maisons de santé pluri professionnelles où la place des sages-femmes est reconnue, en coordination étroite avec le médecin traitant comme acteur d'accès à la prévention et à des prises en charge adaptées autour de la naissance. Il s'intéresse également aux femmes plus âgées ainsi qu'à la prévention et l'éducation à la santé sexuelle auprès des adolescents et des jeunes femmes.

[66] La politique de parcours s'inscrit dans une démarche de coopération où l'organisation des acteurs entre eux est essentielle. Ces évolutions modifient profondément l'organisation hospitalière, comme par exemple le soutien aux acteurs de proximité notamment avec l'expérimentation des maisons de naissance.

[67] Le Projet régional de santé est une opportunité pour décliner l'organisation des parcours sur un plan opérationnel au sein des territoires.

[68] L'enjeu de ces parcours est de faire en sorte que la grossesse et l'accouchement se déroulent dans les meilleures conditions possibles, et de prévenir les problèmes de santé chez l'enfant, la mère et le couple après la naissance.

[69] La mission a pu constater, lors des échanges avec plusieurs agences régionales de santé (ARS) que la mise en œuvre de ces parcours reste compliquée au sein des territoires et doit constituer une priorité d'actions afin de répondre aux besoins. Il est évoqué un enjeu de coordination et

[14] Parcours de soins et efficience –Point de vue de la HAS, Rémy Bataillon, directeur adjoint de la Direction Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des soins –HAS ; in Dossier thématique 2016 du collège national des sages-femmes de France,
[15] Christine Bronnec, La politique du parcours de soins, DGOS, in Dossier Thématique 2016 du CNSF
[16] Le pacte territoire santé vise à lutter contre les déserts médicaux en priorisant l'accès de chaque citoyen à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire national

d'accompagnement en complément des aspects techniques. Ces enjeux sont considérés comme majeurs dans la réussite des projets qui peuvent être portés par des sages-femmes.

[70] La mise en place de groupes de travail au sein des territoires est un facteur d'entrainement des acteurs qui favorisent des démarches intégratives. Une coordination opérationnelle entre les professionnels de la périnatalité doit favoriser l'harmonisation des pratiques et le partage d'information des professionnels impliqués entre la ville et l'hôpital. A titre d'exemple, l'ARS Grand-Est a créé des postes de sage-femme pour aider à cette coordination[17]. L'accompagnement au changement est un enjeu essentiel pour la réussite de ces prises en charge.

- Le plan des 1 000 jours

[71] La période des 1000 premiers jours de l'enfant constitue un espace de temps où l'environnement et les modes de vie ont un impact sur le développement et la santé future de l'enfant. Cette fenêtre d'opportunité pour agir est propice à la mise en œuvre d'interventions précoces et d'actions pour lutter contre les inégalités sociales de santé[18].

[72] La sage-femme joue un rôle important tout au long de la grossesse et au cours des premières heures et des premières semaines de vie du bébé. La mise en place d'une politique des 1000 premiers jours de l'enfant axée autour des 3 moments clés, l'entretien prénatal précoce, le séjour à la maternité et le retour à domicile et les premières semaines après l'accouchement, vise à améliorer la prise charge de la mère et de l'enfant autour d'actions coordonnées avec les différents acteurs de la petite enfance.

[73] L'instruction n° SGMCAS/2021/74 du 1er avril 2021 relative aux engagements du gouvernement pour l'année 2021 autour de la politique des 1000 premiers jours de l'enfant ne précise pas le rôle que pourraient jouer les sages-femmes dans ce cadre.

[74] Même si les expérimentations issues des appels à projet permettront de positionner les divers acteurs, la mission estime que les sages-femmes doivent prendre toute leur place mais rester sur leur champ initial de compétences, de l'anténatal au postnatal.

- L'évolution vers une approche globale avec « la sage-femme de référence ».

[75] Dès 2005, la Haute Autorité de santé recommandait[19] :« *Le suivi des femmes avec une grossesse normale doit être assuré autant que possible par un groupe le plus restreint de professionnels, l'idéal étant le suivi par la même personne. Si le suivi est réalisé par un groupe de professionnels de santé, une personne "référente" dans ce groupe facilite la coordination et l'organisation des soins et leur articulation avec le secteur social et les réseaux d'aide et de soutien.* »

[76] La loi du 26 avril 2021[20] crée une nouvelle fonction de sage-femme référente, coordonnatrice de la prise en charge périnatale, qui garantira le lien avec la maternité afin de fluidifier, renforcer et rationaliser le parcours des femmes enceintes. Enfin, un nouveau dispositif permet aux sages-femmes d'orienter directement les patientes, si nécessaire, vers un médecin spécialiste. L'instauration de la sage-femme référente a néanmoins suscité des débats et des interrogations fortes de la part des médecins.

[17] Cette coordination lancée par l'ARS Grand-Est implique un partage d'information sur le suivi des grossesses, un suivi par une sage-femme libérale, et une consultation à l'hôpital en fin de grossesse.
[18] Les 1000 premiers jours de l'enfant, Mayalen IRON, directrice projet des 1000 premiers jours.
[19] Recommandations HAS, Comment mieux informer les femmes enceintes, avril 2005
[20] Loi n°2021-502 du 26 avril 2021

[77] Pour la mission, cette disposition constitue une opportunité pour structurer le parcours et reconnaitre les sages-femmes dans un rôle pour lequel elles disposent d'une vision globale.

[78] Pour autant, la mise en place de ce statut nécessite des dispositions règlementaires quant à la nature de la fonction, sa déclinaison quel que soit le mode d'exercice ainsi que les modalités de financement pour assurer une mise en œuvre effective de cette mesure. Ces dispositions devront en prévoir les modalités d'évaluation.

Recommandation n°1 Organiser des parcours de santé des femmes adaptés aux territoires en précisant d'une part les modalités opérationnelles de la coordination des professionnels et de leur accompagnement et d'autre part l'évaluation des dispositifs.

Recommandation n°2 Redéfinir, pour les clarifier, les modalités d'entrée dans le parcours des femmes enceintes et la place des différents professionnels. Prioriser le recours aux sages-femmes dans le suivi des grossesses sans situation à risque ou à faible niveau de risque.

Recommandation n°3 Prendre les dispositions règlementaires pour permettre une déclinaison effective et rapide de la fonction de sage-femme référente.

1.1.2 Les missions fondamentales du suivi de la grossesse et de la santé génésique doivent être consolidées

[79] Traditionnellement associées à la grossesse, les compétences des sages-femmes se sont considérablement développées depuis le début des années 2000 en parallèle de l'évolution des politiques de santé et de l'offre de soins dans le domaine de la périnatalité.

[80] L'évolution de leur mode d'exercice, marqué par un fort attrait du libéral répond à des aspirations professionnelles et personnelles souvent liées au rejet des conditions d'exercice au sein des maternités. Les sages-femmes hospitalières parlent de rythmes de travail difficiles à supporter, d'un sentiment de faible considération et du poids très fort de la hiérarchie médicale au sein des services. La possibilité d'exercer l'ensemble de leur mission, dont la physiologie, cœur de leur métier, est devenue très difficile et souvent source de frustrations dues au renoncement de leur propre exercice.

[81] Couvrir les besoins de santé des femmes dans la physiologie et la santé génésique est donc une priorité à mettre en œuvre par la valorisation de la prise en charge eutocique[21], cœur de métier des sages-femmes.

1.1.2.1 Renforcer le rôle des sages-femmes dans la prise en charge physiologique de la grossesse

- L'autonomie dans la prise en charge physiologique, un enjeu essentiel

[82] Le système doit évoluer pour que la sage-femme assure le rôle de premier recours dans le suivi des grossesses à bas risque.

[83] Dans le suivi des grossesses et la réalisation des accouchements, les sages-femmes expriment la volonté de pouvoir respecter la demande des femmes de vivre un accouchement moins médicalisé en respectant leur projet de naissance. Elles revendiquent également de mettre en œuvre leur

[21] L'accouchement eutocique désigne un accouchement par voie basse pour lequel tout se passe bien, du début à la fin, et où l'on n'a pas recours à des instruments.

expertise dans la physiologie. Pour ce faire, les sages-femmes veulent exercer en autonomie tout en sollicitant les médecins gynécologues-obstétriciens en cas de risques pour la femme et l'enfant. La sécurité des femmes impose que les modalités de ce recours soient organisées, protocolarisées et évaluées.

[84] Des données récentes montrent le faible recours aux sages-femmes pendant la période de grossesse. L'enquête de périnatalité de 2016 indique que seulement 11,7 % des femmes ont consulté principalement une sage-femme pendant leur grossesse et seulement 5,4 % au début de leur grossesse. La place des sages-femmes dans ce parcours souffre encore d'une reconnaissance insuffisante.

[85] Le rapport de la cour des comptes de 2011[22] reconnait, cependant, le rôle des sages-femmes dans le système de santé. Il souligne que « *les sages-femmes peuvent assurer un suivi global, respectueux des usagers et de la physiologie, avec une médicalisation à bon escient et des prescriptions parcimonieuses (statistiques UNCAM) tout au long du suivi de la grossesse, de l'accouchement, de la période post-natale et lors du suivi gynécologique* ». Le rapport préconise d'ailleurs une meilleure utilisation des compétences par une redéfinition des pratiques et des responsabilités[23].

[86] Ces constats traduisent les difficultés à faire évoluer les pratiques malgré des recommandations posées depuis de nombreuses années.

[87] Force est de constater que dans les différents échanges, l'autonomie laissée aux sages-femmes pour la pratique des accouchements à bas risque dépend de la place accordée par les gynécologues à ces professionnelles. Le statut des médecins gynécologues-obstétriciens au sein des service d'obstétrique, leur donne la possibilité de déléguer ou pas des actes qui relèvent de la double compétence [24].

[88] En France, affirmer que les sages-femmes sont les spécialistes de la physiologie se heurte à un partage flou de compétences entre les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes (cf. *supra* 1.1). Il serait bien difficile de définir ce qui distingue le suivi physiologique d'une patiente effectué par un gynécologue obstétricien ou par une sage-femme. Toutefois, les gynécologues représentent l'autorité médicale, intellectuelle et morale, construisent les connaissances sur la grossesse et les accouchements et définissent les principes de fonctionnement dans les maternités.

[89] Afin de mieux affirmer leur rôle et leur expertise dans la physiologie, il est nécessaire de faire valoir positivement les compétences des sages-femmes. A ce titre, leurs organisations professionnelles devraient engager de manière plus déterminée des travaux de recherche sur la prise en charge physiologique pour produire du savoir. Cela permettrait de légitimer davantage leur place dans ces parcours. Par ailleurs, l'intégration de sages-femmes dans les équipes de recherche dirigées par les gynécologues-obstétriciens serait de nature à valoriser leurs apports et leur expertise.

[90] Il est, à ce titre, significatif que le collectif inter-associatif autour de la naissance (CIANE)[25], propose trois axes de travail pour les sages-femmes « *un engagement dans la recherche afin de participer à la production des savoirs et de développer un corpus de savoirs sur la physiologie, d'élaborer à partir de données de la sciences des normes et des recommandations sur les compétences des sages-femmes, et la formalisation des suivis assurés par des sages-femmes* ».

[22] Rapport annuel de la Cour des Comptes, 2011, chapitre VI
[23] Rapport cour des comptes ,2011, La place des sages-femmes dans le système de soins, chapitre VI
[24] Enjeux des relations entre métiers en tension : La sage-femme, le médecin généraliste et le gynécologue, Florence Douguet (UBS-Lorient) et Alain Vilbrod (UBO-Brest) juin 2021.
[25] Dossier Thématique 2016, Collège national des sages-femmes : le parcours de santé de la femme, point de vue des usagers.

- La maison de naissance, lieu d'une pratique autonome de l'accouchement

[91] L'expérimentation récente des maisons de naissance[26] tenues par des sages-femmes, qui y exercent en toute autonomie et conformément à leurs compétences légales, offre une alternative à la prise en charge des accouchements dits à « bas risque ». Ces structures sont une réponse au contexte récent d'une demande sociale visant à diminuer la médicalisation de la grossesse et rechercher des modes de prise en charge alternatifs à ceux des structures hospitalières.

[92] Le rapport au parlement relatif à l'expérimentation des maisons de naissance de janvier 2020 préconise de « *pérenniser les maisons de naissance en prévoyant une inscription dans le droit, en poursuivant les démarches d'évaluation de pratiques et de résultats de prise en charge et en maintenant à titre transitoire le modèle médico-économique actue*l » Ces recommandations s'appuient sur l'évaluation faite par l'INSERM sur les 8 maisons de naissance autorisées actuellement en France[27].

[93] Les réserves avancées pour un déploiement élargi reposent d'une part sur une demande encore limitée des femmes en France malgré une intérêt croissant[28], d'autre part sur la mise en place d'une évaluation précise et continue des résultats en raison d'activité à risque et enfin, sur la soutenabilité financière d'une telle expérimentation. Selon les données ATIH de 2020, il y a eu 711 accouchements en maison de naissance en France métropolitaine sur les 684 947 accouchements recensés dans les maternités.

[94] La mise à disposition des plateaux techniques pour la réalisation d'accouchements par des sages-femmes libérales au sein des établissements hospitaliers, via le biais de convention entre ces établissements et les sages-femmes, est une autre voie qui doit permettre l'exercice autonome des sages-femmes.

[95] De nombreux pays européens (Allemagne, Royaume –Uni, Italie, Danemark) ont fait le choix d'installer ces maisons de naissance au sein des établissements hospitaliers en garantissant le cadre d'un exercice autonome des sages-femmes.

- Le positionnement central des sages-femmes sur l'accouchement sans complication

[96] La sage-femme est en première ligne pour la réalisation des accouchements. Les chiffres sont très signifiants. En 2016, 58,6 % sont réalisées par des sages-femmes et 41,3 % par des gynécologues. Si l'accouchement est réalisé par voie basse sans instruments ce sont 87,4 % d'entre eux qui sont réalisés par des sages-femmes.[29] On constate donc une tendance qui va dans le sens d'un acte réalisé préférentiellement par une sage-femme quand il n'y a pas de complication.

[97] Les données de l'ATIH sur le nombre et la répartition par type d'établissements des accouchements par voie basse sans complication correspondent à 4 groupes homogènes de malades (GHM). En 2019, le volume s'est élevé à 507 108. Ces accouchements représentent potentiellement ceux qui pourraient être pratiqués par des sages-femmes.

[26] Article 1 et 4 de la loi 2013-1118 du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance pendant une durée maximale de 5 ans ; article 5 décret 2015-937 du 30 juillet 2015 relatif aux conditions de l'expérimentation des maisons de naissance.

[27] Des complications maternelles très faibles pour la patientèle des maisons de naissance et dans la moyenne observée dans d'autres pays européens. De même les transferts immédiats ou secondaires en maternité ont concerné 6,2 % des femmes, alors que le taux en maternité est 9,9 %. L'évaluation ne montre pas de sur risque pour la population de femmes suivies pour une grossesse à « bas risque ».[27]

[28] Rapport au parlement relatif à l'expérimentation des maisons de naissance, janvier 2020

[29] Enquête nationale périnatale, INSERM/DREES rapport 2016.

Tableau 1 : Evaluation et répartition des accouchements par voie basse sans complication- 2019

	EPS	ESPIC	EBL	Total
GHM 14Z11A : Accouchements multiples par voie basse chez une primipare, sans complication significative	1 377	79	164	1 620
GHM 14Z12A : Accouchements multiples par voie basse chez une multipare, sans complication significative	2 281	129	329	2 739
GHM 14Z13A : Accouchements uniques par voie basse chez une primipare, sans complication significative	137 113	17 790	47 393	202 296
GHM 14Z14A : Accouchements uniques par voie basse chez une multipare, sans complication significative	214 289	20 909	65 255	300 453
Total	355 060	38 907	113 141	507 108

Source : ATIH

[98] La possibilité de créer des structures dédiées à la physiologie a été inscrite en 2014 dans le statut particulier des sages-femmes des hôpitaux publics avec la création d'unités physiologiques[30] dirigés par des sages-femmes au sein des maternités. Cette réponse à la demande d'une prise en charge physiologique pour les femmes enceintes à faible niveau de risque de grossesse et d'accouchement n'a pas été mise en œuvre au sein des maternités.

[99] Certains gynécologues hospitaliers auditionnés par la mission n'y seraient pas opposés mais évoquent les difficultés d'espaces disponibles au sein des maternités et la difficulté de libérer des effectifs de sages-femmes sans démunir les autres activités.

[100] La création de ces unités ne signifie pas l'installation de structures géographiquement distinctes des services et elle est fonction de la taille de la maternité ; en outre, elle ne doit pas être prétexte à l'initialisation d'un cloisonnement.

[101] Force est de constater que les postures médicales et administratives ont peu fait bouger les lignes face à la mise en place d'une telle organisation. Nombre de gynécologues semblent craintifs et évoquent l'imprévisibilité des situations liés à la grossesse et à l'accouchement et affirment vouloir garder la maitrise des espaces que sont les salles de naissance. Les frontières ténues entre les notions de dystocie et d'eutocie dont la dernière serait incertaine et peu maitrisable renforcent la vision de l'accouchement comme un acte médical. Par ailleurs, certains gynécologues-obstétriciens souhaitent continuer à faire des accouchements physiologiques, ce qui leur permet de maintenir un équilibre dans l'exercice de leur activité.

[102] De fait, les nombreuses auditions conduites par la mission au sein des maternités montrent que le mode de fonctionnement est davantage fondé sur un ajustement permanent des rôles entre

[30] Décret n°2014-1585 du 23 décembre 2014, portant statut particulier des sages-femmes des hôpitaux de la fonction publique hospitalière. Article 5 : *les sages-femmes peuvent être nommés responsables d'unité physiologique, conformément aux dispositions des articles R6146-4 et R614665 du code de la santé publique*

les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes, plus que dans une organisation collective prédéfinie.

[103] Du côté des équipes de direction, il semble que ces sujets n'aient pas fait l'objet, dans l'ensemble, de projets spécifiques.

[104] L'absence d'espace et d'échanges institutionnels au sein des maternités entre les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes, autres que ceux prévus pour tout type de service, n'a pas favorisé l'évolution du modèle périnatal.

[105] Le mode de financement mérite, lui, d'être adapté car une prise en charge physiologique nécessite un temps d'utilisation des ressources humaines plus étendu, en particulier pour les sages-femmes. L'ATIH pourrait être sollicitée pour étudier la comparaison des coûts avec les autres modalités de pris en charge, notamment la césarienne ; l'étude nationale des coûts pourrait être utilisée à cet effet. Certains rééquilibrages pourraient être envisagés.

Recommandation n°4 Créer et développer des espaces physiologiques au sein des maternités, dans lesquelles exerceront les sages-femmes hospitalières ainsi que, par convention, les sages-femmes libérales.

Recommandation n°5 Pour les établissements de santé, relever les tarifs des accouchements par voie basse sans complication et les rééquilibrer par rapport aux autres GHM des activités d'obstétrique.

Recommandation n°6 A titre expérimental, élaborer dans des services d'obstétrique un projet collectif de la naissance. Créer un « comité naissance » co-présidé par le chef de service de gynécologie-obstétrique et le coordinateur en maïeutique pour, collectivement, élaborer, mettre en place et évaluer la politique de naissance au sein de la maternité.

1.1.2.2 Organiser la place des sages-femmes dans un suivi génésique coordonné

- Dans le cadre du suivi gynécologique

[106] Les compétences médicales des sages-femmes se sont renforcées dans le domaine obstétrical et périnatal et élargies au domaine de la gynécologie depuis les années 2000.

[107] Un ensemble de facteurs a conduit les pouvoirs publics à élargir les compétences des sages-femmes. Une démographie médicale en baisse, des indicateurs de santé périnatale qui se sont dégradés (taux de prématurité passé de 4,5 % en 1995 à 6 % en 2016, une proportion d'enfants nés avec un poids faible en augmentation, un accroissement de certains facteurs de risque comme la consommation de tabac, d'alcool, ou l'obésité).

[108] Entre 2010 et 2016, la consommation de tabac pendant la grossesse n'a pas baissé et concerne 17 % des femmes enceintes. En 2016, 20 % des femmes sont en surpoids et 12 % sont obèses[31]. Les recommandations nationales de prévention ne sont que partiellement suivies : plus d'une femme sur 5 n'a pas de suivi gynécologique régulier[32] ; plus de la moitié des femmes âgées de 15 à 64 ans (20 millions de femmes selon les données Insee) ne suivent pas les recommandations de dépistage

[31] Enquête nationale périnatale, synthèse rapport 2016, les naissances et les établissements de santé, situation et évolution depuis 2010. INSERM/DREES
[32] Sondage IFOP 2017

du cancer du col de l'utérus ou du cancer du sein. La population des femmes après 50 ans est celle qui se fait le moins dépister[33].

[109] En parallèle, l'ordre des sages-femmes et les syndicats professionnels militent pour cette extension de compétences dans une perspective de développement de l'exercice professionnel.

[110] Les entretiens menés par la mission auprès des représentants professionnels des médecins gynécologues et médecins généralistes démontrent la contestation presque unanime de l'élargissement des compétences des sages-femmes. Ils considèrent que la connaissance du pathologique est indispensable à la prise en charge du physiologique.

[111] Quelques exemples en matière de suivi gynécologique sont soulignés[34] et illustrés par la contraception, la pose de dispositifs intra-utérins et la réalisation de frottis vaginaux ; dans ces 3 cas, les gynécologues portent des critiques vives sur des connaissances qui sont jugées superficielles et une formation estimée insuffisante dans ce domaine. Toutefois, quelques avis divergent pour exprimer « *une approche différente des sages-femmes, disponibilité et écoute, nettement supérieure à celle des gynécologues en termes de valeurs humaines* »[35]. L'interruption volontaire de grossesse (IVG) médicamenteuse est soumise aux mêmes critiques, bien que certaines jugent positivement le transfert de cet acte aux sages-femmes, au motif qu'il facilite l'accès aux soins courants pour la gynécologie. Un dernier exemple est celui du suivi des femmes ménopausées, pour qui certains gynécologues verraient bien la poursuite de l'élargissement des compétences des sages-femmes pour certaines prises en charge, comme le suivi de femmes porteuses d'un dispositif de pessaire[36].

[112] Ces différences de perception renvoient, en particulier, aux identités des métiers, à leur construction historique souvent conflictuelle entre les gynécologues et les sages-femmes ainsi qu'au sentiment d'appartenance à une profession.

[113] Les médecins généralistes, contrairement aux gynécologues, sont moins critiques sur les pratiques des sages-femmes[37], mais certains d'entre eux ont des doutes sur la capacité des sages-femmes à avoir une vision globale de la patiente .

[114] Le tableau ci-dessous sur les motifs d'adressage de patientes entre médecins généralistes et sages-femmes illustre les coopérations possibles et les complémentarités entre les médecins et les sages-femmes.

[33] ONSSF, le plan pour la santé des femmes, un avenir pour la profession de sage-femme ; décembre 2017
[34] Enjeux des relations entre métiers en tension : la sage-femme, le médecin généraliste et le gynécologue, Florence Douguet (UBS Lorient) et Alain Vibord (UBO-Brest), les linéaments de la confiance entre professionnels p 105.
[35] Ibid. p. 111
[36] La sonde de pessaire est un anneau que l'on met dans le vagin qui empêche la descente d'organes et qui permet une alternative à la chirurgie. Les sages –femmes pourraient gérer l'ablation et la pose dans le cadre d'un suivi.
[37] Enjeux des relations entre métiers en tension : la sage-femme, le médecin généraliste et le gynécologue : Florence Douguet (UBS- Lorient) et Alain Vilbrod (UBO -Brest) p125

Tableau 2 : Représentation des motifs d'adressage entre sages-femmes et médecins généralistes

Domaines d'activités	Généralistes → sages-femmes	Sages-femmes → généralistes
Obstétrique, périnatalité	- Suivi de grossesse physiologique - Échographie - Préparation à la naissance - Entretien prénatal précoce - Rééducation périnéale - Conseils en allaitement	- Prescription d'arrêts de travail - Prescription d'antibiotiques (en cas d'infection urinaire notamment) - Conseils en allaitement - Suivi des nouveau-nés au-delà des 1ères semaines (ex : « *visite des 2 mois* »)
Gynécologie	- Suivi gynécologique - Frottis cervico-utérin - Prélèvement (en cas d'infection suspectée) - Consultation de contraception - Pose de stérilet - Pose d'implant contraceptif	
Autres		- Addiction à l'alcool - Dépression

Source : Florence Douguet et Alain Vilbrod- retraitement mission

[115] Le typologie proposée par les sociologues Florence Douguet et Alain Vilbrod[38] identifient 4 situations qui auront des impacts importants sur le parcours de santé des femmes :

- « Des collaborations impossibles, des liens inexistants »
- « Des collaborations inscrites dans la réciprocité et le donnant-donnant »
- « Des collaborations en réponse aux problèmes de démographie médicales pour :
  - Pallier le manque d'échographistes
  - Combler le déficit en gynécologues médicaux
  - Soutenir l'activité des médecins généraliste de moins en moins nombreux et de plus en plus surchargés »
- « Des collaborations relevant du normal et du pathologique ».

[116] Les ARS, questionnées sur ces sujets, expriment, de la même manière, ces difficultés de collaboration entre professionnels de santé et leurs retentissements sur la prise en charge des femmes. Ils pointent la difficulté d'accès aux soins pour certaines femmes et la priorité à apporter à la construction des parcours de santé des femmes dans les territoires, notamment en matière de santé génésique des femmes.

[117] Ces extensions de compétences apportent des réponses aux problématiques territoriales en matière d'accès aux soins des femmes, mais sont insuffisamment connues de la population ainsi que de certains professionnels de santé.

[38] Les mêmes auteurs du rapport dans le chapitre : quels liens entre généralistes et sages-femmes ? P123

[118] Plusieurs expériences en cours sont de nature à faire valoir les contenus primordiaux des compétences des sages-femmes.

[119] Les maisons de naissance ouvrent la voie à une véritable autonomie des sages-femmes, en apportant une alternative à la prise en charge des accouchements.

[120] La délégation par des structures hospitalières à des sages-femmes libérales du suivi de grossesse permet de mieux faire connaitre et reconnaitre leur expertise entre professionnels de santé mais aussi d'établir des relations différentes avec les femmes. Il s'agit en même temps de mieux articuler la prise en charge hospitalière et ambulatoire. La confiance entre les acteurs peut ainsi s'installer lors des échanges réciproques.

[121] De même, le travail pluri-professionnel au sein des maisons de santé favorise les échanges et l'adressage des patientes entre les médecins et les sages-femmes et inversement même si les situations sont parfois perfectibles. Ce rôle de coordination entre les acteurs est indispensable à la prise en charge. La sage-femme de par sa position auprès des femmes, de leur entourage et des médecins est en capacité de faire les liens et de coordonner les différents professionnels impliqués.

[122] Selon les témoignages des ARS, la coopération entre les différents acteurs de soins n'est pas suffisamment ancrée dans les pratiques et doit trouver des voies d'amélioration. L'exercice coordonné demeure trop limité et certains professionnels sont isolés, ce qui ne facilite pas le travail en réseau et l'amélioration de l'offre de soins. Les sages-femmes sont insuffisamment intégrées dans les organisations autour de la périnatalité, du suivi gynécologique ou de l'orthogénie.

Recommandation n°7 Créer des parcours de santé génésique adaptés aux spécificités des territoires qui assurent un premier recours pour le suivi gynécologique régulier des femmes et organiser de manière opérationnelle l'exercice coordonné entre médecins et sages-femmes.

- Dans le cadre de la prévention

[123] Depuis plusieurs années, les acteurs de santé publique mettent l'accent sur une politique de prévention et de dépistage des cancers les plus fréquents. Les femmes représentent un peu plus de la moitié de la population française et sont principalement touchées par le cancer du sein et de l'utérus. La santé génésique des femmes présente des lacunes. Des campagnes d'information sont mises en place mais les résultats ne sont pas à la hauteur des attendus.

[124] En 2019, le taux de recours à l'IVG se situe à son niveau le plus élevé depuis 30 ans avec 232 000 actes dont 217 500 en métropole. Ce taux atteint 15,6 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans en métropole et 28,2 en outre-mer. Les écarts régionaux vont du simple au triple, 11,8 pour 1000 femmes en Centre-Val de Loire, 22,9 en région Provence-Alpes-Côte d'Azur et 39 pour 1000 en Guadeloupe et Guyane. Ce sont les jeunes femmes qui sont les plus concernées. D'après les données de la DREES, les femmes les plus précaires y recourent sensiblement plus que les femmes les plus aisées[39].

[125] Par ailleurs, plus d'une femme sur cinq n'a pas de suivi gynécologique régulier ; tandis que 46 % des femmes ne savent pas qu'une sage-femme peut prescrire une contraception, manquent d'information sur les moyens utilisés et méconnaissent les prescripteurs auxquels elles peuvent s'adresser[40].

[126] En terme de dépistage des cancers du sein et de l'utérus, le contexte français présente une double spécificité avec une coexistence d'un programme organisé avec des pratiques de dépistage

[39] Drees, Publications, études et Résultats, Septembre 2020.
[40] Sondage IFOP 2017.

individuelles. Les femmes vivant en zone rurale ou périurbaine et dans des zones économiquement défavorisées, ainsi que celles qui souffrent d'isolement social se font moins dépister.[41] Le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein était de 52 % en 2012 alors que les objectifs du plan cancer sont de 65 %, et subit une décélération depuis, avec un taux de 48,6 % en 2019.

[127] Ces résultats interrogent sur la mise en œuvre des actions d'informations et de recours aux soins au sein des territoires. Des démarches « d'aller vers » les populations cibles sont à développer. Les sages-femmes dont les compétences ont été élargies sont des acteurs médicaux dont le rôle est essentiel pour la politique de santé publique. Le manque de visibilité de ces professionnels, la méconnaissance de leur périmètre de compétences sont des freins à leur sollicitation.

[128] Les pouvoirs publics se sont mobilisés pour une campagne d'information auprès du grand public en juin 2016. Une campagne de communication sages-femmes a été engagée sous l'intitulé : « *Au moins six bonnes raisons de consulter une sage-femme* ». Les 6 thèmes recouvrent la contraception, le suivi de la grossesse, la vaccination, l'IVG, la prise en charge de la mère et du bébé à la sortie de la maternité et la consultation gynécologique de la femme en bonne santé.

[129] Les représentants professionnels des gynécologues ont réagi négativement aux messages portés considérant que cette campagne induisait l'idée que le recours à une sage-femme était identique qu'à celui d'un médecin alors que la formation et les compétences sont sensiblement différentes.

[130] Malgré cet épisode, de nature à semer le trouble chez les femmes voir à discréditer l'exercice des sages-femmes, il parait opportun de relancer des campagnes d'information auprès des publics cibles sur des thématiques prioritaires.

[131] Les jeunes sont très concernés par ces dispositifs : programme d'information, éducation à la vie affective et sexuelle afin de renforcer notamment la prévention et le dépistage des violences faites aux femmes et à leurs enfants ; programmes sur la prévention des addictions, l'amélioration de la prise en charge de la contraception et prévention des cancers génitaux féminins, en particulier du col de l'utérus.

[132] Il est donc indispensable de réactiver fortement l'intervention des sages-femmes auprès des jeunes (institutions scolaires, universitaires, associations diverses…) au travers notamment des centres de planification et d'éducation familiale.

[133] Par ailleurs, dans le cadre du plan des 1 000 jours, les mesures retenues incluent l'accompagnement entre le 4ème mois de grossesse et les 2 ans de l'enfant, sur le plan de la santé et de la parentalité. Ces moments clés sont des périodes de vulnérabilité psychique. La dépression postnatale est la plus fréquente et touche de 10 à 20 % des jeunes mères. C'est pourquoi les professionnels doivent savoir différencier les modes émotionnels de la grossesse et des suites de couches des syndromes révélateurs d'une pathologie psychiatrique. Les sages-femmes sont en première ligne pour le repérage et l'adressage vers un professionnel qualifié.

[134] La mission estime qu'il serait opportun d'analyser la pertinence et les conditions de la mise en place d'un protocole de coopération dans le domaine de la santé mentale, afin de répondre à ces besoins qui sont mal dépistés et sous-estimés.

[41] Santé Publique France : Dépistage du cancer du col de l'utérus. Quelles performances pour le programme de dépistage du cancer du sein ?

Recommandation n°8 Intégrer systématiquement les sages-femmes dans toutes les actions de prévention qui sont à renforcer au sein des territoires comme au plan national, et les investir dans des actions régulières d'information auprès des publics jeunes et des publics fragiles.

1.2 L'extension des missions des sages-femmes ne doit pas dépendre exclusivement de la démographie médicale

[135] La situation démographique des sages-femmes est particulièrement favorable à ce jour. Toutefois, l'Observatoire National de la Démographie des professions de Santé (ONDPS) dans le rapport présenté au cours de la Conférence Nationale du 26 mars 2021 et les propositions d'objectifs nationaux pluriannuels de professionnels de santé à former (2021-2025) se montre prudent pour l'avenir et se réserve la possibilité d'ajuster les entrées en formation[42].

[136] Cette évolution démographique se double d'un développement inédit de l'exercice libéral qui, selon la DREES, est appelé à se poursuivre, donc à se densifier pour représenter dans les années 2040 près de la moitié de l'effectif national.

[137] En parallèle, la démographie des spécialités médicales en lien avec la périnatalité suscite de vives inquiétudes.

[138] Cette réalité conduit certains acteurs à proposer que les sages-femmes se substituent à certaines prises en charge effectués aujourd'hui par des médecins, tendance avec laquelle la mission considère qu'il convient d'être prudent.

1.2.1 Malgré l'augmentation des effectifs, la répartition géographique des sages-femmes demeure inégale[43]

1.2.1.1 Une évolution globale particulièrement favorable

[139] 23 400 sages-femmes sont en activité au 1/01/2021 alors que leur effectif était de 19 552 en 2012, soit près de 20 % d'augmentation ; il a augmenté de près de 10 % depuis 2015[44]. La profession est particulièrement féminisée à hauteur de 97,3 %.

[140] La moyenne d'âge est de 41,3 ans. Si le nombre de sages-femmes de moins de 30 ans s'élève à 3000, celui des sages-femmes en activité au-delà de 60 ans est passé de 600 en 2012 à 1 250 en 2021. Ainsi, en 2021, 16 % de la profession a plus de 55 ans, contre 12 % en 2012, ceci témoignant donc d'un léger vieillissement.

[141] Les projections tendancielles effectuées par la DREES sur la période 2020-2050 font apparaitre une progression à 26 200 professionnelles en 2030, 28 600 en 2040 et 29 300 en 2050 soit une croissance de 27 % au total.

[42] Extrait du rapport présenté au cours de la conférence: « *Ainsi, la proposition de relative stabilité permet une augmentation significative si besoin, tout en permettant éventuellement une légère diminution si les besoins s'avéraient inférieurs. Une mission IGAS est prévue afin d'évaluer les évolutions potentielles du métier de sage-femme. Nous proposons une réévaluation de l'objectif national pluriannuel avant 5 ans pour réajuster l'objectif proposé, si nécessaire* ».

[43] Cf. Annexe 4

[44] Ces données démographiques proviennent de la DREES.

1.2.1.2 De fortes inégalités territoriales, particulièrement marquées en Ile-de-France, qui ont conduit à la mise en place d'un système de régulation de l'installation

- Les données des densités standardisées

[142] Concernant la densité et la répartition géographique, les densités standardisées[45] font apparaitre que les sages-femmes ne sont pas plus nombreuses dans les régions les plus fortement peuplées de patientes potentielles (contrairement à ce qu'indiquent les densités simples).

[143] La moyenne nationale s'est très nettement élevée, passant de 57 à 70 sages-femmes pour 100 000 habitants entre 2012 et 2020.

[144] De nombreuses régions se situent sensiblement au-dessus (Grand Est, Bretagne, Auvergne-Rhône-Alpes). Toutefois, certaines connaissent des situations très défavorables : l'ancienne région Nord-Pas-de-Calais avec un indice de 65, l'ancienne région Picardie avec un indice à 60 et surtout l'Ile-de-France, région la moins bien dotée avec un indice à 52, inférieur donc de 26 % à la moyenne nationale (cette situation ne se modifie que de façon marginale puisque l'indice était inférieur de 28 % en 2012)[46].

- La situation préoccupante de l'Ile-de-France

[145] L'observation de ces données a conduit la mission à approfondir l'analyse de la situation particulière en Ile-de-France pour ce qui est des sages-femmes libérales.

[146] La densité moyenne en France métropolitaine est de 1 sage-femme pour 3 848 femmes (femmes de moins de 60 ans)[47].

[147] Si Paris, avec un ratio sensiblement en dessous de cette moyenne, présente une situation plus favorable, l'Essonne et les Hauts de Seine se situent à un niveau légèrement supérieur. En revanche, les départements de Seine Saint Denis, Val de Marne et Val d'Oise présentent des situations particulièrement dégradées avec des ratios n. femmes/ sage-femme supérieurs de plus de 150 % à la moyenne nationale, signe d'un niveau de couverture faible. A l'inverse, le Rhône et les Bouches-du-Rhône révèlent une meilleure couverture, avec des ratios inférieurs.

[45] Les densités standardisées permettent de tenir compte des besoins de soins différenciés selon l'âge : elles sont calculées en rapportant le nombre de professionnels en activité à une population dite « standardisée » au sein de laquelle chaque tranche d'âge est pondérée par sa consommation en soins de maïeutique et gynécologie, telle qu'observée dans les données de l'Assurance maladie en 2018. DREES.

[46] Source RPPS, INSEE, traitement DREES.

[47] Différents des densités standardisées calculées par la DREES car tenant compte de la population féminine de moins de 60 ans mais sans les consommations de soins.

Tableau 3 : Densité départementale des sages-femmes libérales à Paris et petite couronne, et autres départements fortement urbanisés- 2020

	Comparaison densités départementales				
	N. SF	Revenus/an	Pop.femmes	Ratio	Ecart/moyenne
Paris	265	29 600	855 121	3226	92,6 %
91	131	38 639	521 022	3977	114,15 %
92	174	30 743	664 006	3816	109,5 %
93	121	39 116	696 617	**5757**	**165,2 %**
94	105	40 745	573 093	**5458**	**156,6 %**
95	89	41 329	514 716	**5783**	**166 %**
13	248	25 540	760 300	3065	88 %
59	241	29 058	995 032	4128	118,5 %
69	287	28 171	742 255	2586	74,2 %

Source : INSEE – CARCDSF retraitement mission, et INED pour la population de femmes de 15 à 60 ans.

**Lecture : le ratio correspond au nombre de femmes âgées de 15 à 60 ans par sages-femmes : plus le ratio est élevé, plus le nombre de femmes susceptibles d'être suivies par une sage-femme est élevé.*

- Des mesures de régulation dont les effets sont encore insuffisants

[148] Afin d'améliorer la répartition des sages-femmes libérales sur le territoire, la CNAMTS et ses partenaires conventionnels ont mis en place un dispositif démographique, autour de 3 axes [48]:

  - Un zonage du territoire pertinent, adapté aux besoins des patients ;
  - Un dispositif d'aide à l'installation et au maintien des sages-femmes libérales dans les zones sous-denses;
  - Une régulation des nouveaux conventionnements dans les zones sur-dotées.

[149] L'avenant 4 est venu renforcer ce dispositif avec notamment des aides significativement revalorisées dans les zones sous-denses en sages-femmes et une méthode de zonage plus pertinente sur l'ensemble du territoire. A cet effet, trois nouveaux contrats incitatifs ont été mis en place : contrat d'aide à l'installation des sages-femmes, contrat d'aide à la première installation des sages-femmes, contrat d'aide au maintien des sages-femmes.

[150] La CNAMTS reconnait néanmoins que de fortes inégalités territoriales subsistent.

[151] Les enseignements tirés des résultats de l'indice de Gini[49] vont dans le sens des constats présentés *supra*.

[152] L'indice de Gini est un indicateur synthétique d'inégalités de répartition[50].

[48] Source CNAMTS.
[49] Données fournies par la CNAMTS.
[50] Il varie entre 0 et 1. Il est égal à 0 dans une situation d'égalité. A l'autre extrême, il est égal à 1 dans une situation la plus inégalitaire possible. Entre 0 et 1, l'inégalité est d'autant plus forte que l'indice de Gini est élevé.

Tableau 4 : Indice de Gini : comparaison de plusieurs professions de soins

	Fin 2016	Fin 2019	Ecart
Médecins généralistes	0,372	0,384	0,012
Masseurs-kinésithérapeutes	0,424	0,431	0,007

	Fin 2016	Fin 2019	Ecart
Infirmiers	0,465	0,459	-0,006
Sages-femmes	0,649	0,624	-0,025
Orthophonistes	0,517	0,509	-0,008

Source : CNAMTS

[153] On note la réduction des disparités (baisse du coefficient de Gini) pour les sages-femmes liées aux mesures prises. Toutefois, des cinq professions comparées dans le tableau de la CNAMTS, celle des sages-femmes est celle qui présente le niveau d'inégalité le plus élevé, notamment par rapport aux médecins généralistes.

[154] Ceci justifie, pour la mission, une action complémentaire beaucoup plus déterminée pour poursuivre la tendance de réduction des inégalités.

Recommandation n°9 Elaborer un plan d'actions spécifique pour réduire les inégalités territoriales, avec des mécanismes incitatifs complémentaires conséquents notamment pour certains départements d'Ile-De-France.

1.2.2 Des modes d'exercice marqués par le développement des exercices libéral et mixte

[155] Les données de la DREES présentées dans le tableau ci-dessous démontrent l'augmentation très sensible du nombre de sages-femmes libérales et celui des sages-femmes en exercice mixte entre 2015 et 2020 (+ 40 % pour chaque catégorie).

[156] Cette tendance est appelée à se poursuivre, voire à se renforcer. En effet, la part des sages-femmes exerçant en libéral est estimée, dans les projections tendancielles de la DREES, à 46 % en 2050. Cette projection va dans le même sens que de celle réalisée par la Caisse autonome de retraite des chirurgiens-dentistes et sages-femmes (CARCDSF) ; celle-ci estime, en effet, que dans 10 ans, le nombre de leurs cotisantes, aujourd'hui de 7 191, passera à près de 10 000 soit près de 40 % de l'effectif total.

[157] Pour ce qui est des sages-femmes exerçant en établissements de santé, 77 % des sages-femmes exercent dans les établissements publics[51]. Dans les hôpitaux publics, les titulaires ou stagiaires représentent 80 % des effectifs en ETP de la profession, tandis que la part des contractuels (CDD et CDI) est de 20 %, part plus importante que dans l'ensemble de la FPH, ce qui pourrait contribuer à expliquer des difficultés d'attractivité dont il est fait témoignage.

[51] Cf. Annexe 1 : la part des EPS dans les structures développant des acticités d'obstétrique est de 70 % mais la totalité des autorisations de niveau 3 concernent des établissements publics.

Tableau 5 : Evolution des effectifs et du mode d'exercice des SF

	Ensemble	Libéral	Mixte	Salarié	Autres
2020	23 175	5 209	2 428	13 959	1 579
2015	21 604	3 728	1 735	14 743	1 398
Ecart %	+ 9,8	+ 39,7	+ 40	-5,3	+ 13

Source : DREES retraitement mission

[158] Il est indispensable de noter toutefois que les données fournies par la DREES et la CARCDSF concernant les sages-femmes libérales ne sont pas totalement identiques.

[159] En effet, le nombre d'adhérentes libérales à la CARCDSF était de 7 191 en 2020 avec un rythme de progression élevé puisque 576 sages-femmes nouvelles ont été affiliées en 2020.

[160] Les motivations exprimées par les sages-femmes ayant choisi l'exercice libéral, après un exercice hospitalier ou non, se rejoignent largement sur :

- L'autonomie d'organisation, de gestion du temps, du rythme, y compris dans leurs conséquences par rapport au temps passé avec les femmes ;
- Une conciliation vie personnelle et vie professionnelle largement facilitée ;
- La place plus importante des missions de suivi des femmes, tant pour ce qui est de la grossesse que pour eur vie sexuelle et reproductive globale. Dans ce cadre, elles estiment valoriser davantage leur rôle dans la prévention. Le fait de renoncer à la pratique de l'accouchement est souvent présenté comme un regret mais compensé par les avantages tirés de ce mode d'exercice;
- La rupture avec le système de l'hôpital, ses lourdeurs de fonctionnement, son organisation hiérarchique et sa capacité à inhiber la place de la sage-femme ;
- Le stress lié à l'activité d'accouchement et la densité du travail.

[161] Pour certaines, une motivation financière, bien que la mission ait constaté un revenu moyen inférieur pour les sages-femmes libérales (cf. *infra*). La mission considère que ces motivations doivent être prises en considération avec attention car, sans vouloir opposer les modes d'exercice entre eux, elles sont significatives d'une perte d'attractivité de l'hôpital dont les témoignages suscitent de vives inquiétudes.

1.2.3 Le solde de la démographie des autres professions médicales liés à la périnatalité est contrasté

1.2.3.1 Des inquiétudes légitimes pour les gynécologues

[162] Selon les données fournies par le Conseil national de l'Ordre des Médecins (CNOM) pour l'année 2019, certaines qualifications font apparaitre un solde très déficitaire tels que la gynécologie médicale et obstétrique (-112), la gynécologie médicale (-80). D'autres, à l'inverse, présentent un solde excédentaire comme la gynécologie-obstétrique (+173). Celle-ci se situe au deuxième rang du classement général des spécialités pour le solde des entrants et sortants.

[163] En revanche, on constate des diminutions considérables pour les gynécologues médicaux. L'effectif de ces derniers est de 923 au 01/01/2020, parmi lesquels 874 sont des femmes ; au total 539 sont âgés de plus de 60 ans (58,4 %). Cette situation questionne fortement l'ensemble des acteurs rencontrés par la mission sur l'offre de soins pour le très court terme dans cette discipline.

1.2.3.2 De fortes interrogations pour ce qui concerne les pédiatres

[164] Le solde des entrées-sorties 2018/2019 est également positif: + 83. Toutefois, les perspectives sont potentiellement inquiétantes puisque les pédiatres de plus de 60 ans représentent 21 % de l'effectif total (cf. annexe 4).

[165] De plus, la mission IGAS[52] sur « La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France » notait que : « *La hausse du nombre de pédiatres masque de forts contrastes selon les modes d'exercice. En effet, si le nombre de pédiatres du secteur hospitalier a fortement augmenté (+80 % entre 1999 et 2020, soit +2,1 % par an), l'exercice en secteur libéral ou mixte n'a augmenté que de 5 % sur la même période (soit une hausse de 0,2 % par an). Sur une période plus récente (2012-2020), on constate même une diminution marquée du nombre de pédiatres exerçant à titre exclusif en libéral, qui a chuté de 15 % (soit une baisse de 3 % par an).* »

1.2.4 La natalité présente un net repli accentué par la crise sanitaire

[166] La question de l'évolution de la démographie des professions de la périnatalité peut difficilement s'abstenir d'une analyse prospective sur l'évolution de la démographie nationale.

[167] Or, il apparaît que la natalité française connaît un déclin, engagé depuis plusieurs années et renforcé à l'occasion de la crise sanitaire.

[168] Ainsi, entre 2014 et 2020, le nombre de naissances a baissé chaque année, passant de 818.565 nouveau-nés à 740.000, soit une baisse de 9,6 %. Ceci s'explique par l'entrée dans l'âge de la maternité de classes d'âges moins nombreuses, mais aussi par un recul récent de l'âge du premier enfant : celui-ci est en effet de 30,8 ans, alors qu'il s'élevait à 28,5 ans en 2015.

[169] L'incertitude provoquée par la crise sanitaire a par ailleurs emporté de fortes conséquences sur la natalité, celle-ci ayant baisse de 7 % entre décembre 2019 et décembre 2020, même si la tendance semble s'être atténuée depuis. Le nombre d'enfants par femme (fécondité d'1,8 en 2020) reste cependant inférieur au désir d'enfant moyen par femme (2,39).

1.2.5 Le contexte démographique ne justifie pas à lui seul l'extension des missions de sages-femmes

[170] Certains des acteurs auditionnés par la mission proposent que les sages–femmes soient appelés à se substituer, au moins partiellement, aux acteurs médicaux dont la démographie présente des facteurs d'inquiétude. Les disciplines concernées sont la gynécologie médicale, la gynécologie-obstétrique, la pédiatrie et la médecine générale.

[171] La motivation essentielle réside dans la nécessité d'assurer le suivi des femmes même en cas de pénurie de médecins et donc de prendre toutes les mesures permettant d'y parvenir. La compétence acquise par les sages-femmes pour la prise en charge du suivi gynécologique de la femme

[52] Rapport Igas 2020-047R avril 2021- Emilie FAUCHIER-MAGNAN, Pr Bertrand FENOLL-avec le concours du Pr Brigitte Chabrol

est mise en avant pour justifier cette orientation. Les perspectives de croissance forte du nombre de sages-femmes en exercice libéral complètent l'argumentaire.

[172] Néanmoins, cette orientation est également critiquée, voire contestée, autour des éléments suivants :

- Les perspectives de redressement de la démographie médicale à moyen-long terme invitent à la prudence quant à la redistribution de certaines missions envisagées pour faire face à l'urgence ;
- Quel que soit le volume global de praticiens disponibles, la question majeure réside dans les conditions d'exercice et d'installation et donc des mesures qui peuvent être prises pour favoriser une réduction des inégalités territoriales ;
- Le risque est grand de générer de la confusion auprès des femmes sur la répartition des rôles entre les différents professionnels de santé. Comme développé *supra*, les modalités d'entrée dans les parcours spécifiques aux femmes sont déjà particulièrement nombreuses, ce qui ne constitue pas un facteur de lisibilité ;
- La question de la compétence est centrale et réinterroge l'homogénéité des parcours de formation initiale des sages-femmes avec les différences des maquettes suivies par les professionnelles aujourd'hui en exercice (cf. *infra*, 3ème partie).

Recommandation n°10 Ne pas envisager d'extension des missions des sages-femmes au seul motif de la démographie médicale.

2 La rénovation du statut et des conditions d'exercice est indispensable pour maintenir l'attractivité du métier

[173] Le décret statutaire de la FPH du 23 décembre 2014 n'a pas permis de mettre en œuvre un dispositif qui réponde durablement aux attentes de cette profession. Il a, de fait, maintenu les sages-femmes dans un entre-deux qui procure aujourd'hui de très fortes insatisfactions. Les sages-femmes rencontrées par la mission verbalisent très fortement ce qu'elles traduisent comme une volonté affirmée de ne pas reconnaitre dans les faits les particularités de leur métier et leur appartenance aux professions médicales.

[174] Selon la totalité des témoignages, l'attractivité des postes hospitaliers s'est considérablement réduite, illustrée par la diminution jugée conséquente du nombre de candidatures. Cette situation mérite, selon la mission, une attention toute particulière et des mesures de redressement.

[175] Si la dimension de la rémunération est centrale, les autres composantes statutaires sont déterminantes en ce qu'elles sont susceptibles d'apporter ou non des solutions aux problématiques constatées.

[176] Il convient donc de recenser les difficultés rencontrées avant de décrire les possibilités offertes et les contraintes présentées par les différents dispositifs statutaires envisageables.

[177] La mission estime que la création d'un statut d'agent public spécifique constitue la solution la plus appropriée.

2.1 Les déterminants de l'attractivité en établissement se sont dégradés

[178] Les niveaux de rémunération des sages-femmes hospitalières sont fortement contestés. Ils ne doivent pas, cependant, occulter les problématiques liées aux conditions d'exercice et de gestion qui constituent, avec la question des missions analysées *supra*, des composantes déterminantes de l'attractivité.

2.1.1 Les niveaux de rémunération sont inadaptés au niveau de leurs responsabilités

2.1.1.1 Pour les sages-femmes hospitalières, des niveaux de rémunération et des déroulés de carrière qui soulèvent des interrogations

- Pour ce qui est des rémunérations :

[179] Le salaire net mensuel moyen des sages-femmes exerçant en établissements publics de santé s'élève à 2 720 € en 2016 et 2 757 € en 2017, dernières données disponibles[53].

[180] Par comparaison, selon les mêmes sources, le salaire net moyen mensuel des IDE en établissement public de santé pour 2016 est de 2 305 €.

[181] Pour le 1er grade du corps des sages-femmes, le traitement de base afférant au 1er échelon est de 2 085 € bruts mensuel et celui du 10ème, échelon terminal, de 3 266 €. Pour ce qui est du 2ème grade, le traitement de base au 1er échelon est de 2 539 € bruts mensuel et celui de l'échelon terminal de 3 847 €.

[182] Comme l'indique le tableau ci-dessous pour 2021, une sage-femme recrutée sous contrat dispose d'une rémunération mensuelle nette[54] de 2055 €. Une sage-femme stagiaire au 1er échelon perçoit une rémunération de 2 277 €, au 6ème échelon de 2704 €, soit 10,5 ans après l'accès au 1er échelon. Au 10ème échelon, soit 24,5 années après le recrutement au 1er échelon, la rémunération est de 3 320 €.

[53] Source : Les établissements de santé – DREES - édition 2017.
[54] Comprenant le traitement de base, les indemnités et primes mais sans la prime de service puisque celle-ci n'est versée qu'aux agents titulaires et stagiaires.

Tableau 6 : Rémunérations sages-femmes hospitalières au 04/2021 (traitement indiciaire + toutes primes et indemnités) en €

	Brut annuel	Brut mensuel	Net annuel	Net mensuel
Contractuelle	30 694	2 557	24 669	2 055
Stag 1er échelon	33 262	2 771	26 731	2 227
6ème échelon*	40 419	3 368	32 457	2 704
10ème échelon**	49 658	4 138	39 850	3 320

Source : Traitement paye hospitalière CHU Poitiers

** 10,5 ans pour passer du 1er au 6ème échelon.*
*** 14 ans pour passer du 6ème au 10ème échelon.*

[183] Par ailleurs, la question du niveau des rémunérations est amplifiée, en établissement public de santé, par le nombre de professionnelles sous statut de contractuel ; comme vu *supra*, si les contractuelles représentent 20 % de l'effectif total, cela signifie qu'elles sont autant à être rémunérées au 1er échelon, soit à 2 055 € nets mensuels. Les témoignages entendus par la mission laissent d'ailleurs observer des durées de plus en plus longues de maintien des arrivantes en statut contractuel avant leur titularisation.

[184] Le salaire moyen des médecins dans le secteur public est de 5 492 € net en 2016 (5 567 € en 2017)[55], très nettement supérieur à celui des sages-femmes considérés pourtant comme appartenant à « un corps de statut médical ».

- Pour ce qui est des carrières :

[185] Le corps des sages-femmes est réparti en deux grades. Le deuxième grade est accessible aux sages-femmes du premier grade ayant accompli au moins huit ans de services effectifs dans le corps.

[186] Dans la réalité, le niveau de fixation du ratio promus/promouvables[56] constitue un frein important. Il était de 11 % et a été doublé suite au Ségur de la Santé[57] pour une durée de deux ans. Ceci limite donc sensiblement les possibilités d'accès au deuxième grade.

[187] Par ailleurs, le deuxième grade, dans le cadre des dispositions du décret n° 2014-1585 du 23 décembre 2014, est également ouvert aux sages-femmes exerçant des fonctions particulières : coordination, formation, encadrement d'équipes soignantes, assistance du praticien responsable d'un pôle d'obstétrique, responsabilité d'unités de physiologie, participation en qualité d'enseignant à l'enseignement théorique et clinique des étudiants sages-femmes, direction de structures de formation en maïeutique. Ces dispositions limitent par conséquent l'accès au second grade pour les sages-femmes dont l'exercice est consacré exclusivement à l'activité clinique.

[55] Source : Les établissements de santé – DREES – édition 2017.
[56] Le ratio d'avancement de grade est appelé « pro-pro » car le nombre de promus est proportionnel au nombre de promouvables.
[57] Arrêté du 8 septembre 2020 modifiant l'arrêté du 11 octobre 2007 déterminant les taux de promotion dans certains corps de la fonction publique hospitalière.

[188] Enfin, les organisations professionnelles de sages-femmes comparent fréquemment leur grille à celle des ingénieurs hospitaliers, en la considérant comme significative de la dévalorisation de leur métier

Tableau 7 : Comparaison des carrières et traitements de base des ingénieurs hospitaliers et des sages-femmes FPH

Ingénieurs FPH			Sages-femmes		
Grade	Indice*	Traitement	Grade	Indice*	Traitement
Ingénieur	444	1 827	1er grade	518	2 085
	821	3 153		853	3 266
Ing.principal	619	2 434	2ème grade	649	2 539
	1 015	3 847		1015	3 847
Ing. Chef	461	1 893	Coordon.	816	3 134
Cl. Normale	977	3 711	Fonctionnel	HE A3	4 554
Ing.chef	726	2 942			
Cl. Except.	HE B3	4 999			

Source : Décrets statutaires de chaque corps- traitement mission

**Pour chaque grade, sont présentés l'indice de début de la grille et l'indice terminal.*

[189] On remarque que les différences ne sont que mineures et se font davantage au détriment des ingénieurs. En revanche, pour les grades sommitaux, les fins de carrière ne sont pas favorables aux sages-femmes alors que les emplois de coordinatrice en maïeutique sont des emplois fonctionnels et ne forment pas un grade d'avancement.

[190] En revanche, le régime indemnitaire constitue un élément de discrimination particulièrement sensible entre les deux corps puisque les ingénieurs bénéficient d'une prime de technicité qui peut représenter 45 % du traitement brut indiciaire[58]. Cette prime est néanmoins modulable en fonction par exemple du niveau de responsabilité (taux d'encadrement) et des contraintes et sujétions liées à l'activité du service ; elle n'est toutefois pas cumulable avec l'indemnité de sujétion spéciale (13 heures) et avec la prime de service.

[191] Par ailleurs, les grilles des sages-femmes exerçant dans les collectivités territoriales - FPT - sont identiques à celles de la FPH, même si tous les éléments de rémunération ne sont pas ajustés entre les deux fonctions publiques et au sein de la FPT elle-même.

[192] Enfin, il faut également noter que le salaire mensuel moyen des sages-femmes dans les établissements du secteur privé est de 2 506 €[59] en 2016, inférieur donc de 7,8 % à celui des sages-femmes de la FPH.

[58] En application du décret n°91-870 du 5 septembre 1991 relatif à l'attribution d'une prime de technicité aux ingénieurs hospitaliers.
[59] Estimation de la DREES.

2.1.1.2 Pour les sages-femmes libérales, un niveau de rémunération qui présente un rebond récent

[193] Pour ce qui concerne les sages-femmes exerçant en libéral et sans qu'il soit possible de distinguer celles qui sont en exercice mixte, selon la CARCDSF, le niveau de leur revenu annuel, toutes charges payées et avant impôts est de 29 164 € pour 2020[60].

[194] Le revenu moyen net mensuel est donc de 2 416 € à comparer avec le revenu moyen des sages-femmes des EPS (sans le complément de traitement indiciaire issu du Ségur) de 2 757 € pour 2017, comme vu *supra*.

[195] Toutefois, leur revenu était de 26 600 € en 2009 (soit une progression de 8 %), première année d'adhésion obligatoire des sages-femmes à cette caisse de retraite. Ce niveau est relativement étal entre 2009 et 2018.

[196] La dispersion de ces revenus est en revanche relativement forte : le 1er quartile se situe à 14 621 € et le 3ème quartile à 33 873 €. L'âge constitue également un niveau de différenciation.

Tableau 8 : Revenu annuel moyen des sages-femmes libérales par tranche d'âge en 2018 en €

	Revenu
Moins de 35 ans	25 196
De 35 à 44 ans	30 476
De 45 à 54 ans	34 034
De 55 à 59 ans	31 475
De 60 à 65 ans	25 801
Plus de 65 ans	25 000

Source : CARCDSF traitement mission

[197] Pour compléter ces constats, il convient de noter que l'âge moyen de départ à la retraite se situe à 64 ans et que le montant de retraite annuel moyen versé par la CARCDSF est de 6 700 €.

2.1.2 La formation continue est insuffisamment accessible

[198] Les sages-femmes rencontrées par la mission expriment massivement leur regret de ne pas bénéficier d'un accès plus facile à la formation.

[199] Elles mettent en avant un besoin, attesté par les sages-femmes coordinatrices, de se former régulièrement pour entretenir leurs connaissances[61] mais aussi un besoin de formations longues pour acquérir de nouvelles compétences et des diplômes ouvrant droit à la réalisation de certaines activités comme l'échographie.

[200] Ceci explique la propension des sages-femmes à souhaiter suivre des diplômes d'université ou interuniversitaire (DU-DIU). Ceci constitue une particularité de cette profession.

[60] Donnée correspondant à l'assiette constituée par le bénéfice non commercial (BNC) et conforme aux estimations fournies par la CNAMTS et l'association nationale des sages-femmes libérales.
[61] Pratique de l'accouchement, sutures, accouchement gémellaire, aide à la parentalité…

[201] Les diplômes fréquemment obtenus porte sur l'échographie, l'acupuncture, l'hypnose, le suivi gynécologique, la contraception, les addictions etc…[62]

[202] Par rapport aux sessions de formation continue habituelles, ces formations diplômantes sont beaucoup plus exigeantes. Elles sont spécifiques quant à leur durée (plus de 130 heures d'enseignement), au travail personnel complémentaire que constitue la rédaction d'un mémoire et à l'obligation de suivre des stages.

[203] Enfin, leur coût est beaucoup plus élevé. Si le coût moyen des formations suivis par les sages-femmes en 2019-2020 s'est élevé à 425 €[63], celui d'un DU est évalué à 1 650 €. Le nombre des déplacements, les frais d'hébergement et l'éloignement des lieux de formation constituent des éléments qui renchérissent les coûts.

[204] Ceci explique que de nombreuses sages-femmes rencontrées témoignent de refus très fréquents opposés par les DRH aux demandes de ce type de formation.

[205] Elles fournissent de nombreux exemples de professionnelles contraintes non seulement de financer elles-mêmes ces formations mais aussi de les suivre sur leur temps personnel (congés, RTT). Cette réalité concerne aussi les sages-femmes de la fonction publique territoriale.

[206] Les données fournies par l'ANFH démontrent une consommation de formation continue plus importante pour les sages-femmes que pour les autres professionnels hospitaliers. Au cours de l'année 2019, 8 073 sages-femmes ont participé à une session de formation, soit près de 62 % de l'effectif. En parallèle, 531 671 agents dans leur ensemble ont suivi une formation, soit près de 54 % de l'effectif des établissements adhérents à l'ANFH (la quasi-totalité des établissements).

[207] En revanche, la réponse au besoin de formation qualifiante est nettement plus faible. Au cours de l'année 2019, 668 DU (volume quasi identique à celui de 2020) ont été suivis par les sages-femmes de la FPH ; cela signifie qu'en moyenne une professionnelle peut accéder à ces formations tous les 19 ans. Ceci illustre les difficultés d'accès à la formation diplômante exprimées par les sages-femmes.

Tableau 9 : Consommation de formation continue par les sages-femmes des EPS

Année exercice comptable	Libellé Grade	Nb total départs	Nb départs DU_DIU	Nb total stagiaires	Charges totales
2019	SAGE FEMME	14 601	628	7 531	6 069 375,69
	SAGE FEMME CADRE	978	38	485	433 664,81
	SAGE FEMME CADRE SUPERIEUR	109	2	57	53 494,33
2020	SAGE FEMME	9 638	623	5 963	4 257 870,52
	SAGE FEMME CADRE	547	37	354	226 153,38
	SAGE FEMME CADRE SUPERIEUR	87	3	45	27 963,41
Total		**25 960**	**1 331**	**14 435**	**11 068 522,14**

Source : ANFH

[62] Données fournies par l'ANFH pour 2019 et 2020.
[63] Selon l'ANFH, le coût moyen horaire d'une formation, toutes sessions confondues et pour l'ensemble de la FPH est de 22,4 € en 2019.

[208] Les causes de ces difficultés résident notamment dans les éléments suivants :

- La formation continue des sages-femmes est intégrée aux plans de formation concernant l'ensemble des professions non médicales de la FPH, sur la base d'une cotisation de 2,10 % de la masse salariale. L'élaboration des plans et l'utilisation des fonds donnent lieu, au sein des établissements, à des arbitrages souvent délicats entre le nombre d'agents bénéficiaires et le coût unitaire des formations ;
- Contrairement aux dispositions du décret n° 2014-1585 du 23 décembre 2014[64], la formation des sages-femmes, dans la majeure partie des établissements, n'est pas intégrée au plan des personnels médicaux ;
- Enfin, les sages-femmes ne sont pas concernées par l'utilisation de la cotisation obligatoire de 0,6 % pour le fonds de mutualisation pour les études promotionnelles[65]. En effet, ces études sont destinées avant tout aux agents qui souhaitent et peuvent accéder à une autre profession (telles que cadre de santé, IADE, IBODE, IDE, AS, etc…) ;
- Même si le principe de mutualisation est totalement légitime, cette cotisation alimente une politique de promotion dont ne profitent pas les sages-femmes.

[209] Enfin, il convient de remarquer que le décret statutaire du 23 décembre 2014 prévoyait dans son article 6 que « *La durée et les modalités de prise en charge de l'obligation de développement professionnel continu des sages-femmes sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé* ». Ce texte n'a jamais été publié.

[210] La parution du décret n° 2016-942 du 8 juillet 2016 relatif à l'organisation du développement professionnel continu des professionnels de santé peut expliquer cela. Toutefois, force est de constater que la formation continue des sages-femmes n'est pas, à ce jour, encadrée.

Recommandation n°11 Intensifier les formations diplômantes pour répondre aux exigences de l'exercice des différentes missions.

2.1.3 Une pratique de l'exercice mixte ne permet pas le décloisonnement attendu

[211] D'une part, il est désormais possible pour une sage-femme d'occuper, à temps partiel, un poste de titulaire au sein d'un établissement public. En effet, le décret n° 2020-791 du 26 juin 2020 fixant les dispositions applicables aux fonctionnaires occupant un emploi à temps non complet dans la fonction publique hospitalière ouvre cette possibilité. Cette disposition permet donc à une sage-femme libérale d'occuper, à temps partiel, un poste permanent au sein d'un établissement public.

[212] Ces postes sont déterminés en fonction des besoins des services et leur durée ne peut être inférieure à 50 % ni excéder 70 % de la durée légale du travail.

[213] Toutefois, la mission a pu observer les réticences des services hospitaliers à intégrer des sages-femmes libérales dans leur effectif ; la complexification de l'élaboration des plannings constitue le

[64] Article 6 : *Un plan de développement professionnel continu des sages-femmes est établi dans chaque établissement comprenant des sages-femmes dans son effectif. Il est intégré au plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques de l'établissement, et à ce titre présenté en commission médicale d'établissement.*

[65] Les Etudes promotionnelles désignent des actions de formation permettant aux agents d'évoluer professionnellement dans la fonction publique hospitalière grâce à la formation continue.

motif essentiel de cette réserve. Il est regrettable que cette ouverture règlementaire, bien que récente, ne soit pas suffisamment considérée comme une opportunité de décloisonnement.

[214] D'autre part, une sage-femme hospitalière peut, au titre du décret n°2017-105 du 27 janvier 2017, bénéficier d'une autorisation de cumul d'activités avec la création ou la reprise d'une entreprise ou l'exercice d'une activité libérale. Cette autorisation est toutefois limitée à une durée de deux ans et peut être renouvelée une seule fois et pour une année seulement[66]. Cette disposition n'est donc que partiellement dérogatoire au principe selon lequel le fonctionnaire ou l'agent contractuel de droit public consacre l'intégralité de son activité aux tâches qui lui sont confiées.

[215] Cette réalité règlementaire ne permet donc pas à une sage-femme hospitalière de s'engager dans un mode d'exercice mixte qui ne peut s'envisager sérieusement que dans la durée et non comme une expérience momentanée.

[216] Cette situation est en contradiction avec les aspirations exprimées par les sages-femmes rencontrées par la mission qui souhaitent accéder avec plus de facilité à l'exercice mixte. Ce désir, largement partagé, est motivé par la volonté de s'ouvrir à des modes de fonctionnement différents mais surtout à des missions qui ont tendance à se différencier fortement en fonction du mode d'exercice.

2.1.4 La réponse au besoin de conciliation vie personnelle-vie professionnelle est insuffisante

[217] L'ensemble des témoignages recueillis par la mission indique clairement une difficulté croissante à supporter les contraintes du fonctionnement hospitalier dues notamment au nombre de nuits et de week-ends à effectuer.

[218] Cette situation impacte leur possibilité de concilier avec une certaine harmonie leur vie personnelle et leur vie professionnelle.

[219] Ce phénomène n'est certainement pas exclusif des sages-femmes car l'ensemble des soignants ressent fortement ces difficultés comme en ont témoigné les discussions du Ségur. Cependant, la réalité professionnelle des sages-femmes présente certaines particularités :

- Le nombre de postes de travail est approximativement le même entre le jour, la nuit et le week-end pour les salles de travail et les unités d'hospitalisation parce que les variations journalières, infra hebdomadaires, de la charge de travail sont moindres que pour les autres activités médicales et que certains effectifs sont normés ;
- L'analyse des variations saisonnières[67] indique que le niveau d'activité d'accouchement pendant les mois d'été est globalement plus élevé que sur le début d'année ; ceci offre moins de souplesse dans la gestion des équipes par rapport à la planification des congés annuels. En effet, contrairement à ce que permettent de nombreuses autres activités médicales, l'obstétrique n'est pas compatible avec des réductions temporaires de capacité, en particulier pendant certaines périodes de vacances scolaires ;

[66] NOTE D'INFORMATION N° DGOS/RH4/DGCS/4B/2017/227 du 13 juillet 2017 relative aux obligations déclaratives déontologiques et aux cumuls d'activités dans la fonction publique hospitalière.
[67] Cf. Annexe 3

- La variété des postes de travail est moindre que pour d'autres soignants qui peuvent exercer en beaucoup plus grand nombre en ambulatoire, en consultations externes, en hospitalisation de semaine etc…, ce qui offre des rythmes de travail plus compatibles avec les souhaits personnels et familiaux.

[220] Cet objectif d'une meilleure conciliation ne relève pas que des revendications exprimées par les sages-femmes. Il interpelle également la mission en ce qu'il constitue un élément d'attractivité important pour l'exercice hospitalier de cette profession. En ce sens, il doit faire l'objet d'une attention particulière et d'une recherche de réponses au sein des structures hospitalières.

2.1.5 Les missions et le statut des coordinatrices ont conduit à une perte de sens

[221] Les décrets statutaires du 23 décembre 2014 ont substitué au statut de cadre et de cadre supérieur sage-femme celui de coordinatrice en maïeutique. Deux possibilités sont offertes pour accéder à cette fonction : le cadre du 2ème grade de leur nouveau statut ou un emploi fonctionnel selon les dispositions du décret n° 2014-1586 du 23 décembre 2014.

[222] La différence sémantique traduit une rupture totale dans la définition des fonctions puisque les coordinatrices n'exercent plus de fonctions d'autorité hiérarchique sur leurs équipes.

[223] Sur le plan statutaire, la majeure partie des coordinatrices ne se distingue pas des sages-femmes qui n'exercent que des activités cliniques puisque le 2ème grade est accessible aux deux corps. La liste des postes de coordonnateur en maïeutique en emploi fonctionnel est fixée par arrêté[68].

[224] Par ailleurs, il convient de souligner qu'aucune formation particulière n'est demandée pour être nommée coordinatrice au 2ème grade. Il n'y a que pour l'accès aux emplois fonctionnels qu'est exigé un diplôme de cadre sage-femme ou un diplôme national de master[69]. L'unique école des cadres spécifique aux sages-femmes, gérée par le CHU de Dijon, n'existe plus.

[225] La mission considère que cette situation pose trois difficultés majeures :

- Une simple fonction de coordination n'est pas adaptée à la gestion d'équipes nombreuses et à la participation à la définition et la mise en œuvre d'une politique de la naissance. Par ailleurs ces équipes sont pluri-professionnelles et également composées d'infirmières, d'auxiliaires de puériculture, d'agents de service. Il s'agit donc clairement d'une fonction d'encadrement et non de coordination ;
- Il n'est pas possible que cette fonction soit assurée avec efficacité sans une formation particulière, notamment au management, afin de permettre aux professionnelles de disposer des outils et des méthodes indispensables à l'exercice de leurs missions. Ceci est d'autant plus préoccupant que la complexité des situations de travail s'est considérablement accrue ;
- Cette situation fragilise une partie des coordinatrices et légitime leur sentiment de dévalorisation, ce qui ne peut qu'être préjudiciable à terme à leur contribution active au développement des services et à la motivation des équipes.

[68] Arrêté du 27 mai 2015 fixant la liste des emplois fonctionnels de coordonnateur en maïeutique. L'ensemble des maternités des CHU et celles des centres hospitaliers les plus importants, soit plus de 150 postes sur les 336 maternités publiques.
[69] Arrêté du 17 mai 2016 fixant la liste des diplômes ouvrant l'accès aux emplois fonctionnels de coordonnateur en maïeutique de certains établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

[226] En ce sens, certaines dispositions statutaires de 2014 engendrent une régression significative de la fonction d'encadrement qui, certes a pu satisfaire des sages-femmes, mais, en définitive, a nui à la légitimité de la contribution de l'ensemble de leur profession.

2.2 Le sur mesure doit être privilégié pour dépasser les contraintes des statuts en vigueur

[227] Pour répondre aux problématiques présentées *supra*, il convient de mesurer les possibilités qu'offre d'une part le statut général de la fonction publique hospitalière et d'autre part l'intégration au statut des praticiens hospitaliers, cette dernière option étant défendue par une partie des organisations professionnelles représentant les sages-femmes.

[228] Toutefois, l'hypothèse d'un statut spécifique différent des deux premières solutions mérite d'être investiguée.

[229] Pour la mission, la recherche de solutions statutaires pertinentes doit tenir compte des contraintes et des objectifs suivants :

- La nécessité d'un cadre qui témoigne incontestablement de l'appartenance des sages-femmes aux professions médicales. Ceci doit conduire à ne pas assimiler leurs problématiques avec celles des professions paramédicales ;
- La nécessité de reconnaitre que l'activité des sages-femmes présente intrinsèquement un niveau de responsabilité élevé car l'accouchement présente toujours des risques, y compris un accouchement eutocique, ce qui singularise cette profession ;
- Le besoin de trouver des voies qui contribuent à mettre un terme progressivement à « l'entre deux » qui caractérise la situation des sages-femmes ;
- Le besoin de valorisation de cette profession qui permette de développer l'attractivité des postes, notamment hospitaliers.

2.2.1 Les évolutions statutaires envisageables constituent des solutions imparfaites

2.2.1.1 Le statut de PH et ses nombreuses impasses

[230] Les problématiques essentielles touchent à la rémunération, au temps de travail et à la retraite.

- **Un différentiel de rémunérations conséquent**

[231] La revendication exprimée par certaines organisations de sages-femmes et certaines sages-femmes elles-mêmes visant à intégrer le satut de PH repose en grande partie sur le niveau de revenu que cela représente. Elle est également sous-tendue par la conviction que cela scellerait définitivement la reconnaissance de leur appartenance aux professions médicales.

[232] Pour appréhender les différences, la mission a comparé les traitements de base bruts annuels de chaque corps à l'entrée dans la carrière donc au 1er échelon (du 1er grade pour les sages-femmes), puis avec 10 ans d'ancienneté et, enfin, avec une ancienneté de 25 ans. Cette approche n'intègre pas pour les sages-femmes les primes et indemnités, y compris le complément de traitement indiciaire (CTI) issue du Ségur et pour les praticiens les changements de grille post Ségur, les indemnités pour participation à la permanence des soins ainsi que l'indemnité de service public exclusif.

[233] Le tableau ci-dessous fait apparaitre que le traitement de base d'un PH est égal à plus de deux fois celui d'une sage-femme. Il est à noter que l'écart croit avec l'ancienneté.

Tableau 10 : Les différences de rémunération brute annuelle entre les sages-femmes de la FPH et les PH

	SF	PH	Ecart %
1er échelon	25 020	52 932	**211**
Avec 10 ans d'ancienneté	31 200	67 740	**217**
Avec 25 ans d'ancienneté	39 200	96 200	**245**

Source : Grilles indiciaires et de rémunération – retraitement mission

[234] Ces écarts, particulièrement forts, sont confirmés si l'on observe les données relatives aux rémunérations moyennes qui, elles, prennent en compte l'ensemble des composantes de la rémunération.

[235] La DREES estime la rémunération moyenne mensuelle nette des sages-femmes en EPS pour 2017 à 2 757 €, comme vu *supra*. Cette estimation est bâtie à partir des donnés du net fiscal des déclarations annuelles des données sociales (DADS) fournies par l'INSEE et retraitées par la DREES.

[236] Par ailleurs, le centre national de gestion (CNG)[70] estime que le revenu annuel brut des PH[71] est de 91 220 € composé de 72 119 € pour le traitement de base et de 19 100 € pour les indemnités et primes. Compte tenu des charges sociales personnelles évaluées par le CNG, le revenu net annuel est estimé à 74 676 €, soit un net mensuel de 6 223 €.

Tableau 11 : Comparaison du revenu net mensuel global SF-PH en 2016-2017

Sages-femmes	Praticiens hospitaliers	Ecart %
2 757 €	**6 223 €**	**225**

Source : DREES- CNG retraitement mission

[237] Les écarts présentés sur les rémunérations nettes sont conformes à ceux évalués *supra* sur les rémunérations brutes.

[238] L'intégration des sages-femmes hospitalières au statut des PH représenterait donc une augmentation considérable de la rémunération dont aucune autre profession n'a jamais bénéficié.

- **Le délicat problème du temps de travail**

[239] Intégrées à la FPH, les sages-femmes ont des obligations de temps de travail telles qu'elles résultent du décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail, dispositions de droit commun pour tous les professionnels des établissements publics : moyenne hebdomadaire de 35h sur le cycle de travail.

[70] Enquête sur les rémunérations des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques dans les établissements publics de sante -situation au 31/12/2016-
[71] PH des centres hospitaliers. Celui des PH des CHU est estimé à 86 480 €.

[240] En dehors des postes de travail en consultations externes, les amplitudes de travail rencontrées habituellement sont de 12h avec les difficultés afférentes à la prise en compte des heures supplémentaires effectuées notamment pour les transmissions.

[241] Les obligations des PH sont évaluées à 10 demi-journées par semaine et la durée hebdomadaire ne peut excéder 48 heures en moyenne lissée sur un quadrimestre, seuil à partir duquel est déclenché le système des plages de temps additionnel.

[242] Le contenu de ces obligations introduit donc un différentiel de 13 heures maximum par semaine.

[243] Les PH peuvent également bénéficier d'un mode de calcul en temps continu. Celui-ci est toutefois dérogatoire et est réservé à quelques activités dont l'obstétrique pour les services de plus de 2 000 accouchements. Le système repose sur la définition des obligations de service et sur la contractualisation du temps avec le praticien.

[244] Des effectifs complémentaires sont souvent nécessaires. A ce titre, compte tenu de l'expérience acquise pour certaines spécialités médicales, on peut raisonnablement penser que les établissements ne seraient pas enclins à élargir le champ d'application du système de gestion du travail en temps continu.

[245] Les sages-femmes seraient particulièrement perdantes sur ce critère du temps de travail, ce qui constituerait un facteur de dégradation de la conciliation vie personnelle-vie professionnelle.

- **Les incertitudes pesant sur la retraite**

[246] Les praticiens sont régis par deux régimes de retraites (régime général de la Sécurité Sociale et IRCANTEC) qui se cumulent et qui portent sur l'intégralité de leur carrière hospitalière.

[247] Pour obtenir l'ouverture de leurs droits à la retraite de base à taux plein, ils doivent valider entre 167 et 172 trimestres. L'âge minimum de départ à la retraite est de 62 ans (ils partent souvent au delà, en moyenne à 65 ans). Pour eux, comme pour les salariés du privé, la pension de retraite de base est calculée à partir du salaire moyen des 25 meilleures années.

[248] Pour ce qui est de la retraite complémentaire gérée par l'IRCANTEC, l'assiette de cotisation est calculée sur 100 % des revenus des praticiens hospitaliers à temps plein. En 2016, les praticiens hospitaliers à la retraite perçoivent une retraite complémentaire de 950 € par mois pour une durée moyenne d'affiliation au régime de 25,5 années[72].

[249] Pour ce qui est de leur statut actuel, et par rapport à une retraite à taux plein, le nombre de trimestres exigés pour les sages-femmes n'est pas très différent en fonction de l'année de naissance, même si l'âge à partir duquel elles peuvent faire valoir leurs droits est de 57 ans; l'âge d'annulation de la décote sera, lui, plus faible.

[250] En revanche, la pension de retraite des sages-femmes, comme des autres agents de la FPH, est calculée sur la base du dernier traitement indiciaire détenu pendant au moins 6 mois, ce qui constitue une différence sensible par rapport au système en vigueur pour les PH.

[251] Le pourcentage de liquidation dépend du nombre de trimestres liquidables. L'agent bénéficie de 75 % du dernier traitement indiciaire brut s'il justifie d'un nombre total de trimestres liquidables égal au nombre de trimestres d'assurance exigé pour bénéficier d'une retraite à taux plein.

[72] Questions Retraite et Solidarité- IRCANTEC- octobre 2017.

[252] Malgré cela, la réforme des retraites telle qu'elle était projetée en 2019 modifiait sensiblement ces données puisqu'elle était censée instituer un système universel. Il est donc aujourd'hui plus prudent de ne pas fixer de manière définitive les bases de la comparaison.

- **Un diagnostic contrasté pour ce qui est des autres difficultés à résoudre**

[253] La limitation de l'accès à la formation continue ne sera pas désserrée sous un statut de PH puisque le niveau de cotisation sur la masse salariale est plus faible que pour les agents de la FPH.

[254] Le statut de PH, en revanche, tendrait à faciliter l'exercice mixte puisqu'il existe le statut de praticien à temps partiel. De plus, les perpectives d'évolution du statut de PH issues du Ségur vont dans le sens d'une plus grande fluidité pour faciliter l'exercice partagé.

2.2.1.2 La FPH et les contraintes de son cadre

- **Sur la question des rémunérations, seul le régime indemnitaire peut être mobilisé**

[255] La revalorisation salariale du corps des sages-femmes au sein la fonction publique hospitalière se heurte aux imbrications des diverses grilles indiciaires et des effets de bord que toute mesure significative peut entrainer, y compris en élargissant à l'ensemble des trois fonctions publiques.

[256] Une difficulté complémentaire réside dans la refonte des grilles des infirmiers dans le cadre des accords du Ségur à laquelle il faut rajouter les adaptations statutaires qui seront rendues nécessaires par la reconnaissance des infirmiers en pratique avancée.

[257] De même, les évolutions statutaires concernant des personnels médicotechniques, y compris ceux dont la formation a fait l'objet des opérations d'une réingénierie, vont venir accroitre le nombre d'agents placés en catégorie A.

[258] Seul le régime indemnitaire peut constituer un levier pour rehausser le niveau de revenus des sages-femmes, orientation partagée par la DGAFP.

[259] La mission a donc procédé au calcul de 4 hypothèses - évaluées en nombre de points d'indice - qui, indépendamment de leur montant, sont bâties sur les principes suivants :

  - La prime devrait cibler l'appartenance des sages-femmes aux professions médicales ; en ce sens, elle pourrait être dénommée « Complément spécifique des praticiens en maïeutique » ;
  - Elle devrait inévitablement ouvrir droit à pension au même titre que la NBI et la CTI ; selon la mission, toute autre orientation serait inadaptée au problème posé ;
  - Elle ne peut qu'être conséquente dans son montant si une réponse au besoin de reconnaissance et de valorisation de la profession doit être apportée.

[260] Le tableau ci-dessous fait donc apparaitre, en fonction du nombre de points attribués, le montant du net mensuel, son impact sur le revenu moyen et le coût annuel comprenant les charges sociales. Celui-ci a été calculé sur la base d'un effectif de 14 000 ETP (hypothèse haute) correspondant à l'ensemble des salariés pour tenir compte des extensions de la mesure à toutes les sages-femmes quel que soit le type d'exercice salarié.

Tableau 12 : Attribution d'une prime spécifique: évaluation de quatre hypothèses

	Montant brut mensuel €	Montant net mensuel €*	% salaire moyen 2017	Coût annuel M €	Coût annuel chargé** M €
100 points	468	356	12,9	78,6	130
125 points	585	445	15,96	98,3	163
150 points	702,9	534	19,16	118	195,25
175 points	820	624	22,38	137,7	227,8

Source : Traitement mission

**Cotisations sociales personnelles évalues à 24 % du brut.*
*** Charges patronales évaluées à 65,47 % du brut- évaluation Ségur juin 2020.*

[261] La mission tient à souligner que l'hypothèse d'une prime de 175 points d'indice correspondant à une revalorisation du net mensuel de 624 € permettrait une rémunération nette globale de 2 851 € en entrée de carrière (624 € + 2 227 €). Ce niveau de rémunération, sensiblement plus élevé, est à peu près celui estimé comme souhaitable par les sages-femmes rencontrées parmi celles qui ne sont pas favorables à l'intégration au statut de PH.

[262] Le coût de cette mesure, à ce niveau, est estimé à près de 228 M €.

- **Les autres problèmes à résoudre**

[263] Les dispositions actuelles ne permettent pas de trouver une solution pratique aux difficultés d'accès à la formation continue comme au développement de l'exercice mixte. Il ne semble pas que la DGAFP envisage d'étendre de manière significative les dérogations au principe fondateur qui veut que le fonctionnaire consacre l'ensemble de son temps de travail au service public.

[264] La mission considère indispensables des mesures législatives et règlementaires pour adapter le cadre de la FPH au règlement des problématiques majeures rencontrées par les sages-femmes s'il est souhaité que ce corps demeure au sein de la fonction publique.

2.2.2 La mission préconise un statut particulier de praticien en maïeutique

2.2.2.1 Les facteurs tendant à repousser l'hypothèse de l'intégration au statut des PH

[265] Compte tenu des constats effectués, la mission considère que l'intégration des sages-femmes au statut des PH ne constitue pas une option à retenir. D'autres critères doivent également attirer l'attention.

- **Le coût exorbitant des mesures portant sur les rémunérations**

[266] La mission a procédé à l'évaluation du surcoût que représenterait l'application de la grille des PH aux sages-femmes. Celui-ci s'élève à 793,5 M€ en année pleine sur une base ne prenant pas en compte toutes les mesures prises suite au Ségur de la santé tant pour les sages-femmes que pour les PH pour maintenir une comparaison fiable.

[267] Les bases de référence pour élaborer la projection sont les suivantes:

- Pour les sages-femmes, le revenu net mensuel moyen est celui évalué par la DREES (cf. *supra*) à 2757 € en 2017. Pour reconstituer le brut, le pourcentage des charges sociales personnelles est évalué à 24,5 % ;
- Pour les PH, la rémunération moyenne annuelle de 91 220 € fait partie des données collectées par le CNG dans son enquête sur les rémunérations réalisée pour 2016 ; l'évaluation de la part des charges sociales patronales est de 48,5 %[73] ;
- Le public ciblé est celui des sages-femmes exerçant en EPS soit 11 740 ETP.

Tableau 13 : Surcoût moyen de l'application de la grille des PH aux 11 741 ETP sages-femmes des EPS

	Base PH	Coût unitaire SF	Coût global actuel	Coût projeté	Surcoût annuel
Rémunération annuelle brute	91 220	41 189	483, 6 M	1 071 M	**587,4 M**
Montant des charges patronales	44 241	26 649	312,9 M	519,4 M	**206,5 M**
Coût total annuel	135 461	67 838	796,5 M	1 590,4 M	**793,9 M**

Source : DREES- CNG Retraitement mission

[268] Le surcoût annuel s'élève donc à 793,9 M€ pour ce qui est des sages-femmes de l'hôpital public.

[269] Si toutes les sages-femmes salariées étaient concernées par cette mesure, soit un effectif de 14 973 ETP, le surcoût serait de 1,012 Mds €[74].

- **Le nombre d'années d'étude**

[270] La durée de la formation initiale constitue également un facteur de différenciation. Les organisations favorables à l'intégration au statut de PH repoussent cet argument au motif que la formation initiale des pharmaciens et les odontologistes, contrairement aux médecins, est d'une durée de 6 ans.

[271] Toutefois, il faut préciser que les pharmaciens hospitaliers suivent un 3ème cycle de 3 ans après leurs 6 ans d'étude. La situation est différente pour les odontologistes mais leur effectif est particulièrement faible[75] : 226 ETP dont 129 praticiens à temps plein.

[272] La mission considère que l'argument portant sur la durée des études ne peut pas être rejeté.

[73] Le constat de certaines incohérences a conduit la mission a recalculer les données présentées par le CNG dans son étude « Enquête sur les rémunérations des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques dans les établissements publics de sante- situation au 31/12/2016 ».
[74] Compte tenu de la difficulté à cerner précisément les revenus des autres catégories de sages-femmes salariées, cette dernière évaluation est basée sur une extension des niveaux de rémunération des sages-femmes des EPS à l'ensemble des salariés.
[75] CNG : Praticiens hospitaliers éléments statistiques sur les praticiens hospitaliers statutaires- situation au 1er janvier 2020.

- **La nature des missions**

[273] Les sages-femmes exercent une profession médicale autonome à « compétences définies et réglementées », comme rappelé *supra*. Les missions des médecins et des odontologistes ne sont pas spécifiquement définies et ne sont donc pas limitées. Sans dévaloriser la profession de sage-femme, cette distinction parait essentielle en ce qu'elle signifie quant à la nature des professions.

2.2.2.2 La rupture en faveur d'un statut spécifique d'agent public

- **Pour les sages-femmes en activité clinique**

[274] Comme précisé *supra*, le maintien des sages-femmes des hôpitaux publics dans la fonction publique, se heurte aux contraintes des effets de bord inévitables. De plus, si une solution pouvait être trouvée, elle présenterait le risque de ne pas être pérenne, comme ce fut le cas de la réforme de décembre 2014. Le traitement des nombreux autres problèmes catégoriels apparaissant au sein de la catégorie A continuera à impacter le statut des sages-femmes, ce qui laisse, en effet, planer un doute sur la stabilité des accords qui pourraient être trouvés.

[275] Pour l'ensemble de ces raisons, la mission considère que la création d'un statut d'agent public, en dehors de la FPH constitue une solution adaptée.

[276] Ce nouveau statut, dans son principe fondateur, aurait le mérite de consacrer l'originalité du positionnement des sages-femmes ni assimilable aux professionnels paramédicaux, ni assimilable aux médecins. La sortie de la FPH permettrait d'authentifier la rupture sans pour autant aller vers l'intégration au statut des PH.

[277] Les caractéristiques essentielles de ce statut seraient les suivantes :

  - Le niveau de rémunération brute mensuelle de la grille serait basé sur l'actuel premier grade auquel serait rajouté et intégré le montant de la prime spécifique présentée *supra* ; il comprendrait donc le traitement de base ainsi que les primes et indemnités sans que ceux-ci soient dissociés ;
  - Un deuxième grade serait accessible après 15 ans de carrière sous certaines conditions : formations suivies, détention d'un Master ou d'un doctorat, évaluations effectuées par les cadres-coordinatrices ;
  - Les sages-femmes bénéficieront d'une auto-évaluation-bilan biennale réalisée par le cadre coordinateur d'une part et d'autre part par le responsable médical de l'unité d'obstétrique pour ce qui est des missions effectuée sous sa responsabilité ;
  - Des élections professionnelles spécifiques permettraient la constitution d'une commission d'établissement chargé d'analyser les recours éventuels portant sur des décisions individuelles et sur les conditions de travail ;
  - Les dispositions concernant le temps de travail pourront être identiques à celles en vigueur au sein de la FPH ;
  - Des dispositions particulières organiseront l'exercice mixte en ouvrant totalement les modalités. Une limite inférieure pourrait être, cependant, fixée à 50 % de l'équivalent mensuel des obligations ;

- La formation serait gérée par l'ANFH ou par l'établissement lui-même en fonction de son adhésion ; le niveau de cotisation pourrait être fixé à 2,2 % de la masse salariale et spécifiquement affecté à la formation des sages-femmes ;

- La gestion des carrières et des paies seraient assurées par l'autorité chargée du pouvoir de nomination dans l'établissement, déléguée au directeur en charge des affaires médicales, y compris pour ce qui relève de la formation, des remplacements, de la gestion budgétaire …

[278] Enfin, puisqu'elles appartiennent aux professions médicales, les sages-femmes, pourraient être représentées au conseil supérieur des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques des établissements publics de santé, institué par l'article 194 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 et le décret n°2018-639 du 19 juillet 2018. Le fait de ne pas détenir le même statut ne saurait constituer un obstacle à cette intégration. Un collège spécifique pourrait être créé en complément des trois déjà prévus par le dispositif règlementaire.

Recommandation n°12 Revaloriser sensiblement le niveau de rémunération dès l'entrée dans la carrière de sage-femme hospitalière, mesure à étendre aux professionnelles des autres types d'établissements.

Recommandation n°13 Créer pour les sages-femmes exerçant en EPS un statut d'agent public extrait de la FPH et non assimilable au statut des PH.

Recommandation n°14 Etudier les conditions de représentation des sages-femmes au sein du conseil supérieur des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques des EPS.

[279] La référence à une profession médicale parait fondamentale pour qualifier ce statut et ce pour deux raisons. Tout d'abord, la spécificité des sages-femmes justifie ce statut. Ensuite, cette appartenance à une profession médicale pourra servir d'argument pour éviter d'élargir à d'autres corps l'ouverture qui pourrait être revendiquée. Ainsi, la responsabilité professionnelle eu égard à des activités à risque et l'appartenance à une profession médicale constituent donc deux critères essentiels pour considérer que les sages-femmes sont, seules, éligibles à un statut de ce type.

- **Pour les sages-femmes exerçant des fonctions de coordination**

[280] Un statut spécifique, différent de celui des sages-femmes cliniciennes ou des sages-femmes enseignantes doit leur être créé et réservé.

[281] Ce statut consacrera la fonction d'encadrement.

[282] Ce statut établira le positionnement de coordinatrice dans sa fonction de cadre, de responsable d'unité physiologique, de membre de droit de la CME….

[283] Il posera clairement l'exigence d'une formation effectuée en gestion et en management hospitalier pour prétendre y accéder.

Recommandation n°15 Créer un statut spécifique pour les sages-femmes qui assureront une fonction d'encadrement et de coordination pour laquelle une formation à la gestion et au management sera exigée.

2.2.2.3 Des mesures complémentaires pour élargir le dispositif

- **Pour les sages-femmes salariées des établissements à but lucratif (EBL)**

[284] On peut estimer que les mesures salariales qui seraient décidées pour les sages-femmes des EPS soient étendues à celles exerçant dans des ESPIC, dans les EBL ainsi que dans la fonction publique territoriale.

[285] En outre, les sages-femmes exerçant dans les EBL doivent également bénéficier de toute leur autonomie pour ce qui concerne le suivi des grossesses à bas risque, l'acte d'extraction inclus. Cela est freiné par le fait que le médecin gynécologue-obstétricien procède systématiquement à l'extraction du nouveau-né puisqu'il bénéficie d'un paiement d'honoraires pour l'acte pratiqué, amputant ainsi les sages-femmes de la possibilité de mettre en œuvre leurs compétences sur la totalité du processus de l'accouchement. Par substitution, les médecins pourraient bénéficier d'un acte visant à valoriser leur fonction de recours en cas de difficulté survenant en urgence.

Recommandation n°16 Entreprendre une révision de la CCAM pour modifier la nature des honoraires versés aux médecins gynécologues-obstétriciens afin de permettre aux sages-femmes exerçant en établissement privé à but lucratif de gérer, en autonomie, l'ensemble de l'accouchement à bas risque.

- **Pour les sages-femmes libérales**

[286] Les sages-femmes contestent les différences de cotation des actes de même type dès lors qu'ils sont réalisés par une sage-femme ou un médecin gynécologue-obstétricien. Cette situation est effectivement surprenante à partir du moment où il s'agit d'actes dont la pratique est autorisée par les pouvoirs publics.

[287] Les mêmes actes réalisables tant par les sages-femmes que par les médecins devraient faire l'objet d'honoraires identiques.

- **La classification de la profession de sages-femmes dans les nomenclatures de l'INSEE**

[288] L'INSEE classait les sages-femmes au sein de la PCS, nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles des emplois salaries d'entreprise dans la catégorie « Infirmiers, sages-femmes et professions assimilés ». Les sages-femmes contestent avec force cette classification qu'elles considèrent comme significative de l'absence de reconnaissance de leur appartenance aux professions médicales.

[289] L'INSEE précise : « *Rappelons tout d'abord que la PCS n'est qu'une nomenclature statistique : elle n'est ni normative, ni une reconnaissance des qualifications ou des compétences, ni une échelle de valeur* ». Il confirme que des travaux de redéfinition des professions ont été menés mais que, malgré cela, les sages-femmes sont restées dans la catégorie 43 des professions intermédiaires de la santé.

[290] L'INSEE met en avant que le choix de maintenir son classement répond à l'exigence de comparabilité dans le temps des séries statistiques. Il évoque les classifications de la nomenclature européenne et notamment sa division 86 « *Activités pour la santé humaine* » qui se décompose en trois groupes : Activités hospitalières, Activités des médecins et des dentistes, Autres activités pour la santé humaine, cette dernière catégorie étant celle à laquelle appartiennent les sages-femmes et les infirmiers.

[291] La mission considère que l'INSEE doit procéder au changement de catégorisation de la profession de sage-femme, au minimum en la séparant totalement des infirmiers et des autres catégories soignantes.

Recommandation n°17 Modifier le classement de la profession de sage-femme dans la nomenclature d'activités française gérée par l'INSEE.

2.3 L'amélioration des conditions d'exercice nécessite des mesures préventives

[292] Les effectifs et les revalorisations statutaires ne suffiront certainement pas à accroitre l'attractivité des postes notamment hospitaliers. Les conditions de travail, incluant le besoin de mieux concilier vie personnelle et vie professionnelle, constituent un facteur sur lequel une action résolue doit être conduite.

[293] Par ailleurs, la mission souligne la nécessité de maintenir la polyvalence dans l'exercice des missions.

2.3.1 Le développement de l'exercice mixte favoriserait la polyvalence et allègerait les contraintes

[294] Ce besoin de conciliation a été évoqué *supra*. Il touche l'ensemble des professions de santé et constitue un changement sensible par rapport aux aspirations exprimées par les générations antérieures de professionnels du soin. Il est important, pour la mission, que les sages-femmes puissent bénéficier de mesures répondant à ce besoin, mesures adaptées aux spécificités de leur exercice.

[295] Ce besoin de polyvalence doit se traduire dans les organisations internes des services d'obstétrique. Il conviendra ainsi d'organiser les rotations et les partages entre les divers types de postes de travail (consultations externes, salles de travail, unités d'hospitalisation…) de telle sorte que les sages-femmes ne soient pas centrées sur une activité particulière.

[296] Cette polyvalence présente deux avantages majeurs :

- La conservation de l'intérêt professionnel pour des missions qui sont diversifiées ;
- Un partage plus homogène des contraintes, notamment celles liées à l'obligation de travailler les nuits et les week-ends.

[297] Par ailleurs, la nécessité d'éviter les cloisonnements concerne également les divers modes d'exercice et les liens entre les services hospitaliers d'obstétrique, la PMI et les sages-femmes libérales.

[298] Comme cela a été noté *supra*, le développement de l'exercice mixte constitue une priorité, notamment pour favoriser cette polyvalence. L'ouverture des services de maternité à des sages-femmes libérales leur permettrait de maintenir leurs compétences dans la prise en charge de l'accouchement, ce qui ne saurait qu'être positif, y compris pour ce qui est, ou sera, de leur pratique éventuelle en maison de naissance.

[299] Par ailleurs, outre que cela permettrait de favoriser les bonnes pratiques largement recommandées de continuité et de coordination des soignants, cela serait de nature à accroitre le nombre de professionnelles appelées à participer au fonctionnement des services et contribuerait ainsi à alléger les contraintes.

[300] Enfin, on pourrait développer des systèmes dans lesquels un partage de fonctions est établi entre les trois catégories de sages-femmes en fonction des réalités d'un territoire.

[301] La mission estime donc indispensable que la DGOS, les ARS et la CNAM veillent à ce que le cloisonnement ne s'installe pas entre les secteurs d'exercice.

Recommandation n°18 Créer statutairement les conditions d'un exercice mixte facilité pour permettre la polyvalence et un partage plus homogène des contraintes inhérentes à la permanence du fonctionnement des établissements.

2.3.2 Une répartition aménagée du temps de travail faciliterait l'adaptation aux variations saisonnières

[302] Les difficultés pour gérer les périodes de forte activité exprimées par les professionnelles des services visités ont conduit la mission à analyser les éventuelles variations saisonnières de l'activité d'accouchement[76].

Tableau 14 : Indicateurs de variation mensuelle du nombre d'accouchements

	2017	2018	2019
Volume total annuel	730 242	719 737	714 029
Médiane mensuelle	59 799	57 549	55 300
Moyenne mensuelle	60 854	59 978	59 502
Minimum mensuel	54 948	52 733	51 800
Maximum mensuel	65 170	64 823	64 579
Rapport Min/Max	119	123	125

Source : INSEE traitement mission

[303] Le tableau ci-dessus, comme les graphiques figurant en annexe, présentent un écart de 25 % entre les mois les plus faibles et ceux au cours desquels l'activité est la plus importante. Globalement, sur les trois dernières années, se dessine une tendance qui fait de la période de mai à octobre le semestre sensiblement le plus élevé en nombre d'accouchements. Des études spécifiques de l'INSEE fournissent des indications convergentes.

[304] Même si les promotions annuelles d'étudiants sages-femmes sortent au mois de juin, les établissements éprouvent des difficultés croissantes à recruter le nombre nécessaire de remplaçantes. Cette situation conduit également à concentrer sur la période d'été le nombre le plus important de sages-femmes les moins expérimentées.

[305] La mission estime que les établissements doivent prendre des mesures pour pallier, au moins partiellement, ces difficultés dans l'objectif d'adapter davantage le potentiel à la charge de travail. Ceci ne saurait bien évidemment se substituer au recours au remplacement.

[306] Les accords du Ségur offrent l'opportunité de développer la négociation locale et donc des accords locaux sur le temps de travail. Sans aller jusqu'à l'annualisation du temps de travail, des solutions visant à réduire le temps travaillé sur les 4 premiers mois de l'année pour l'accroitre sur les mois suivants pourraient être expérimentées. La coordination serait suivie par la DGOS.

[76] Cf. Annexe 3

Recommandation n°19 En complément des mesures habituelles de remplacement, expérimenter, sur deux régions et six établissements publics volontaires, la négociation d'accords locaux portant sur une régulation du temps de travail des sages-femmes pour mieux l'adapter aux variations saisonnières et incluant des formules d'intéressement.

3 L'ancrage universitaire de la maïeutique doit être parachevé par une évolution de la recherche, de l'enseignement et de la formation

[307] La formation des sages-femmes, qui s'effectue en école, est en cours d'intégration à l'Université. Ce mouvement d'universitarisation vise à apporter aux étudiants de nouveaux droits et services, ainsi qu'un apprentissage de la coopération avec les autres formations médicales.

[308] Il s'agit aussi de faciliter l'intégration des sages-femmes au sein des équipes de recherche universitaire, en parallèle de la création du statut d'enseignant-chercheur en maïeutique.

[309] Cependant, cette universitarisation est incomplète, et pâtit du fait que le statut d'enseignant-chercheur ne permet pas une conciliation entre le temps universitaire et la pratique clinique.

[310] Par ailleurs, la formation initiale se caractère par son intensité, dans le contexte d'une extension des compétences de la profession. Cette problématique soulève la question d'une éventuelle année supplémentaire de formation.

3.1 Un réalignement des acteurs est nécessaire pour finaliser l'universitarisation

3.1.1 L'intégration de la formation en maïeutique au sein l'Université est en panne

[311] Au cours de la dernière décennie, la formation des sages-femmes a été marquée par trois évolutions institutionnelles significatives :

- Une évolution de la sélection à l'entrée, avec l'ajout de la première année commune aux études de santé, préalable à l'entrée en école de sages-femmes, entrée en vigueur en 2010 ;
- L'inscription des études au sein du schéma européen d'études (LMD), destinée à faciliter la possibilité d'équivalences et de mobilités, effective depuis 2011 ;
- L'intégration de la formation initiale à l'université, rendue possible par l'article 60 de la loi HPST du 21 juillet 2009[77].

[312] La formation, d'une durée de 5 ans, se décompose désormais en deux cycles :

- Un premier cycle de 3 ans, qui intègre la première année commune aux études de santé, conférant le grade de licence (180 ECTS – *European Credit Transfer System*) ; ce cycle est orienté sur la physiologie et sanctionné par le diplôme de formation générale en sciences maïeutique ;
- Un second cycle de deux ans, conférant le grade de master (120 ECTS) ; ce cycle est orienté sur la pathologie et sanctionné par le diplôme d'Etat de sage-femme, lequel est conditionné à la validation d'un mémoire de fin d'études.

[77] Cet article insère au code de la santé publique un article L. 4151-7-1 qui dispose « (…) La formation initiale des sages-femmes peut être organisée au sein des universités (…) sous réserve de l'accord du conseil régional. Cet accord doit notamment porter les modalités de financement de la formation. (…) ».

[313] A l'issue de la première année commune aux études de santé, les étudiants sages-femmes intègrent l'une des 35 écoles de formation, dont 32 sont situées en métropole. Depuis la loi de décentralisation du 13 août 2004[78], ces écoles font l'objet d'une régulation et d'un financement régional. Ce régime correspond à celui des formations paramédicales, en dépit du statut médical des sages-femmes.

[314] Une circulaire de la DGOS datée de 2012[79] fixait un objectif d' « intégration totale de la formation de sage-femme à l'université d'ici 5 ans », soit en 2017, objectif qui n'a pas pu être réalisé.

[315] En 2017, une mission conjointe IGAS – IGAENR sur l'intégration des formations paramédicales à l'Université formulait trois grands axes de recommandation à cet égard :

- *« Achever l'intégration des formations dans le schéma Licence-Master-Doctorat ;*
- *Développer l'innovation pédagogique (ouverture aux instituts de maïeutique de l'Université numérique en santé, mutualisation entre universités des contenus pédagogiques de santé, développement des espaces numériques de travail, apprentissage par simulation) ;*
- *Renforcer le lien entre pratique clinique et formation théorique, en l'adossant au développement de la recherche, ce qui passerait par la création d'un corps de professionnels bi-appartenant en maïeutique ; de façon corollaire, rénover les critères d'agrément des directeurs et formateurs des instituts de maïeutique, en demandant l'obtention d'un diplôme universitaire de niveau 1. »*

[316] A l'heure actuelle, force est de constater que l'universitarisation est en panne, ce qui illustre de manière complémentaire l'entre-deux ressenti par les sages-femmes.

[317] En effet, l'intégration des formations au sein de l'Université est encore très partielle, puisque seulement 11 écoles ont opté pour le transfert complet de leur financement au niveau universitaire.

[318] De plus, les autres composantes de l'universitarisation préconisées par les recommandations de la mission IGAS – IGAENR font aussi défaut : la mutualisation des enseignements avec les professions de santé est très limitée, tandis que le lien entre pratique et formation théorique reste pénalisé par l'impossibilité d'une bi-appartenance hospitalière et universitaire en maïeutique.

3.1.2 La lenteur de l'universitarisation s'explique par les hésitations des différents acteurs

[319] La lenteur de l'intégration dans l'Université s'explique par des résistances provenant des différents acteurs, qu'il convient d'analyser.

[320] Du point de vue des écoles, plusieurs appréhensions existent : une crainte de perdre en autonomie dans l'organisation et la pédagogie, une inquiétude sur la pérennité du budget annuel, et une incertitude sur le futur statut des enseignants dans le nouveau dispositif. A ce sujet, la difficulté de conciliation entre la recherche et la clinique, au vu du statut des enseignants-chercheurs en maïeutique (cf. *infra*), constitue un frein de taille à la poursuite de l'universitarisation.

[321] A ceci s'ajoute une hésitation des écoles sur le modèle institutionnel à retenir. La création d'un UFR de maïeutique, si elle permet une autonomie maximale, est difficile au vu de la complexité et des coûts de gestion. La création d'un département de maïeutique au sein d'un UFR existant est plus réaliste, la préférence des écoles allant pour l'intégration au sein d'un UFR Santé mixte, de façon à

[78] Articles 53, 55 et 73 de la loi relative aux libertés et aux responsabilités locales du 13 août 2004.
[79] Circulaire DGOS/RH1 n° 2012-39 du 24 janvier 2012 relative aux modalités de la réforme LMD.

coexister avec d'autres départements (médecine, pharmacie, dentaire), plutôt qu'une intégration au sein d'un UFR Médecine qui présente un risque d'assujettissement d'une profession à une autre.

[322] De plus, pour certaines écoles, la crainte se situe même dans la disparition pure et simple, en raison des regroupements entre écoles que peut induire l'universitarisation. Il existe en effet encore 35 écoles de sages-femmes, contre 29 universités disposant d'un UFR de médecine et 16 d'odontologie.

[323] Du point de vue des Universités, des réticences apparaissent également. D'abord, le sujet de l'intégration a pu être de faible priorité pour les doyens. Plus fondamentalement, des inquiétudes existent sur le partage des ressources, aussi bien en termes de postes d'enseignement que pour les crédits recherche. De même, subsistent des inquiétudes sur les coûts immobiliers de l'intégration des écoles. Au-delà des questions budgétaires, des freins se manifestent également sur le plan pédagogique, avec une réticence des départements de médecine à développer des enseignements en commun avec les départements de maïeutique.

[324] Du point de vue des CHU, auxquels de nombreuses écoles sont adossées, l'intégration à l'Université peut aussi être perçue avec appréhension, celle-ci risquant de remettre en question le contrôle de l'hôpital sur la direction de l'école, mais aussi d'affecter son vivier de recrutement.

[325] Enfin, du point de vue des régions, celles-ci admettent que le processus d'universitarisation est en panne, mais le transfert de financement du CHU vers l'Université ne leur pose pas de problème de principe. Les régions sont toutefois soucieuses d'une comptabilité permettant la bonne imputation et la traçabilité des opérations financières.

3.1.3 Un réalignement des acteurs apparaît essentiel pour relancer l'universitarisation

[326] Au vu des multiples résistances des acteurs de l'universitarisation, il apparaît nécessaire de rassembler toutes les parties prenantes, afin de redéfinir les intérêts communs à ce processus, et d'arrêter une date limite pour la finalisation de l'universitarisation, qui ne doit pas dépasser 5 ans.

[327] Il s'agirait non seulement d'apporter des garanties sur l'autonomie des acteurs et le maintien des budgets, mais aussi d'illustrer l'enrichissement que permet l'universitarisation en mettant en avant les bonnes pratiques des écoles intégrées : qualité de la recherche, développement de l'enseignement par simulation avec une complémentarité entre les professionnels concernés.

[328] L'enjeu de l'universitarisation est également prioritaire pour les élèves qui en attendent les bénéfices, afin de disposer des mêmes avantages que les autres étudiants, notamment en termes de bourses et de frais de scolarité, ainsi que des opportunités qu'offre la vie universitaire et le rapprochement pédagogique avec les autres filières.

Recommandation n°20 Elaborer un plan destiné à finaliser le processus d'universitarisation, sous l'égide d'un comité de suivi national piloté par le MSS, le MESRI et Régions de France, comprenant notamment les écoles, les Universités, les étudiants, les doyens, la CPU et les CHU.

Recommandation n°21 Développer les enseignements et simulations communes entre médecins et sages-femmes, co-construits par les départements de médecine et de maïeutique.

3.2 Des évolutions statutaires sont indispensables pour concilier recherche, enseignement et clinique

3.2.1 Le développement de la recherche pâtit d'un certain retard

[329] De façon générale, la France accuse un retard dans le développement de la recherche en maïeutique. S'il n'existe pas de chiffres précis sur le nombre de sages-femmes titulaires d'un doctorat, celui-ci avait été estimé à 11 en 2016[80]. Cette tendance pourrait cependant s'inverser : d'après l'Ordre des sages-femmes, 80 d'entre elles prépareraient actuellement une thèse de sciences. Ce nombre apparaît en tout cas bien inférieur à des pays avancés dans ce domaine, tels que le Royaume-Uni et la Suède (cf. annexe 5 : en Suède, 176 sages-femmes disposent d'un doctorat.) Cette faiblesse de la recherche en maïeutique s'explique par plusieurs facteurs.

[330] D'une part, l'hôpital n'aménage pas ou peu de statut particulier ni de temps dédié pour les sages-femmes souhaitant s'investir dans la recherche, à l'instar de ce qui peut exister à l'étranger. De même, la possession d'un diplôme universitaire obtenu à l'issu de la formation initiale, qu'il s'agisse d'un Master 2 ou d'un doctorat, n'est pas valorisée dans les grilles de la fonction publique hospitalière, ce qui s'avère dissuasif.

[331] D'autre part, le statut d'enseignant-chercheur en maïeutique était inexistant jusqu'à la création de la section maïeutique du Conseil National des Universités (CNU) en 2019. Il n'existait donc quasiment pas de perspective de carrière universitaire pour les sages-femmes, ni de filière ou de financements dédiés.

[332] Ce déficit du point de vue de la recherche se manifeste également au niveau de la formation initiale. Dans les écoles de sages-femmes, la fonction d'enseignante n'est pas soumise à une exigence universitaire particulière. Pour accéder au statut de sage-femme enseignante, la condition requise est l'appartenance au 2ème grade du statut, accessible après huit ans de services effectifs dans le corps dans les conditions indiquées *supra*. Une étude réalisée en 2014 à ce sujet illustrait ainsi que plus de la moitié des sages-femmes enseignantes ne disposaient pas d'un diplôme de Master.[81]

[333] Pour les étudiants en formation initiale, l'initiation à la recherche a pris davantage d'importance dans le cursus ces dernières années. Ainsi, les interlocuteurs rencontrés ont fait part de la qualité générale des travaux rendus à l'occasion du mémoire de fin d'études. Par ailleurs, la possibilité désormais ouverte à certains étudiants de réaliser un Master recherche en parallèle de leur formation initiale contribue à augmenter les vocations vers les parcours de recherche.

Recommandation n°22 Flécher davantage de bourses doctorales vers la recherche en maïeutique, afin d'augmenter le vivier de sages-femmes pouvant aspirer à des fonctions universitaires.

[334] Le coût de cette mesure serait relativement faible, une bourse doctorale revient en effet environ à 100.000 € : un financement de 5M€ permettrait ainsi de créer un vivier de 50 sages-femmes titulaires d'un doctorat pour les années à venir. Ce budget pourrait d'ailleurs provenir en partie des crédits accordés par la loi de programmation de la recherche (LPR) 2021-2030 en faveur des bourses doctorales.

[80] C. Morin et M-C Leymarie, Pédagogie médicale, 2016, 17(3), p 157 - https://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/pdf/2016/04/pmed150054.pdf

[81] D'après l'étude de C. Morin et M.-C. Lemarie, « Parcours universitaire des sages-femmes enseignantes et directrices des écoles de sages-femmes en France », Pédagogie médicale, 2016 : sur les 241 sages-femmes enseignantes et directrices, la moitié des directrices possédaient un diplôme de master, tandis que 42 % des enseignantes en disposaient.

Recommandation n°23 Dans le cadre du nouveau statut, faciliter l'accès au deuxième grade pour les sages-femmes titulaires d'un master ou d'un doctorat.

[335] Cette mesure est complémentaire à la création des bourses doctorales, en offrant une incitation à réaliser un parcours de recherche pour une meilleure progression dans le parcours de carrière.

3.2.2 La création des postes d'enseignant-chercheur doit être complétée par des statuts bi-appartenants

[336] Le statut d'enseignant-chercheur sage-femme est apparu avec la création en octobre 2019 de la section 90 du CNU, établie au côté des sections en sciences infirmières (CNU 92) et en science de la rééducation et de la réadaptation (CNU 91).

[337] Si cette nouveauté représente une avancée pour la reconnaissance de la maïeutique dans le monde universitaire, sa mise en place se confronte à plusieurs problématiques.

[338] En premier lieu, le principal défaut de cette nouvelle architecture, commune aux trois nouvelles sections CNU, se situe dans l'absence d'un statut de bi-appartenant, hospitalier et universitaire, à l'instar de ce qui existe en médecine, odontologie et en pharmacie.

[339] Ainsi, le statut d'enseignant-chercheur en maïeutique ne permet pas une bi-appartenance entre la recherche/enseignement et la clinique, à la différence du statut de praticien hospitalier.

[340] Cette « mono-appartenance » des enseignants-chercheurs pose plusieurs difficultés. D'une part, elle isole le monde de la recherche et de l'enseignement de celui du terrain, contrairement aux bonnes pratiques. D'autre part, elle décourage les sages-femmes de s'orienter vers l'universitaire, par crainte de voir leur rémunération baisser.

[341] Il existe certes une possibilité pour les enseignants-chercheurs en maïeutique de bénéficier d'un cumul d'activité avec du temps clinique. Mais celui-ci n'est pas de droit, puisqu'il est soumis à autorisation et décision du directeur de l'hôpital. Par ailleurs, lorsqu'il est pratiqué, ce cumul n'est pas assorti d'une valorisation salariale, à l'instar de celle qui existe pour chez les praticiens hospitaliers.

[342] En deuxième lieu, la lenteur du processus de qualification ne permet pas, à court terme, d'envisager une intégration rapide du corps enseignant dans l'Université.

[343] Si à l'heure actuelle, plus d'une vingtaine de sages-femmes ont été qualifiées par le CNU, seules deux ont été effectivement nommées en tant que maître de conférence, et une première vient d'être nommée professeur des universités à Lyon. Selon le MESRI, cinq autres recrutements de maîtres de conférence seraient imminents.

[344] De fait, l'intégration des enseignants dans l'Université est confrontée à une double limite : d'abord, le peu de sages-femmes titulaires d'un doctorat, ensuite, le faible nombre de places offertes par les Universités sur des postes de MCF et de PU.

[345] Pour y remédier, le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche a récemment annoncé flécher le financement d'une vingtaine de postes de MCF en maïeutique, ce qui devrait contribuer à faciliter les recrutements universitaires.

[346] Pour autant, il est impossible, au vu de l'effectif actuel d'environ deux-cent cinquante sages-femmes enseignantes et directrices, de garantir le recrutement d'autant d'enseignants-chercheurs dans les années à venir par les Universités.[82]

[347] Le mode de recrutement principal consiste donc actuellement à maintenir les enseignants dans la FPH, avec une mise à disposition à l'Université – qui peut se faire à temps plein, ou à temps partiel, afin de cumuler enseignement et clinique. Cet artifice a l'avantage de conserver les sages-femmes enseignantes sur des grilles de la FPH.

[348] Néanmoins, cette solution n'est pas satisfaisante dans la mesure où elle ne reconnaît pas aux enseignantes leur qualité universitaire, et limite leur investissement dans l'école à une fonction d'enseignement, sans garantir un temps de recherche comme le permet le statut d'enseignant-chercheur.

[349] C'est pourquoi il apparaît nécessaire de répondre à trois difficultés distinctes au travers des orientations suivantes:

- Accélérer le recrutement des sages-femmes titulaires d'un doctorat au sein de l'Université ;
- Aménager une forme de bi-appartenance permettant de conjuguer la clinique et la recherche-enseignement ;
- Identifier un statut permettant de recruter des sages-femmes non titulaires d'un doctorat au sein du corps enseignant universitaire.

[350] S'agissant de l'accélération du recrutement des sages-femmes doctorantes, deux possibilités sont envisageables. La première consiste à renouveler la pratique de sanctuarisation de postes par le MESRI pour les années à venir, dans la continuité de la mesure engagée. L'autre possibilité repose sur le recours à d'autres types de postes que ceux de MCF ou de PU : en l'espèce, le statut de maître de conférence et professeur associé en service temporaire (PAST)[83]. Celui-ci est toutefois limité dans le temps, puisqu'il ne permet qu'un recrutement pour une période de trois ans renouvelable une fois. Mais il présente pour la direction de l'Université l'avantage d'un engagement sur une période plus courte, avec une meilleure visibilité budgétaire.

[351] S'agissant de l'aménagement d'un statut de bi-appartenant, cette revendication apparaît légitime, au nom de l'intérêt de la qualité de la recherche et des soins, aussi bien que de la reconnaissance du travail des sages-femmes. Il semble d'ailleurs d'après les témoignages recueillis, que lorsque la section 90 du CNU avait été créée, il était envisagé qu'une possibilité de bi-appartenance serait aménagée d'ici le 1er janvier 2021, à l'entrée en vigueur de la nouvelle grille des sages-femmes prévue par le décret du 23 décembre 2014.

[352] La création d'un statut bi-appartenant propre devrait également être étendue aux infirmières et kinésithérapeutes, et appelle donc la constitution d'un groupe de travail associant le MESRI et le MSS. Dans l'attente de ce statut, le recours au statut de maître de conférence ou de professeur associé constitue aussi une solution opportune, pour permettre le double exercice universitaire et clinique.

[82] Selon l'Ordre des sages-femmes, l'effectif d'enseignants oscille selons les années entre 156 et 189 ETP.
[83] Décret n° 85-733 du 17 juillet 1985 relatif aux maîtres de conférences et professeurs des universités associés ou invités

[353] S'agissant enfin de l'identification d'un statut permettant de recruter des sages-femmes qui ne soient pas titulaires d'un doctorat au sein du corps enseignant universitaire, deux options sont envisageables :

- Recourir également au statut de maître de conférence associé, qui pose une condition de 7 ans d'expérience, mais n'est pas soumis à la possession d'un diplôme en particulier.
- S'inspirer du statut des professeurs agrégés de l'enseignement du second degré (PRAG) qui enseignent à l'Université, en substituant à l'exigence de l'agrégation celle de l'obtention d'un Master, ou d'un certain nombre d'années de pratique. Ce statut devrait être compatible avec la bi-appartenance évoquée plus haut, pour rester dans la logique de conciliation entre clinique et enseignement. A l'instar des PRAG, ces personnels seraient soumis à une obligation de 384 heures d'enseignement, mais ne bénéficieraient pas temps de recherche dédié.

[354] Parmi ces deux options, la première apparaît plus simple, en ce qu'elle évite de recourir à la création d'un nouveau corps d'enseignants, et qu'elle conserve le principe d'une conciliation entre clinique, recherche et enseignement. Elle est aussi cohérente avec la recommandation de recourir au statut de PAST pour accélérer l'intégration des sages-femmes au sein de l'Université.

Recommandation n°24 Créer un statut bi-appartenant spécifique, hospitalier et universitaire, pour les enseignants sages-femmes, extensible aux autres formations en santé, pour permettre l'association entre fonctions universitaires et fonctions cliniques.

[355] Pour garantir une bonne répartition entre le temps de travail d'enseignement, de recherche et de clinique, il serait bénéfique de recourir à la contractualisation. Il s'agirait ainsi, pour un temps donné, de clarifier l'engagement de la sage-femme concernée, et de pouvoir ensuite en réaliser une évaluation adéquate.

Recommandation n°25 Dans l'attente de la création de ce statut bi-appartenant, recourir au statut de professeur associé.

[356] Bien que limité dans le temps, le recours au statut de professeur associé permettra de remédier à la triple problématique du manque de postes d'enseignants-chercheurs, de l'aménagement d'une forme de bi-appartenance, et de l'intégration à l'Université de sages-femmes non titulaires d'un doctorat.

3.3 Une évaluation de la formation permettrait d'arbitrer la création d'une année supplémentaire

3.3.1 La formation longue et dense interroge sur le bien-être des étudiants et leur accompagnement en stage

[357] La formation des sages-femmes dure 5 ans : il s'agit de la plus longue d'Europe, parmi les pays disposant d'une voie de formation spécifique à la profession, tels que l'Italie, le Danemark ou l'Allemagne.

[358] D'autres pays disposent d'une formation totale plus longue, mais il s'agit en réalité de l'addition d'une formation initiale d'infirmière, suivie d'un complément de formation spécifique pour les sages-femmes, et d'une période d'exercice professionnel encadré, comme c'est le cas en Suède, au Portugal, au Royaume-Uni ou en Irlande.

[359] En France, cette longue durée s'explique par deux raisons essentielles. D'abord, l'ajout de la première année d'étude commune aux professions de santé a mécaniquement allongé la formation d'une année. Ensuite, les sages-femmes françaises sont celles qui disposent du plus de compétences et de responsabilités au niveau européen, ce qui justifie une formation plus étayée.

[360] A l'issue de la première année, la formation s'articule entre des enseignements théoriques et des stages pratiques sur le terrain.

[361] Entre la deuxième et la cinquième année, les enseignements se décomposent globalement entre un tiers d'enseignements théoriques et deux tiers de stages pratiques.

[362] Les sages-femmes récemment diplômées ont fait part de la densité de la formation et de la pression qu'elle génère. Un questionnaire diffusé par l'ANESF révélait des chiffres inquiétants sur la santé mentale des élèves : d'après les chiffres communiqués, 7 étudiants sages-femmes sur 10 présenteraient des symptômes dépressifs.[84]

[363] Il ressort également de ces témoignages que le nombre total d'heures de formation initiale est particulièrement élevé. Une étude de l'ANESF[85] comparant le déroulé des études de maïeutique entre les deuxième et cinquième année à celle des études d'odontologue et de pharmacie révèle, pour quatre écoles distinctes (Lyon, Bordeaux, Toulouse, Clermont-Ferrand), un volume horaire nettement supérieur en maïeutique.

[364] Ainsi, à Bordeaux, le volume d'heure total en maïeutique s'élève à 4374h, contre 3398h en odontologie. Cette différence est plus élevée à Lyon, où le volume d'heure en maïeutique s'élève à 4560h contre 2910h en odontologie.

[365] Le constat est le même en pharmacie : à Toulouse, le volume d'heure total est de 3873h contre 2660h pour un parcours de pharmacie en officine.

[366] Cette comparaison fait cependant l'objet d'une limite, puisqu'il s'agit d'un volume global. En effet, sur ces années de formation, les sages-femmes reçoivent environ un tiers d'enseignements théoriques, le reste correspondant à des heures réalisées en stage. A l'inverse, pour les étudiants en odontologie, entre la deuxième et la cinquième année, la proportion d'enseignements théoriques est plus importante. Celle-ci varie selon les Universités et les disciplines, mais oscille entre une moitié à trois-quarts du cursus.

[367] Pour autant, malgré une part plus importante de stages pratiques en maïeutique, ce volume global apparaît particulièrement élevé, d'autant que le temps passé sur le terrain est également exigeant, en particulier pour les stages réalisés en établissement hospitalier.

[368] Un autre élément d'inquiétude sur le bien-être provient du fait que de plus en plus d'élèves ne parviendraient pas à terminer leurs mémoires de fin d'études à temps. Dans ce cas, le mémoire est rendu à la session de septembre, mais ce retard est regrettable puisque la période estivale enregistre une forte demande de travail. Le mémoire est même souvent présenté un an plus tard, les sages-femmes ayant validé leurs enseignements cliniques et théoriques pouvant exercer comme remplaçantes dans l'attente de la soutenance de leur mémoire.

[84] Enquête Bien-être des étudiants de l'ANESF, 2018, page 13 : « on note chez seulement 30 % des étudiantes une absence de symptômes dépressifs. Leur nombre augmente au cours de la formation. Parmi ceux-ci, 59 % sont à risque de dépression légère, 29 % sont à risque de dépression modérée, 9 % à risque de dépression modérément sévère, et 3 % sont à risque de dépression modérée à sévère. Pour information, dans la population générale étudiante, 25 % des étudiantes présentent un état dépressif modéré à sévère ».

[85] Fichier technique de l'ANSEF « Troisième cycle », Janvier 2021, page 10

[369] Par ailleurs, la mission a reçu plusieurs témoignages attestant d'un taux important d'abandon en cours d'études, ou de réorientation immédiatement en fin de cursus, révélant l'appréhension des étudiants face à une formation exigeante et un devenir professionnel qui peut être, selon certaines, anxiogène. Une évaluation mériterait d'être réalisée pour mesurer précisément la réalité de ce phénomène.

[370] A ce constat d'une forte densité de la formation en maïeutique, s'ajoute enfin le grief d'un accompagnement parfois insuffisant au cours de la réalisation des stages.

[371] Ainsi, dans l'enquête de l'ANESF précédemment citée sur le bien-être des étudiants, près de 61 % des répondants avaient déclaré avoir pu ressentir de la maltraitance lors de leurs stages, en particulier en raison d'un relationnel difficile avec l'encadrement et du manque d'interlocuteurs pouvant être sollicités.

[372] Une autre enquête[86] réalisée par cette association étudiante pointe une insuffisance d'accompagnement lors des stages, en faisant valoir que seules 16 % des écoles auraient mis en place des référents de terrain pour les élèves durant les stages.

[373] Cette problématique justifierait la création d'un statut de maître de stage, afin de garantir l'existence d'un référent pour chaque élève, à condition que ce maître de stage ait fait l'objet d'une formation préalable à l'accompagnement pédagogique et dispose de temps dédié pour cette activité d'encadrement.

[374] Dès lors, le rôle du maître de stage pourrait s'articuler autour de la définition des objectifs du stage, l'assistance à l'élève durant le stage, l'évaluation en fin de stage, et le lien avec les sages-femmes enseignantes de l'école. Cette fonction permettrait également de valoriser la fonction d'accompagnement pédagogique déjà réalisée par les sages-femmes.

[375] En ce qui concerne les stages effectués auprès des sages-femmes libérales, le statut « praticien agréé – maître de stage des Universités », défini par l'arrêté du 18 novembre 2015, pourrait servir d'inspiration. Celui-ci prévoit pour les étudiants en deuxième cycle de médecine l'accomplissement d'un stage auprès d'un médecin généraliste, installé depuis un an, et agréé par l'UFR de l'étudiant. Ces maîtres de stage suivent une formation pédagogique de deux jours, et reçoivent des honoraires pédagogiques d'un montant de 600 € par mois et par étudiant, sur le budget de l'assurance-maladie.

[376] Enfin, un dernier élément à souligner concernant le mal-être exprimé par les étudiants en maïeutique se situe dans la difficulté d'obtenir des équivalences vers les professions d'aide-soignante et d'auxiliaire de puériculture. Ces deux équivalences étaient autrefois prévues par des textes réglementaires, mais qui sont devenus caduques avec la réforme de la première année commune des études de santé.

[377] De fait, si certaines ARS et certains CH autorisent, à titre exceptionnel, des équivalences vers ces professions pour effectuer des remplacements, cela ne concerne pas la totalité du territoire. Cette situation apparaît préjudiciable au vu de la longueur des études de sages-femmes.

[378] La mission préconise donc d'actualiser les textes concernés, afin de permettre aux sages-femmes en formation de bénéficier de ces équivalences en cas d'interruption de leur parcours d'étude. Le régime pourrait être celui d'une équivalence vers la profession d'aide-soignante à l'issue de la deuxième année, et d'auxiliaire de puéricultrice à l'issue de la troisième année.

[86] Congrès national de l'ANESF, Juin 2019, Statut de Maître de stage

[379] Pour aller plus loin, la mission estime qu'une équivalence avec la profession d'infirmière pourrait aussi être envisagée, à un stade qui pourrait être celui de la validation de la quatrième année, sous réserve de l'accomplissement éventuel d'une formation complémentaire.

Recommandation n°26 Reconnaitre la fonction de maître de stage au sein des établissements hospitaliers, qui devra faire l'objet d'une formation et d'un temps dédié. Ouvrir également cette fonction aux sages-femmes libérales, en l'assortissant d'une indemnisation.

Recommandation n°27 Restaurer au niveau national les équivalences vers les professions d'aide-soignante et d'auxiliaire de puériculture, et instaurer une équivalence vers la profession d'infirmière.

3.3.2 La maquette pédagogique mérite d'être évaluée pour trancher le débat d'une année supplémentaire

[380] La mission a entendu un certain nombre d'interrogations sur le contenu de la maquette pédagogique de maïeutique, tant de la part des sages-femmes elles-mêmes que des gynécologues-obstétriciens.

[381] En premier lieu, des questions se posent au vu des extensions de compétences dont ont bénéficié les sages-femmes. Cet élargissement des missions pourrait justifier un ajustement pédagogique, qui doit être concilié avec un volume horaire déjà important de la formation.

[382] La formation actuelle pourrait s'avérer insuffisante pour l'exercice de nouvelles missions telles que l'accouchement en maison de naissance, le suivi gynécologique de long cours, ou l'accompagnement psycho-social avec la création de l'entretien post-natal.

[383] En deuxième lieu, la mission a reçu différents témoignages faisant état d'un manque d'assurance des jeunes diplômées, en particulier sur la pratique clinique, et dans les situations d'urgence en salle de naissance. Cette perte de compétence clinique pourrait s'expliquer par l'intensification de la formation, conséquence de la multiplication des compétences. Elle pourrait aussi être liée à la diversification des stages, qui, en vue de préparer à l'exercice libéral, ne s'effectuent plus seulement dans les hôpitaux.

[384] La mission considère donc indispensable de procéder à une évaluation du processus de formation, pour mesurer son adéquation aux missions exercées aujourd'hui par les sages-femmes, et à leur éventuelles extensions.

[385] Plusieurs interlocuteurs de la mission estiment qu'il serait bénéfique d'allonger le temps de stage à l'hôpital, pour mieux préparer à la pratique et rassurer les sages-femmes sur leur capacité à exercer dans un centre hospitalier.

[386] Au vu de l'injonction contradictoire demandant, d'une part, d'étoffer la formation avec l'extension des missions de la profession et d'autre part, d'alléger un cursus trop volumineux, l'idée de création d'une sixième année pourrait représenter une perspective intéressante.

[387] Cette proposition a été formulée par une majorité des interlocuteurs rencontrés par la mission, avec des motifs toutefois différents.

[388] Pour certains, cette sixième année ne devrait pas être assortie d'enseignements ou de stages supplémentaires, et devrait simplement lisser la formation dans le temps, pour un épanouissement des étudiants et un temps plus conséquent accordé à la rédaction du mémoire.

[389] Pour d'autres, cette année de plus serait l'occasion de renforcer la pratique en physiologie et en clinique, avec la réalisation d'un autre stage long. Elle pourrait aussi offrir des enseignements en phase avec les nouveaux champs de compétence.

[390] Certains avancent la possibilité d'un parcours davantage personnalisé, avec une sixième année d'orientation vers la pratique hospitalière ou libérale, selon les aspirations.

[391] En tout état de cause, tous ces options ne pourraient s'additionner, et il conviendrait de trancher entre l'une d'elles.

[392] Au reste, si la perspective d'une sixième année paraît intéressante, la mission recommande de l'envisager avec prudence.

[393] Au-delà de ses éventuelles vertus pédagogiques, la sixième année revêt en effet une forte portée symbolique. Elle alignerait la durée de formation des sages-femmes sur celle des dentistes et des pharmaciens, confortant leur reconnaissance en tant que profession médicale ainsi que, pour certaines, la revendication d'intégration au statut de PH.

[394] Cet élément est fréquent dans les argumentaires entendus en faveur de l'obtention du statut PH pour les sages-femmes, au nom du fait qu'une durée de formation similaire justifie un statut identique. Cet argument ne tient toutefois pas compte de ce que les dentistes et pharmaciens exerçant comme praticiens hospitaliers ont en réalité effectué un internat, portant leur cursus à 8 ou 9 années de formation.

[395] Enfin, la création d'une sixième année pourrait amener à transformer le mémoire en thèse d'exercice, conférant le titre de docteur, ce qui opèrerait un changement hautement symbolique.

[396] C'est pourquoi la mission considère que, aussi intéressante que soit la proposition de création d'une sixième année supplémentaire, celle-ci ne peut s'envisager sans une évaluation complète de la formation en maïeutique.

[397] Cette évaluation devrait être réalisée sous deux angles. D'une part, une évaluation du cursus obligatoire, qui devrait être réalisée par le Haut conseil de l'évaluation, de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCERES), afin de comparer le programme au référentiel de compétences. D'autre part, une évaluation des compétences des étudiantes sages-femmes à l'issue de la formation, mission qui pourrait être confiée conjointement au conseil national de l'ordre des sages-femmes, au collège national des sages-femmes et au collège national des gynécologues et obstétriciens.

[398] La création éventuelle d'une année supplémentaire devra également être expertisée d'un point de vue budgétaire, afin de sécuriser son financement de la part des régions. Des éléments reçus par la mission, le coût de formation d'une sage-femme serait d'environ 7.000 € par an (selon Régions de France, sans le montant des bourses), ce qui indiquerait que le coût de création d'une sixième année s'élèverait environ à 7 M€.

Recommandation n°28 Confier au HCERES une mission d'évaluation de la formation initiale.

Recommandation n°29 Confier à l'ordre des sages-femmes, au collège national des sages-femmes et au collège des gynécologues et obstétriciens une mission conjointe d'évaluation du niveau de compétences acquises à l'issue de la formation.

Recommandation n°30 N'envisager la perspective d'une 6ème année de formation qu'à la lumière de ces évaluations afin d'en définir les objectifs et modalités.

Angel PIQUEMAL Sacha REINGEWIRTZ Françoise ZANTMAN

LETTRE DE MISSION

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ
Liberté
Égalité
Fraternité

Les Ministres *Paris, le*

CAB OV/DGOS/RHZS/VFM/D21-004810

Objet :
Lettre de mission relative au statut et au positionnement des sages-femmes au sein du système hospitalier.

Madame la cheffe du service de l'Inspection générale des Affaires sociales,

Les organisations représentant les sages-femmes portent plusieurs revendications relatives à l'évolution de la place des sages-femmes dans le parcours de soins, à leurs conditions d'exercice, en particulier la prise en charge de certains actes par l'Assurance maladie, ainsi qu'à des demandes d'évolution statutaire et indemnitaire des sages-femmes à l'hôpital.

L'exercice de la profession de sage-femme est aujourd'hui centré sur le suivi de la grossesse, l'accouchement, les soins postnataux de la mère et de l'enfant, mais également le suivi gynécologique des patientes.

Dans le prolongement d'évolutions récentes comme la possibilité de pratiquer l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse, la vaccination des femmes et nouveaux-nés (loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016) et la vaccination des enfants (loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé du 24 juillet 2019), les revendications actuelles portent sur un élargissement des compétences des sages-femmes et de leur rôle au sein du parcours de soins.

Les sages-femmes expriment le souhait d'un élargissement de leur public cible (par exemple sur le suivi et la prise en charge des IST des partenaires des patientes), mais également de leurs compétences en matière de prescription médicamenteuse, de réalisation du premier examen obligatoire du nourrisson ou encore la possibilité de pratiquer de nouveaux actes professionnels comme l'interruption volontaire de grossesse instrumentale.

L'examen des revendications exprimées par les sages-femmes devra être apprécié au regard du déploiement de diverses mesures en cours. Parmi ces mesures, la LFSS 2021 prévoit par exemple l'expérimentation de l'IVG instrumentale pour les sages-femmes, la pérennisation et le soutien financier au déploiement de maisons de naissance. Par ailleurs, les travaux des « 1000 premiers jours » prévoient la mise en place d'un référent périnatalité. Enfin, la proposition de loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification vise à élargir les compétences des sages-femmes en matière d'arrêt de travail. Pour les sages-femmes libérales, cet examen devra également être apprécié au regard de leur démographie.

../..

Madame Nathalie DESTAIS
Cheffe de l'Inspection générale des
Affaires sociales (IGAS)
39 quai André Citroën
75015 PARIS CEDEX 15

14 avenue Duquesne – 75350 PARIS SP 07
Téléphone : 01 40 56 60 00
https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/personnalites-et-cabinet

En ce qui concerne les questions statutaires et indemnitaires des sages-femmes à l'hôpital, ces dernières constituent une exception : les sages-femmes relèvent des professions médicales mais leur corps est régi par les dispositions applicables à la fonction publique hospitalière (loi n°86-33 du 9 janvier 1986 et pour le statut particulier et le statut d'emploi fonctionnel, les décrets n° 2014-1585 et n°2014-1586 du 23 décembre 2014).

Si l'accord relatif à la fonction publique hospitalière signé le 13 juillet 2020 dans le cadre du Ségur de la santé ne mentionne pas explicitement les sages-femmes hospitalières, elles sont toutefois concernées par plusieurs de ses mesures, qui leur accordent le bénéfice de la revalorisation socle de 49 points d'indice (complément de traitement indiciaire de 183 euros net mensuels) et le doublement des taux de promotion définis pour l'avancement dans le 2ème grade (porté à 22%). Les sages-femmes vont par ailleurs être concernées, au même titre que les autres agents relevant de la FPH, par les mesures portant sur la rénovation du régime indemnitaire, l'organisation du temps de travail ainsi que sur la valorisation de l'engagement collectif visant à modifier la prime d'intéressement collectif.

Il convient néanmoins aujourd'hui de s'interroger sur le statut et le positionnement des sages-femmes au sein du système hospitalier.

La mission qui vous est confiée consistera à réaliser un diagnostic et des propositions qui devront être rendus avant la fin du mois de juin 2021. Le rapport de votre mission aura pour objet de :

- Evaluer les missions confiées aux sages femmes. Devraient particulièrement être étudiées dans ce cadre les évolutions possibles de la place des sages-femmes dans les parcours de soins, du périmètre des populations prises en charge et de l'évolution des compétences qui pourrait en résulter, ainsi que les missions et conditions de leur exercice professionnel (défini aux articles L.4151-1 à L.4151-4 du code de la santé publique) ;

- Expertiser les évolutions statutaires concernant les sages-femmes exerçant en établissement de santé, avec deux scénarios polaires principaux (maintien des sages-femmes hospitalières dans leur statut actuel, avec le cas échéant des mesures indemnitaires dont l'impact devrait être évalué ou intégration dans les statuts des personnels médicaux hospitaliers), en tenant compte de l'impact de ces mesures dans l'organisation des établissements. Les champs de la protection sociale, des droits à retraite et du temps de travail devront être plus particulièrement étudiés. Tout autre champ pertinent pour une éventuelle évolution du corps vers le statut des personnels médicaux pourra être investigué. La DGAFP pourra être sollicitée afin de bénéficier de son expertise en matière de modalités d'accès aux différents statuts, de politique de rémunération et de gestion des périodes de transition ;

- Envisager la réforme de la formation des sages-femmes, au regard notamment d'une intégration au statut des praticiens hospitaliers. La question d'un allongement des études de sages-femmes pourra être envisagée.

Pour la conduite de cette mission, vous pourrez notamment vous appuyer sur les services de la direction générale de l'offre de soins, de la direction générale de la santé, de la direction générale de l'administration et de la fonction publique et de la direction de la sécurité sociale.

Nous vous prions d'agréer, Madame, l'expression de notre considération distinguée.

Olivier VERAN

Adrien TAQUET

ANNEXE 1 : Un positionnement initialement médical, qui a fluctué avec l'évolution de la périnatalité

Ventrières et matrones avant de devenir « sages-femmes » en 1505, en même temps qu'apparait un embryon d'organisation de la profession, celles qui maitrisent l'art difficile de l'accouchement, transmis de mère en fille, vont devenir femmes de sciences.

L'irruption des hommes dans l'obstétrique est progressive[87]. Ce n'est qu'au XVIe siècle que les chirurgiens s'intéressent aux accouchements et l'amélioration des pratiques leur confère une certaine notoriété. Les sages-femmes urbaines sous contrôle de ces derniers et mises au service des pouvoirs publics et religieux deviennent un instrument de contrôle moral et social[88].

Les avancées considérables de l'obstétrique avec l'utilisation d'instruments par les chirurgiens, qui remplacent les sages-femmes dans les accouchements difficiles, retardent la création des écoles. La première école d'accoucheurs ne sera créée qu'en 1802 à Paris.

La lente émergence d'une science des accouchements progresse réellement au XVIIe, avec les travaux sur les mesures précises du bassin et de l'utérus et la constitution d'une typologie des « présentations » et des « positions » d'accouchements.

La naissance devient un enjeu social au XVIIIe en raison d'une mortalité maternelle et infantile préoccupante qui incite à la mise en place de formations sur l'art de l'accouchement, afin d'améliorer les soins prodigués à la naissance.

A la fin du XVIIIe, l'obstétrique devient une spécialité médicale à part entière.

C'est par la loi de ventôse an XI (10 mars 1803) [89], qui fonde un nouvel ordre médical et stipule l'unité de l'art de guérir en proposant une organisation professionnelle déterminée par le diplôme, que la profession est pour la première fois inscrite dans la loi. En 1806, Napoléon crée la chaire d'obstétrique qui sera la première spécialité médicale. Baudelocque, titulaire de cette chaire aura la charge de former médecins et sages-femmes.

Les révolutions sociales et les progrès scientifiques des années qui suivent vont changer considérablement la maternité des femmes et bouleverser la profession de sages-femmes.

Une grande majorité d'entre elles va passer d'un exercice au domicile des patientes à un exercice salarié dans les maternités, exercice qui devient majoritaire après la seconde guerre mondiale. Le statut de la sage-femme hospitalière est créé par les décrets de 1989.

[87] Christine Morin, école de sages-femmes de Bordeaux, Université de Bordeaux et Marie-Christine Leymarie, sage-femme, directrice, école de sages-femmes de Clermont-Ferrand, université d'Auvergne. Article sur « Evolution de la formation des sages-femmes »

[88] Marie-France Morel. Jacques Gélis. La sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie, In : Annales. Economies, sociétés, civilisations, 46ième année, N3,1991, pp 636-640.

[89]Christelle Rabier, « Une révolution médicale ? Dynamiques des professions de santé « entre révolution et empire » Annales historiques de la Révolution française,359/2010,141-159.

Fin du XXe, les progrès scientifiques et médicaux exceptionnels contribuent à accentuer la surmédicalisation de la naissance, les sages-femmes renforcent leur technicité mais perdent en autonomie. Les décrets de périnatalité de 1998 définissent des normes pour le suivi de la grossesse et de l'accouchement. La majorité ont lieu à l'hôpital sous péridurale, mais les femmes, dans un retour de balancier, aspirent à vivre un accouchement moins « déshumanisé ».

Les sages-femmes souhaitent trouver leur place au plus près de la santé des femmes dans ce nouvel élan.

ANNEXE 2 : Les extensions de compétence des sages-femmes

Compétence	Texte
Obstétrique et Gynécologie	
Prescription de contraception hormonale en suites de couches, à l'examen postnatal ou après une IVG	Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique
Autorisation à conduire l'entretien prénatal précoce	Loi du 5 mars 2007
Suivi gynécologique et contraceptif des patientes au long de leur vie, autorisant notamment la pose de dispositifs intra-utérin, la réalisation des échographies gynécologiques, des actes d'acuponcture et d'ostéopathie	Loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) du 21 juillet 2009
Précision de la liste des médicaments autorisés à la prescription dans 5 familles thérapeutiques : antibiotiques, contraceptifs, homéopathie, anti-inflammatoires non stéroïdiens et anti-sécrétoires gastriques	L'arrêté du 11 octobre 2011
Prescription des arrêts de travail qui ne peuvent excéder 15 jours et uniquement en cas de grossesse pathologique	Article D.331-2 du code de la sécurité sociale
Participation aux activités d'assistance médicale à la procréation	Décret 2012-885 du 17 juillet 2012
IVG médicamenteuse Prescription des substituts nicotiniques	Décret du 2 juin 2016 (Loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016)
Suivi d'une grossesse et réalisation de l'accouchement d'une mineure dans le consentement des titulaires de l'autorité parentale	Loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016
Développement des maisons de naissance, sous la responsabilité médicale des sages-femmes (12 maisons supplémentaires)	LFSS 2021 du 30 novembre 2020
IVG instrumentale (conditionné à une obligation de formation complémentaire)	LFSS 2021 du 30 novembre 2020 (expérimentation de 3 ans)
Possibilité de prolonger les arrêts de travail et suppression de la limitation de 15 jours	Loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification du 26 avril 2021

Orientation vers les médecins spécialistes sans passage par le médecin traitant	Loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification du 26 avril 2021
Pédiatrie	
Vaccination du nouveau-né (BCG, hépatite B) y compris à Mayotte et en Guyane selon le calendrier vaccinal en vigueur dans ces collectivités	Arrêté du 22 mars 2005, complété par l'arrêté du 10 octobre 2016 qui inclut Mayotte et Guyane
Vaccination de l'entourage de l'enfant pendant la période post-natale (soit 8 semaines contre 28 jours pour un nouveau-né, pour les même vaccins qu'aux femmes, à l'exception de la varicelle et du HPV, et avec les infections à Haemophilus influenzae de type b en plus)	Arrêté du 10 octobre 2016 (Loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016)
Vaccination des nourrissons	Loi organisation et transformation du système de santé du 24 juillet 2019
Prévention	
Vaccination des femmes (rubéole ; tétanos ; diphtérie ; poliomyélite ; coqueluche ; hépatite B ; grippe)	Arrêté du 22 mars 2005
Vaccination des femmes (rubéole, rougeole et oreillons ; papillomavirus humain (HPV) ; méningocoque C)	Arrêté du 10 janvier 2011 (modifiant l'arrêté du 22 mars 2005)
Vaccination des femmes (varicelle)	Arrêté du 10 octobre 2016 (Loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016)
Elargissement des possibilités de prescription médicamenteuse	Arrêté du 8 août 2016 (Loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016)
Mise en place systématique d'une consultation et d'un suivi spécialisés destinés à toute femme enceinte fumant régulièrement, afin de sensibiliser à l'intérêt d'arrêter de fumer	Arrêté du 8 aout 2016 (loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 – expérimentation par régions d'une durée de 3 ans)
Consultation sexuelle longue pour les adolescents (garçons et filles)	LFSS 2021 du 30 novembre 2020 (expérimentation d'1 an)
Vaccination Covid	Décret du 4 mars 2021
Dépistage et traitement des IST des femmes et de leurs partenaires	Loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification du 26 avril 2021

Suppression de la saisine obligatoire de l'ANSM pour la modification des médicaments pouvant être prescrits	Loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification du 26 avril 2021
Création du statut de sage-femme référente	Loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification du 26 avril 2021
Référent périnatalité	Projet de loi 1000 premiers jours Instruction SGMCAS/2021/74 du 1 avril 2021

ANNEXE 3 : Cartographie de l'activité d'obstétrique

1 Les autorisations d'activité en périnatalité en 2021

Sur les 482 services autorisés pour pratiquer une activité d'obstétrique, près de 70 % appartiennent à des établissements publics.

Les 66 niveaux 3, détenant donc un service de réanimation néo-natale, sont tous situés dans des établissements publics.

Tableau 15 : Répartition des autorisations par activité et par type d'établissement

	EPS	EBL	ESPIC	GCS et autres	Total
HAD obstétrique.	7	1		3	11
GO hospit complète	336	112	23	11	482
Part de chaque type	69,7 %	23,3 %	4,7 %	2,3 %	100 %
Néonatalogie avec soins Intensifs	139	8	3	1	151
Néonatalogie sans soins intensifs	207	47	9	5	268
Réanimation néonatale	66				66

Source : DGOS traitement mission

2 Les accouchements par voie basse sans complication

Cette évaluation est intéressante car elle est susceptible de quantifier le volume d'activité qui correspond aux domaines d 'intervention des sages-femmes.

Tableau 16 : Evaluation et répartition des 4 GHM accouchements par voie basse sans complication-2019

	EPS	ESPIC	EBL	Total
GHM 14Z11A : Accouchements multiples par voie basse chez une primipare, sans complication significative	1 377	79	164	**1 620**
GHM 14Z12A : Accouchements multiples par voie basse chez une multipare, sans complication significative	2 281	129	329	**2 739**
GHM 14Z13A : Accouchement unique par voie basse chez une primipare, sans complication significative	137 113	17 790	47 393	**202 296**
GHM 14Z14A : Accouchement unique par voie basse chez une multipare, sans complication significative	214 289	20 909	65 255	**300 453**
Total	355 060	38 907	113 141	**507 108**
Part de chaque secteur en %	70	7,7	22,3	**100**

Source : ATIH- traitement mission

En 2019, le nombre de séjours pour accouchement par voie basse sans complication correspondant à ces 4 GHM s'est élevé à 507 108, sur un total de 709 850 accouchements, soit 71, 5 %.

Cette activité est répartie entre les divers types d'établissements, d'une manière identique à la part que chacun représente dans le total des services autorisés.

3 Les variations saisonnières de l'activité d'accouchement

L'analyse de l'activité mensuelle d'accouchements sur les trois dernières années[90] permet d'observer des variations saisonnières constituant de réelles tendances homogènes.

Tableau 17 : Répartition mensuelle des accouchements

Variation mensuelle des accouchements			
	2019	2018	2017
Décembre	59 799	59931	60 841
Novembre	58 700	59937	60 763
Octobre	62 636	63588	63 830
Septembre	61 515	61834	61 693
Août	62 998	63860	64 654
Juillet	64 579	64823	65 170
Juin	59 768	60292	59 935
Mai	60 092	61232	62 091
Avril	55 652	55364	57 195
Mars	56 592	56391	58 676
Février	51 832	52733	54 948
Janvier	59 866	59752	60 446

Source : INSEE, retraitement mission

Comme le démontre le tableau ci-dessous :

- Le nombre total d'accouchements[91] diminue singulièrement ;
- Dans ce contexte de régression, la baisse de la médiane est très sensiblement plus forte que la moyenne mensuelle ;
- Le volume mensuel le plus faible diminue de manière beaucoup plus sensible que le volume mensuel le plus élevé ;
- Pour 2019, le rapport entre le mois le plus faible et le mois le plus élevé est de 125 %.

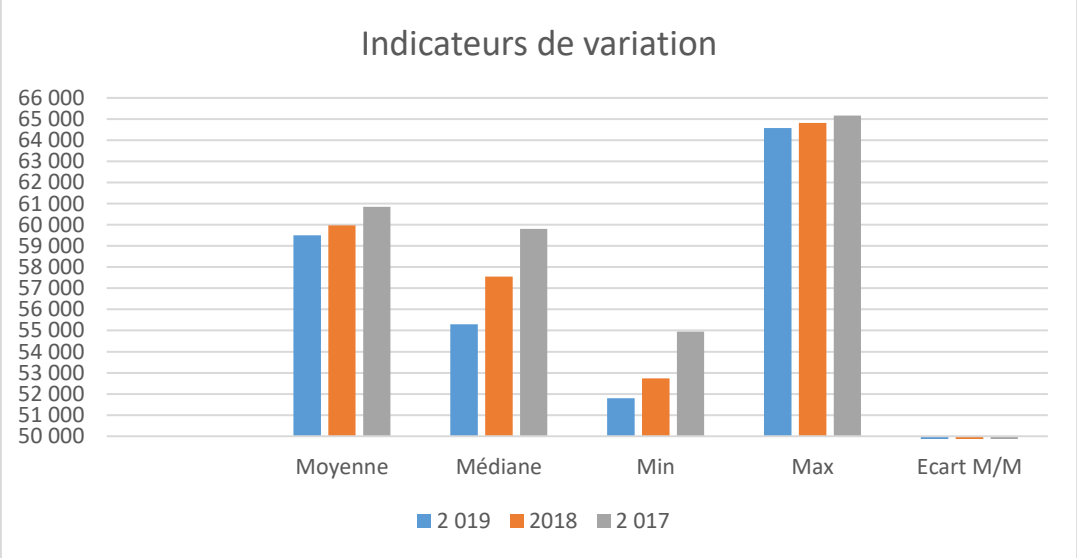
[90] L'année 2020 n'a pas été prise en compte car jugée trop atypique au vu de la situation sanitaire.
[91] Il faut souligner qu'il s'agit du nombre d'accouchements et non de naissances.

Tableau 18 : Indicateurs de variation mensuelle du nombre d'accouchements

	2017	2018	2019
Volume total annuel	730 242	719 737	714 029
Médiane mensuelle	59 799	57 549	55 300
Moyenne mensuelle	60 854	59 978	59 502
Minimum mensuel	54 948	52 733	51 800
Maximum mensuel	65 170	64 823	64 579
Rapport Min/Max	119	123	125

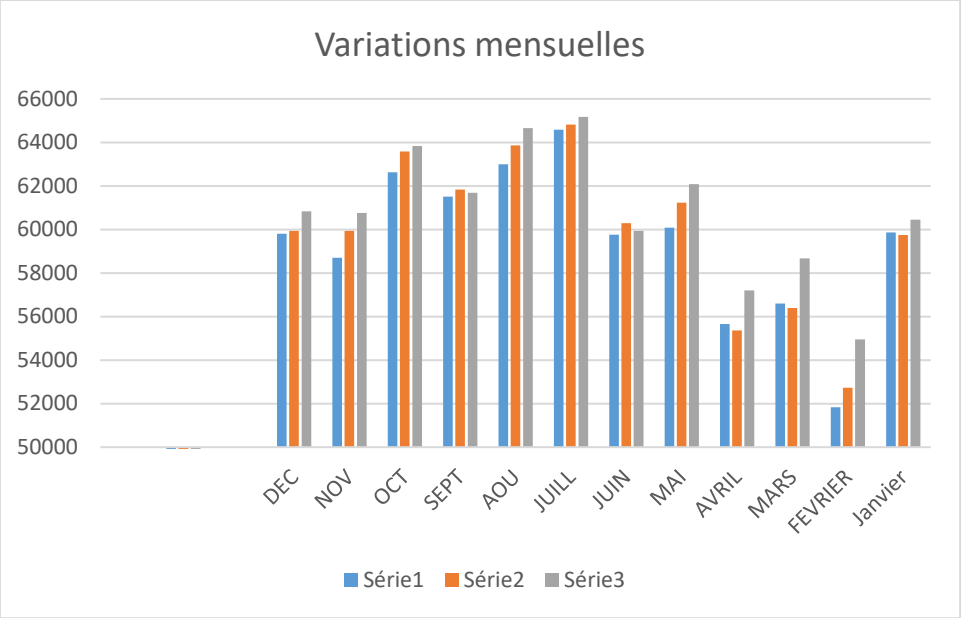
Source : INSEE traitement mission

Graphique 1 : Les indicateurs de variation mensuelle



Source : INSEE retraitement mission

Graphique 2 : Les variations mensuelles en volume



Source : INSEE retraitement mission

ANNEXE 4 : Données démographiques

1 Une augmentation très sensible des effectifs de sages-femmes mais des inégalités de répartition géographique

- **Une démographie très favorable mais une répartition inégalitaire**

23 400 sages-femmes sont en activité au 1/01/2021 alors que leur effectif était de 19 552 en 2012, soit près de 20 % d'augmentation. Cette évolution est due, en partie, à l'augmentation sensible du numérus clausus qui est passé de 700 à 1 000 depuis le milieu des années 2000. La profession est essentiellement féminine (97 % de femmes).

La moyenne d'âge est de 41,3 ans. Si le nombre de sages-femmes de moins de 30 ans s'élève à 3000, celui des sages-femmes en activité au-delà de 60 ans est passé de 600 en 2012 à 1 250 en 2021. Ainsi, en 2021, 16 % de la profession a plus de 55 ans, contre 12 % en 2012, ceci témoignant donc d'un léger vieillissement.

Concernant la densité et la répartition géographique, les densités standardisées[92] font apparaitre que les sages-femmes ne sont pas plus nombreuses dans les régions les plus fortement peuplées de patientes potentielles (contrairement à ce qu'indiquent les densités simples).

La moyenne nationale s'est très nettement élevée, passant de 57 à 70 sages-femmes pour 100 000 habitants entre 2012 et 2020.

Si de nombreuses régions se situent sensiblement au-dessus (Grand Est, Bretagne, ARA), certaines connaissent des situations très défavorables : l'ancienne région Nord-Pas-de-Calais avec un indice de 65, l'ancienne région Picardie avec un indice à 60 et surtout l'Ile-de-France, région la moins bien dotée avec un indice à 52, inférieur donc de 26 % à la moyenne nationale (cette situation ne se modifie que de façon marginale puisque l'indice était inférieur de 28 % en 2012).

Les projections tendancielles effectuées par la DREES sur la période 2020-2050 font apparaitre une progression à 26 200 professionnelles en 2030, 28 600 en 2040 et 29 300 en 2050 soit une croissance de 27 % au total.

- **La situation déficitaire mais très contrastée de l'Ile-De-France**

L'observation de ces données a conduit la mission à approfondir l'analyse de la situation en Ile-De-France pour ce qui est des sages-femmes libérales.

Pour cela, ont été utilisé :

- Les données de la CARCDSF présentant la répartition des sages-femmes par département ;
- Les estimations de la population au 1er janvier 2021 par l'INSEE, par sexe et tranches d'âge. Les femmes de plus de 60 ans ont été retirées de l'évaluation.

La densité moyenne en France métropolitaine est de 1 SF pour 3 848 femmes (femmes de 0 à 60 ans).

[92] Les densités standardisées permettent de tenir compte des besoins de soins différenciés selon l'âge : elles sont calculées en rapportant le nombre de professionnels en activité à une population dite « standardisée » au sein de laquelle chaque tranche d'âge est pondérée par sa consommation en soins de maïeutique et gynécologie, telle qu'observée dans les données de l'Assurance maladie en 2018. DREES.

Sur l'Ile-De-France, si Paris est sensiblement en dessous de cette moyenne et présente donc une situation plus favorable, ceux de l'Essonne et des Hauts de Seine en sont proches. En revanche, les départements de Seine Saint Denis, Val de Marne et Val d'Oise présentent des situations particulièrement préoccupantes avec des ratios n. femmes/ sages-femmes supérieur de 150 % à la moyenne nationale.

Tableau 19 : Densité en IDF et autres départements 2020

	Comparaison densités départementales				
	N. SF	Revenus/an	Pop.femmes*	Ratio	Ecart/moyenne
Paris	265	29 600	855 121	3226	92,6 %
91	131	38 639	521 022	3977	114,15 %
92	174	30 743	664 006	3816	109,5 %
93	121	39 116	696 617	**5757**	**165,2 %**
94	105	40 745	573 093	**5458**	**156,6 %**
95	89	41 329	514 716	**5783**	**166 %**
13	248	25 540	760 300	3065	88 %
59	241	29 058	995 032	4128	118,5 %
69	287	28 171	742 255	2586	74,2 %

Source : INSEE – CARCDSF retraitement mission

*Population des femmes de – de 60 ans

- **Des inégalités territoriales ayant nécessité la mise en place d'un système de régulation de l'installation**
  - Afin d'améliorer la répartition des sages-femmes libérales sur le territoire, les partenaires conventionnels ont mis en place, par le biais des avenants 1 et 3 à la convention nationale, un dispositif démographique, autour de 3 axes [93]:
    - Un zonage du territoire pertinent, adapté aux besoins des patients ;
    - Un dispositif d'aide à l'installation et au maintien des sages-femmes libérales dans les zones sous-denses en offres de soins (via les contrats incitatifs sages-femmes - CISF) ;
    - Une régulation des nouveaux conventionnements dans les zones « sur-dotées »: le conventionnement d'une nouvelle sage-femme en zone sur dotée est conditionné à la cessation définitive d'activité d'une sage-femme sur la zone (règle du 1 arrivée pour 1 départ sauf dérogations exceptionnelles).
  - L'avenant 4 est venu renforcer ce dispositif avec notamment des aides significativement revalorisées dans les zones sous-denses en sages-femmes et une méthode de zonage plus pertinente sur l'ensemble du territoire. A cet effet, trois nouveaux contrats incitatifs ont été mis en place :
    - Contrat d'aide à l'installation des sages-femmes (CAISF)

Ce contrat, d'une durée de 5 ans non renouvelable, est proposé aux sages-femmes libérales conventionnées s'installant dans une zone « très sous-dotée » ou « sous-dotée ».

En contrepartie du respect de certains engagements (notamment d'exercer pendant une durée minimale de 5 ans dans la zone), la sage-femme peut percevoir une aide d'un montant de 28 000 euros versée en 5 fois.

[93] Source CNAMTS

- Contrat d'aide à la première installation des sages-femmes (CAPISF)

Ce contrat, d'une durée de 5 ans non renouvelable, est proposé aux sages-femmes libérales s'installant dans une zone « très sous-dotée » ou « sous-dotée » et sollicitant pour la première fois leur conventionnement auprès de l'assurance maladie.

En contrepartie du respect de certains engagements (notamment d'exercer pendant une durée minimale de 5 ans dans la zone), la sage-femme peut percevoir une aide d'un montant de 38 000 euros versée en 5 fois.

- Contrat d'aide au maintien des sages-femmes (CAMSF)

Ce contrat, d'une durée de 3 ans renouvelable, est proposé aux sages-femmes libérales conventionnées déjà installées dans une zone « très sous-dotée » ou « sous-dotée ».

En contrepartie du respect de certains engagements (notamment d'exercer pendant une durée minimale de 3 ans dans la zone), la sage-femme peut percevoir une aide d'un montant de 3 000 euros par an.

La CNAMTS reconnait que de fortes inégalités territoriales subsistent.

- Les enseignements tirés des résultats de l'indice de Gini[94] vont dans le sens des constats présentés *supra*.

L'indice de Gini est un indicateur synthétique d'inégalités de répartition. Il varie entre 0 et 1. Il est égal à 0 dans une situation d'égalité. A l'autre extrême, il est égal à 1 dans une situation la plus inégalitaire possible. Entre 0 et 1, l'inégalité est d'autant plus forte que l'indice de Gini est élevé.

Tableau 20 : Indice de Gini comparatif sur plusieurs professions de soins

	Fin 2016	Fin 2019	Ecart
Médecins généralistes	0,372	0,384	0,012
Masseurs-kinésithérapeutes	0,424	0,431	0,007

	Fin 2016	Fin 2019	Ecart
Infirmiers	0,465	0,459	-0,006
Sages-femmes	0,649	0,624	-0,025
Orthophonistes	0,517	0,509	-0,008

On note la réduction des disparités (baisse du coefficient de Gini) pour les sages-femmes liées aux mesures incitatives mises en place en zones sous-denses et de régulation en zones sur dotées. Toutefois, des 5 professions présentées dans ce tableau de la CNAMTS, celle des sages-femmes est celle qui présente le niveau d'inégalité le plus élevé, notamment par rapport aux médecins généralistes.

Ceci justifie une action complémentaire beaucoup plus déterminée pour poursuivre la tendance de réduction des inégalités.

[94] Données fournies par la CNAMTS.

2 Des modes d'exercice marqués par le développement de l'exercice libéral et de l'exercice mixte

En 2012, 73 % des sages-femmes exerçaient exclusivement en établissements de santé et 20 % avaient une activité libérale (cumulée ou non à une activité salariée), les 7 % restants étant salariées, notamment en centre de protection maternelle et infantile (PMI). En 2021, seules 59 % d'entre elles exercent exclusivement à l'hôpital et 34 % ont une activité libérale.

Même si l'exercice salarié concerne 60 % de l'effectif, il décroit depuis ces dernières années au profit de l'exercice libéral et/ou mixte.

Tableau 21 : Evolution des effectifs et du mode d'exercice des SF

	Ensemble	Libéral	Mixte	Salarié	Autres
2020	23 175	5 209	2 428	13 959	1 579
2015	21 604	3 728	1 735	14 743	1 398
Ecart %	+ 9,8	+ 39,7	+ 40	-5,3	+ 13

Source : DREES traitement mission

La part des sages-femmes exerçant en libéral est estimée, dans les projections tendancielles, à 46 % en 2050.

Tableau 22 : Sages-femmes libérales : répartition par tranche d'âge 2020

	Effectif	Part
Moins de 35 ans	2 323	32,3 %
De 35 à 44 ans	2 137	29,7 %
De 45 à 54 ans	1 473	20,5 %
De 55 à 59 ans	657	9,1 %
De 60 à 65 ans	503	7,1 %
Plus de 65 ans	98	1,3 %
Total	7 191	100 %

Source : CARCDSF retraitement mission

L'âge moyen des sages-femmes libérales (cotisant à la CARCDSF) est de 40,8 ans. 576 nouvelles sages-femmes se sont installées en 2020 avec un âge moyen de 32 ans. L'âge moyen de départ en retraite est de 64 ans.

Pour ce qui est des sages-femmes exerçant en établissements de santé, 77 % des sages-femmes exercent dans les établissements publics, dont elles constituent 9 % des personnels médicaux. Dans les hôpitaux publics, les titulaires ou stagiaires représentent 80 % des effectifs en ETP de la profession, tandis que la part des contractuels (CDD et CDI) est de 20 %, part plus importante que

dans l'ensemble de la FPH, ce qui pourrait contribuer à expliquer des difficultés d'attractivité dont certains témoignent.

Tableau 23 : Effectifs des sages-femmes en établissement de santé- 2018

	Nombre	ETP	Tit. FPH	CDD	CDI
EPS	12 897	11 741	9 349	413	1 979
ESPIC	1 258	1 038		176	862
EBL	2 647	2 194		305	1 889
TOTAL	16 802	14 973	9 349	894	2 730

Source : DREES traitement mission

3 Le solde contrasté de la démographie des autres professions médicales liées à la périnatalité[95]

- **Pour ce qui concerne les gynécologues**, certaines qualifications font apparaitre un solde très déficitaire tels que la gynécologie médicale et obstétrique (-112), la gynécologie médicale (-80). D'autres, à l'inverse présentent un solde excédentaire comme la gynécologie- obstétrique (+173). Celle-ci se situe au deuxième rang du classement général des spécialités pour le solde des entrants et sortants entre 2018 et 2019. En revanche, on constate des diminutions considérables pour les gynécologues médicaux. L'effectif de ces derniers est de 923 au 01/01/2020, parmi lesquels 874 sont des femmes ; au total 539 sont âgés de plus de 60 ans (58,4 %). Cette situation questionne sur l'offre de soins pour le très court terme.

Tableau 24 : Répartition des gynécologues par spécialité en fonction du mode d'exercice en %

	Libéral	Mixte	Salarié
Gynécologie médicale	59	22,8	18,2
Gynécologie– obstétrique	34	21,4	44,6

Source : CNOM traitement mission

Tableau 25 : Répartition des gynécologues-obstétriciens par tranche d'âge

G-O	-60 ans	+ 60 ans	Total
Femmes	2 576	164	2 740
Hommes	1 477	591	2 068
Total	4 053	755	4 808

Source : CNOM traitement mission

La part des médecins gynécologues-obstétriciens de plus de 60 ans est de 15,7 %.

[95] Source Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) - 2020.

- **Pour ce qui concerne les pédiatres**, le solde des entrées-sorties 2018/2019 est également positif: + 83.

Toutefois, comme l'indique le tableau ci-dessous, les perspectives sont potentiellement inquiétantes puisque les pédiatres de plus de 60 ans représentent 21 % de l'effectif total.

Tableau 26 : Répartition des pédiatres par tranche d'âge

Pédia .	-60 ans	+ 60 ans	Total
Femmes	4 636	882	5 518
Hommes	1 287	698	1 985
Total	5 923	1 580	7 503

Source : CNOM traitement mission

Tableau 27 : Répartition des pédiatres en fonction du mode d'exercice en %

	Libéral	Mixte	Salarié
Femmes	1 134	516	3 868
Hommes	448	274	1 263
Total	1 582	790	5 131

Source : CNOM traitement mission

ANNEXE 5 : Les sages-femmes à l'étranger : comparaisons et bonnes pratiques

La mission a souhaité solliciter les conseillers aux affaires sociales, via le réseau diplomatique du Ministère de l'Europe et des Affaires Etrangères contacté par la Délégation aux Affaires Européennes Internationales du MSS. Elle a pu rencontrer différents professionnels pratiquant en Allemagne, en Amérique du Sud, au Danemark, en Italie, au Royaume-Uni et en Suède.

Ces échanges visaient, d'une part, à entendre le témoignage des sages-femmes étrangères sur la perception de leur profession et d'autre part, à recueillir des exemples de bonnes pratiques.

Il faut préciser d'emblée la limite de cette démarche. D'abord, l'échantillon des témoignages recueillis n'est pas nécessairement représentatif. Ensuite, la comparaison entre systèmes de santé reste un exercice délicat, au vu de l'extrême diversité d'un pays à un autre.

Pour autant, ces échanges ont pu illustrer différentes représentations de la profession dans les pays voisins.

Au reste, le parangonnage avec l'étranger pourrait être une démarche utile, au vu de la dernière enquête de santé périnatale à l'échelle européenne qui révèle des résultats préoccupants pour la France.

Lors de la l'enquête Euro-Peristat de 2016, projet européen coordonné par l'Inserm, plusieurs indicateurs démontraient en effet un certain recul de la France.

Du point de vue de la mortalité néo-natale, la France passait, entre 2010 et 2015, de la 17ème à la 23ème place, avec un taux de 2,4 décès dans le premier mois pour 1000 naissances vivantes.

De même, du point de vue de la mortinalité, la France se classait au 21ème rang sur 31, avec un taux de 3 enfants morts-nés pour 1000 naissances, après exclusions des IVG.

Certes, ces résultats doivent être pris avec du recul, le niveau des systèmes d'information français pouvant être plus fiable qu'à l'étranger en termes de comptabilisation des évènements indésirables.

Il n'empêche que la France stagne en termes d'indicateurs de mortalité, avec un niveau stable depuis 2005, tandis que d'autres pays sont parvenus à améliorer leurs indicateurs ces dernières années.

Ainsi, le Royaume-Uni est parvenu, entre 2010 et 2019, à réduire de 20 % le taux combiné de mortalité périnatale.

Des efforts pourraient aussi être engagés en France en termes de prévention : la France est l'un des pays où le taux de femmes qui fument durant leur grossesse est le plus élevé, à 17 %, soit le 20ème pays sur les 22 disposant de statistiques sur le sujet.

1 En France, malgré des responsabilités importantes, le sentiment de manque de reconnaissance des sages-femmes est marqué

- Un niveau de responsabilité plus important en France

Il apparaît que les responsabilités exercées par les sages-femmes françaises sont les plus étendues au niveau européen, avec l'exercice de compétences qui sont rares, voire inexistantes à l'étranger. C'est le cas notamment :

  - En obstétrique : avec la pratique de la délivrance artificielle et de la révision utérine ; de l'accouchement par le siège ; ou de la prescription des arrêts de travail ;
  - En gynécologie : avec la prescription de la contraception, la pose et le retrait de dispositifs intra-utérins ; la réalisation de l'IVG médicamenteuse ; et plus récemment de l'IVG médicale ;
  - En pédiatrie : avec la prescription de médicaments au nouveau-né.

La France se distingue par sa formation particulièrement exigeante, d'une durée de 5 ans. Parmi les pays européens qui disposent d'une formation directe à la profession de sage-femme, la durée d'étude oscille entre 3 à 4 ans.

En termes de salaire, il est difficile d'effectuer des comparaisons internationales, les niveaux de vie et les taux d'imposition étant peu comparables. Cependant, le niveau de rémunération des sages-femmes françaises paraît se situer dans la moyenne haute, exception faite de pays disposant d'un niveau de vie plus élevé tels que la Suisse ou le Luxembourg. La France apparaît également se situer dans la moyenne des pays en termes de rapport entre le salaire moyen des sages-femmes et celui des gynécologues, soit un rapport du simple au double pour les hospitaliers, et du simple au triple pour les libéraux.

- Un manque de reconnaissance lié à une difficulté d'identité

Malgré les responsabilités importantes qu'elles occupent, le sentiment de manque de reconnaissance et le manque d'épanouissement des sages-femmes françaises est particulièrement marqué.

Ce mal-être se rattache en grande partie à la tension qui existe entre un niveau de responsabilité élevé et une reconnaissance institutionnelle jugée faible.

Les sages-femmes françaises, à la différence de leurs homologues étrangères, souffrent d'un manque de clarté de leur identité, accentuée par « l'entre-deux » de leur statut médical, à mi-chemin entre le corps médical et paramédical.

De même, le manque de lisibilité de leurs compétences, le parcours de santé peu balisé pour les femmes, et la concurrence avec les autres professions médicales, contribuent à la difficulté de positionnement des sages-femmes.

Ainsi, au Royaume-Uni ou au Danemark, bien que le statut des sages-femmes soit apparenté à celui d'infirmière, le sentiment d'épanouissement de la profession apparaît bien plus net.

De même, en Amérique du Sud, les sages-femmes auditionnées ont pu faire part de la grande estime dont jouissait la profession auprès de la population.

Plus généralement, même si les sages-femmes rencontrées dans les autres pays européens ont fait part d'une volonté de revalorisation salariale, la perception de l'identité de leur profession apparaissait néanmoins bien plus claire et sereine qu'en France.

Pour la mission, ce constat va dans le sens du besoin clarifier le parcours de santé des femmes, de consolider les missions des sages-femmes autour de leur cœur de métier, et d'ajuster leur statut au regard de leurs responsabilités.

2 Les bonnes pratiques développées à l'étranger

Les entretiens conduits par la mission ont permis de relever différentes bonnes pratiques et initiatives développées au cours des dernières années, et qui pourraient servir d'inspiration dans les évolutions à venir du système de français.

- Un parcours de santé balisé positionnant les sages-femmes en premier recours durant la grossesse

Plusieurs pays ont fait le choix de positionner clairement la sage-femme en tant que premier recours durant la grossesse.

Au Danemark, le parcours de santé durant la grossesse fonctionne avec une alternance de visites entre le médecin généraliste et la sage-femme.

Au Royaume-Uni, le parcours de grossesse s'effectue uniquement auprès de la sage-femme, l'orientation vers le gynécologue n'étant réalisée qu'en cas de pathologie ou de facteur de risque.

Cette démarche contribue à la bonne orientation des patients, et facilite la reconnaissance des sages-femmes.

- Le *continuity of care* : la continuité du soignant ou l'accompagnement global

Le principe de continuité du soignant (*continuity of care*), connu également sous le nom d'accompagnement global, repose sur un suivi de la femme enceinte durant la phase anténatale, l'accouchement et le post-partum, par une seule sage-femme, ou un petit groupe de sages-femmes. La sage-femme sera donc l'unique interlocuteur, sauf en cas d'adressage à un gynécologue en cas de signe de pathologie détectée.

Cette continuité du soignant a été décrite comme étant le type de prise en charge idéale par de nombreuses études récentes, et s'est considérablement développée au Royaume-Uni, au Canada, en Australie ou en Nouvelle-Zélande.

Dans une revue d'études Cochrane analysant les résultats de 15 études différentes portant sur plus de 17.000 femmes, il a été conclu que la continuité du soignant apportait des résultats significativement positifs au couple mère-enfant (16 % de risque en moins de décès de l'enfant, 15 % de nécessité en moins de recours à une anesthésie locorégionale, 24 % de risque en moins d'une naissance avant-terme, 16 % de recours en moins à l'épisiotomie).[96]

Le modèle de continuité du soignant est conçu pour bénéficier aussi bien à la femme suivie qu'à la sage-femme.

Pour la femme suivie, au-delà des bénéfices cliniques, la continuité du soignant contribue à un accompagnement médico-psycho-social de qualité, grâce une relation de confiance et de stabilité avec la sage-femme, qui devient l'interlocutrice privilégiée.

[96] Sandall J SH, Gates S, Shennan A, Devane D. . Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women,. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016 - https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27121907/

Pour la sage-femme, la prise en charge des femmes sur cette modalité vise à apporter un sentiment d'un exercice qui prend plus de sens, avec une relation de qualité avec la patiente, ainsi qu'un meilleur contrôle de son propre travail.

Le principal obstacle à la mise en place d'une continuité du soignant réside toutefois dans l'organisation des plannings, ce modèle nécessitant une grande souplesse et disponibilité des sages-femmes, en particulier lors de l'accouchement.

Par ailleurs, en France, ce modèle de soins se confronte au cloisonnement croissant entre les sages-femmes libérales et les sages-femmes hospitalières, la tendance étant de cantonner les premières au suivi anténatal et post-partum, et les secondes à l'accouchement. La mission considère que l'organisation des parcours doit permettre une régression de cette tendance, sens de nombreuses recommandations.

Si la distinction entre l'exercice libéral et hospitalier est propre à la France, plusieurs pays dans lesquels une distinction existait entre le suivi durant l'accouchement et le suivi du reste de la grossesse développent actuellement des modèles de continuité du soignant.

C'est en particulier le cas au Royaume-Uni, où 17 % des femmes sont suivies selon cette modalité, avec un objectif d'atteindre 25 % d'ici à 2025, dont un développement prioritaire auprès des publics défavorisés.

Le développement du *continuity of care* au Royaume-Uni

L'application de la continuité du soignant fait partie des objectifs de la politique maternelle du Royaume-Uni depuis les années 1990, et s'est considérablement développée avec la mise en place du plan Better Births en 2016.

L'application du modèle y est facilitée par le fait qu'il n'existe pas de distinction entre sages-femmes libérales et hospitalières : toutes les sages-femmes sont employées par le « Trust », qui sont des secteurs géographiques au sein desquels les soins du système de santé NHS sont dispensés.

Les sages-femmes sont regroupées en équipe de 6 à 8 sages-femmes, et ces équipes organisent elles-mêmes leur planning. Chaque sage-femme suit environ 35 patientes en même temps, la recommandation nationale étant fixée à 29 patientes. Au sein d'une même équipe, chaque sage-femme dispose d'une partenaire privilégiée à qui elle peut adresser sa patiente en cas d'urgence, notamment lors du déclenchement de l'accouchement si elle n'est pas disponible. Il est aussi possible de faire appel aux autres sages-femmes de l'équipe pour assurer la permanence des soins, notamment durant les congés ou les nuits.

Lorsque l'accouchement se déroule, la sage-femme qui suit la patiente depuis le début de sa grossesse se rend à l'hôpital, prévenue par la patiente, et y effectue l'accouchement, en lien avec les équipes de soin de l'hôpital. Il existe par ailleurs un pool de sages-femmes de gardes à l'hôpital, en cas de besoin.

En termes de conduite du changement, il a été confié à la mission que la mise en place de ce modèle prend du temps, en raison des inquiétudes liées à la disponibilité demandée, et nécessite d'engager un travail important de pédagogie après des personnels.

La Suède travaille également à la mise en place d'une expérimentation de grande ampleur de continuité du soignant, avec le projet *Min Barmorska* (Ma sage-femme) dans les hôpitaux de Stockholm. Les sages-femmes participant au projet suivent des femmes volontaires, et s'organisent en équipes de 4 personnes, qui intègrent 13 nouvelles femmes chaque mois. Leur planning fonctionne avec des astreintes de 12h, et un roulement hebdomadaire. Les responsables de ce projet font part d'une grande satisfaction, mais précisent qu'il nécessite une forte motivation de la part des sages-femmes qui y participent, au vu de la disponibilité demandée.

- Le *caseload care :* suivi de groupe

Lorsque l'application de la continuité du soignant se révèle difficile, une technique alternative existe avec le « *caseload care* », notamment en milieu hospitalier.

Il s'agit alors de répartir les sages-femmes de l'établissement en petites équipes, chaque équipe assurant le suivi d'un certain nombre de patientes désignées. Dès lors, une même patiente ne rencontrera, lors de son suivi à l'hôpital, que des sages-femmes de cette équipe, ce qui limitera le nombre d'interlocuteurs, et apportera une forme de stabilité et de proximité dans la relation.

Ce modèle est par exemple développé dans les hôpitaux du Danemark, où un groupe de 3 à 4 sages-femmes hospitalières suit environ 200 femmes en même temps.

- Le *one-to-one* : une sage-femme pour une femme qui accouche

Le *one-to-one* est un principe selon lequel une sage-femme sera entièrement dédiée au suivi d'une femme lors de son travail pendant l'accouchement. Il vise à garantir un accompagnement clinique et psychologique optimal durant tout le long du travail.

Cela ne signifie pas nécessairement qu'il s'agisse de la même sage-femme tout au long du processus, notamment en cas de changement de garde.

En France, ce principe connu sous l'appelation *« 1 femme – 1 sage-femme* » peut difficilement trouver application en raison des effectifs contraints. Il sera donc fréquent pour une sage-femme hospitalière en France de suivre jusqu'à 3 parturientes en même temps durant le travail.

Plusieurs pays ont fait le choix de développer le modèle du « *One-to-one* ». Il figure ainsi parmi les standards de qualité requis des maternités au Royaume-Uni, qui a récemment procédé à la création de 1000 postes de sages-femmes supplémentaires afin de garantir son application.

Le principe est aussi un objectif au Danemark, même s'il est difficilement atteint dans les grands hôpitaux, la moyenne se situant plutôt à 1 sage-femme pour 2 parturientes.

- Les *midwive-led-units* : la présence d'espaces physiologiques au sein des maternités

Le développement des unités physiologiques contribue à éviter la surmédicalisation de l'accouchement, à proposer un exercice en pleine autonomie pour les sages-femmes, et à permettre aux femmes souhaitant accoucher sans péridurale de disposer d'un accompagnement adéquat. Au sein de ces unités, la responsabilité de l'unité revient aux sages-femmes, mais un transfert au sein d'un service d'obstétrique pourra être envisagé en cas de complication durant l'accouchement.

En France, peu d'hôpitaux disposent d'espaces physiologiques, et lorsque c'est le cas, ils ne sont pas forcément utilisés à cette fin.

L'accouchement physiologique s'y développe dans sa globalité avec l'expérimentation des maisons de naissance. Ces maisons de naissance ne se situent pas nécessairement au sein des sites hospitaliers, même si elles sont en grande proximité. Pour autant, les maisons de naissance restent encore marginales en France, puisqu'elles concernent environ 0,1 des naissances.

Au Royaume-Uni, le nombre d'accouchement en espaces physiologiques (*midwive-led units*) est bien plus important, puisqu'il concerne 14 % des naissances. Toutefois, ces espaces physiologiques, dirigés par des sages-femmes, sont pour la plupart situés sur le site des maternités, avec différents modèles : soit au même étage que le service d'obstétrique, soit à un étage différent, soit même dans un autre bâtiment du site de l'hôpital.

Cette organisation a le double avantage de permettre un accouchement physiologique aux patientes qui le souhaitent, tout en assurant une sécurité des soins optimale grâce à la possibilité de transfert immédiat au sein du même site.

- Le suivi à domicile après l'accouchement : l'exemple des *kraamzorg*

Plusieurs pays se distinguent par une prise en charge du suivi post-partum à domicile très soutenue, qui va souvent de pair avec une durée de séjour plus courte à la maternité, en l'absence de complications.

Certains hôpitaux en Allemagne, au Danemark ou en Suède permettent ainsi une sortie de maternité 6 heures après l'accouchement, en cas de grossesse multipare sans complication. Un suivi régulier sera toutefois organisé à domicile dès la sortie.

Au Pays-Bas, la « *kraamzorg* » est une puéricultrice qui effectue une visite quotidienne durant 10 jours, prise en charge par l'assurance-maladie, et pouvant notamment assurer le soutien de la mère pendant la nuit et de lui permettre de récupérer le sommeil.

Ce modèle de la « *kraamzorg* » est également développé sous une forme proche en Belgique.

En Allemagne, le suivi à domicile de la sage-femme après l'accouchement est soutenu : 1 à 2 visites quotidiennes peuvent être effectuées dans les 10 jours qui suivent la naissance. A l'issue de ces 10 jours, la sage-femme pourra effectuer 16 visites au cours des 11 semaines suivantes, soit 1 à 2 visites par semaine. A l'issue des 12 premières semaines, la sage-femme peut encore intervenir à domicile en cas de besoin, notamment pour des conseils d'allaitement. La tarification des sages-femmes en visite à domicile en Allemagne s'effectue à la demi-heure.

Ces exemples de suivi soutenu contrastent avec la France, où le suivi à domicile reste encore marginal, et généralement limité à 1 à 2 visites à l'issue de l'accouchement, notamment dans le cadre du programme PRADO lancé en 2010 et qui bénéficiait en 2017 à 57 % des femmes ayant donné naissances.

- L'implication de sages-femmes dans la recherche

La recherche en maïeutique est facilitée dans les pays qui accordent un statut spécifique aux sages-femmes chercheurs.

Ainsi, en Suède, les sages-femmes dotées d'un doctorat sont recrutées sous un statut de « *sage-femme universitaire* », assortie d'une rémunération près de 1,5 fois supérieure à la rémunération moyenne des sages-femmes. Ce doctorat est obtenu en 4 ans, et des financements existent pour le réaliser, soit à temps plein, soit à temps partiel. Ce modèle d'incitation permet un développement de la recherche : on comptabilise en effet plus de 176 sages-femmes suédoises titulaires d'un doctorat (soit près de trois fois plus de sages-femmes titulaires d'un doctorat qu'en France, alors même que la population suédoise est six fois inférieure à la population française).

Au Royaume-Uni, il existe également une forte implication des sages-femmes dans la recherche. Il existe un statut spécifique de « *consultant midwife* », assorti d'une revalorisation salariale, accessible aux sages-femmes titulaires d'un Master ou d'un doctorat, et disposant d'un certain nombre d'années de pratiques. Ces *consultant midviwes* répartissent généralement leur activité entre 50 % de temps clinique, 25 % de recherche et 25 % d'enseignement. Ce statut a l'avantage de permettre une

progression de carrière à des sages-femmes autre que par un rôle de management, lorsqu'elles souhaitent continuer à s'investir dans la pratique clinique.

LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

Ministère des solidarités et de la santé (MSS) :

Cabinet :

- Bénédicte Roquette, Cabinet du Ministre Olivier Véran
- Sébastien Delescluse, cabinet du Ministre Olivier Véran
- Philippe Romac, (cabinet d'Adrien Taquet, Enfance) conseiller santé de l'enfant, 1000 premiers jours et suivi de l'exécution des réformes)
- Sophie Sergent-Decherf, (cabinet de Brigitte Bourguignon, Autonomie) conseillère en charge des professions de santé et du numérique.

Direction Générale de l'offre de soins (DGOS)

- Katia Julienne, directrice générale de l'offre de soins
- Vanessa Fage-Morel, sous directrice des ressources humaines système de santé/RH
- Anne Hegoburu, sous-direction régulation offre de soins
- Marc Reynier, sous-direction des ressources humaines-système de santé –RH
- Céline Castelain Jedor, chef de bureau prise en charge des soins aigus
- Frédérique Colombet, chargée de mission périnatalité, santé des femmes

Direction générale de la santé (DGS)

- Patrick Ambroise, adjoint à la sous directrice santé des populations et prévention des maladies chroniques
- Adrien Esclade, adjoint au chef de bureau, bureau VIH, Hépatites et tuberculoses
- Docteur Soraya Belgherbi, chargée de mission sur les interruptions volontaires de grossesse (IVG)et contraception, bureau VIH, IST, Hépatites et tuberculose
- Docteur Lionel Lavin, chargé de mission sur les infections sexuellement transmissibles (IST)et dépistage VIH, bureau VIH, IST, hépatites et tuberculoses
- Docteur Nathalie Rabier Thoreau, chargée du dossier périnatalité et santé de la femme, bureau santé des populations

Direction de la sécurité sociale (DSS)

- Nicolas Labrune, sous -directeur du financement du système de soins
- Guillaume Bouillard, chef du bureau des établissements de santé
- Emmanuel Frère-Lecoutre, chef de bureau des relations avec les professionnels de santé

- Sylvain Vieules, chargé de mission du bureau des relations avec les professionnels de santé

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

- Hélène Chaput, cheffe du bureau des professions de santé

Secrétariat Général des ministères chargés des affaires sociales (SGMCAS)

- Mayalen Iron, Directrice de projet chargée des 1000 premiers jours de l'enfant
- Aïn Won, stagiaire auprès de la directrice de projet 1000 premiers jours de l'enfant.

Ministère de la transformation et de la fonction publiques :

Direction Générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP)

- Stéphane Lagier, chef de service des parcours carrière et des politiques salariales et sociale
- Maud Soulier, chef du bureau des statuts particuliers et des parcours de carrière
- Jefferson Mermet, adjoint en charge des dossiers de la fonction publique hospitalière

Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation (MESRI) :

Direction générale des ressources humaines

- Pierre Coural, chef du service des enseignants chercheurs, adjoint au directeur général
- Hélène Moulin, sous directrice du recrutement et de la gestion des enseignants –chercheurs
- Pascal Roinel, chef du département des enseignants chercheurs des disciplines de santé

Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP)

- Jean-Christophe Paul, chef du département des formations de santé
- François Couraud , conseiller scientifique et pédagogique
- Orlane Veder, conseillère scientifique
- Abderaman Rahma, département des formations de santé

Ministère de l'Europe et des affaires étrangères (MEAE)

- Jean Thiebaud, chef de cabinet de la délégation aux affaires étrangères et internationales,
- Catherine Borsi-Serhan, responsable de l'animation réseaux et de la présence de la France, DAEI

ARS :

Agence Régionale de santé de Bretagne

- Stéphane Mulliez, directeur général de l'agence
- Malik Lahoucine, directeur adjoint
- Cécile Gauvrit, médecin conseil, département innovation et santé

Agence Régionale de santé Grand-Est

- Carole Crétin, directrice de la stratégie en santé
- Valérie Nurdin, chargée de mission à la direction de la stratégie
- Julia Joannes, responsable adjointe

Agence Régionale de santé Nouvelle-Aquitaine

- Benoit Elleboode, directeur général de l'agence

Autres acteurs publics :

Caisse Nationale d'assurance maladie (CNAM)

- Malissa Marseille, directrice de cabinet de Mme Cazeneuve
- Julie Pargheon, directrice de l'offre de soins
- Jocelyn Courtois, responsable du département des actes
- Eric Haushalter, direction des assurés, par intérim, directeur du département de coordination et de l'efficience des soins
- Claire Traon, adjointe au département des professions de santé

Haute Autorité de Santé (HAS)

- Alexandre Fonty, directeur de cabinet
- Pierre Gabach, Adjoint à la direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, chef du service des bonnes pratiques,
- Valérie Ertel Pau, unité parcours, pertinence et coopérations

Inspection Générale des affaires sociales (IGAS)

- Cécile Courrèges, inspectrice générale
- Jean Debeaupuis, inspecteur général
- Bertrand Fenoll, inspecteur général
- Sophie Lebret, inspectrice

Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS)

- Emmanuel Touzé, président et Doyen de la faculté de santé de Caen
- Agnès Bocognano, secrétaire générale

Association des régions de France (ARF)

- Claire Bernard, conseillère culture, sport, jeunesse, santé, égalité femmes-hommes à Régions de France
- Françoise Jeanson, présidente de la commission des régions de France, conseillère régionale déléguée à la santé
- Anne Leclerq, vice-présidente déléguée aux formations sanitaires et sociales et à la santé

Association des départements de France (ADF)

- Pierre Monzani, directeur général de l'assemblée des départements de France
- Jean-Michel Rapinat, conseiller social

Direction de l'enfance et de la Famille (DEF), Service de la protection maternelle et infantile (PMI), Conseil départemental de la Seine Saint-Denis

- Roselyne Masson, directrice adjointe à la DEF et chef du service de la Protection maternelle et infantile et équipe de sages-femmes de la PMI

Autres acteurs :

Caisse Autonome des retraites des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes (CARCDSF)

- Pierre Ronceret, directeur de la Caisse des retraites des chirurgiens –dentistes et des sages-femmes

Association nationale des conseillers conjugaux et familiaux (ANCCEF)

- Anne Dejean, présidente
- Christine Lefèvre, vice-présidente et sexologue

Personnalités à l'étranger :

Allemagne

- Léna Habrant, chargée de mission auprès de la conseillère pour les affaires sociales de l'Ambassade de France en Allemagne
- Ulrike Geppert Orthofer, présidente de l'association des sages-femmes allemandes
- Yvonne Bovermann, membre du bureau de l'association des sages-femmes allemandes

Amérique du Sud

- Vincent Billerey, conseiller pour les affaires sociales à l'Ambassade de France en Argentine
- Florencia Francisconi, responsable de la zone des Amériques au sein de la confédération internationale des sages-femmes, sage-femme en Argentine
- Sandra Oyarzo Torres, vice-présidente de l'association internationale des sages-femmes, sage-femme au Pérou

Danemark

- Pierre Pérard, adjoint au conseiller aux affaires sociales pour les pays nordiques, aux Ambassades de France au Danemark, en Finlande, en Norvège et en Suède
- Christine Brot, spécialiste en santé publique et prévention au sein de l'autorité de santé danoise
- Marie Milland, gynécologue-obstétricienne pour l'autorité de santé danoise
- Lis Munk, présidente de l'association des sages-femmes du Danemark

Italie

- Corinne Ciliberto, chargée de mission pour le service des affaires sociales de l'Ambassade de France en Italie
- Cristina Rinaldi, direction des professions sanitaires au Ministère de la santé
- Sylvia Vaccari, présidente de la fédération nationale des sages-femmes

Royaume-Uni

- Mervi Jokinen, conseillère en charge des standards professionnels au sein du collège royal des sages-femmes
- Michèle Lyne, conseillère en charge des standards professionnels au sein du collège royal des sages-femmes
- Jessica Read, adjointe à la directrice de la profession des sages-femmes au sein de la NHS

Suède

- Eric Trottman, conseiller aux affaires sociales pour les pays nordiques, aux Ambassades de France au Danemark, en Finlande, en Norvège et en Suède

- Eva Nordlund, présidente de l'association des sages-femmes suédoises
- Lena Westholm, responsable du projet « Ma sage-femme » à Stockholm

Représentants des professionnels

Organisation nationale des syndicats de sages-femmes (ONSSF)

- Camille Dumortier, présidente
- Willy Belhassen, vice-président
- Anne Kerguelen, secrétaire générale adjointe

Union nationale et syndicale des sages-femmes (UNSSF) :

- Marie-Anne Poumaer, présidente
- Vincent Cicéro, membre du conseil d'administration

Les organismes représentatifs de la profession :

Association nationale des sages-femmes coordinatrices (ANSFC)

- Sylvie le Roux, présidente

Association nationale des sages-femmes libérales (ANSFL)

- Eliette Bruneau, présidente
- Isabelle Fournier, membre du conseil d'administration
- Joëlle Tilma, présidente de la fédération des maisons de santé du département

Association nationale des sages-femmes territoriales (ANSFT)

- Micheline Boivineau, présidente
- Claudine Schalck, secrétaire de la société française de maïeutique
- Chantal de Vitry, membre du CA, sage –femme PMI en Seine Saint -Denis
- Martine Larrieulet, sage-femme

Collège national des sages-femmes (CNSF)

- Adrien Gantois, président

Conseil National de l'ordre des sages-femmes

- Anne-Marie Curat, présidente
- Marianne Benoit-Truong Canh, vice-présidente

- Isabelle Derrendinger, secrétaire nationale
- David Meyer, conseiller technique

Conférence nationale des Enseignants en Maïeutique (CNEMA)

- Véronique Lecointe, présidente

Association nationale des étudiants (es) sages-femmes (ANESF)

- Apolline Madec, vice-présidente en charge de l'enseignement supérieur et de la recherche
- Garance de Richoufftz, Vice-présidente en charge des perspectives professionnelles
- Fanny Toussaint, Présidente de l'association des étudiants (es) sages-femmes

Fédérations nationales de l'hospitalisation:

Fédération des hôpitaux de France (FHF)

- Amélie Roux, responsable du pôle RH
- Quentin Henaff, adjoint à la responsable du pôle RH
- Alexandre Mokede, responsable du pôle offre de soins

Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)

- Christine Schibler, déléguée générale
- Dr Jean-Loup Durousset, président du Comité Maternité
- Sophie Béchu
- Thierry Busquet

Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP)

- Guillaume Chesne, Directeur de l'Offre de Soins et des parcours de santé
- Anne Lecoq, conseillère médicale auprès de la présidence et la direction générale
- Blandine Vachon, directrice observation et études
- Sylvie Nivière, directrice adjointe relations du travail

Conférences Nationales de directeurs:

Conférence des directeurs généraux de CHU

- Marie-Noëlle Gerain-Breuzard, présidente

- Alexandre Fournier, secrétaire général
- Véronique Desjardins, présidente de la commission RH et Soins
- Michaël Galy, président de la commission des affaires médicales

Conférence des directeurs de CH (CNDCH)

- Francis Saint Hubert, président
- Catherine Latger, Directrice du centre hospitalier intercommunal de Compiègne-Noyon

Organisations syndicales de la fonction publique Hospitalière :

Confédération française démocratique du travail (CFDT)

- Florence Dedieu, secrétaire nationale CFDT/santé-Sociaux,
- Romuald Foltz, secrétaire fédéral
- Christine Pelletier, sage-femme, secrétaire CFDT, syndicat Côte d'Or

Union Fédérale Médecins, Ingénieurs, Cadres, Techniciens- CGT (UFMICT-CGT)

- Françoise Gaillard, élue national
- Vincent Portéous, élu national, co-animateur du collectif national des sages-femmes

Union Nationale des Syndicats autonomes (UNSA)

- Jean-Claude Stutz, conseiller technique
- Emelyne Busseroles, sage-femme
- Marie Jeudy, sage –femme
- Claudia Martino, sage-femme

Organisations syndicales de PH

Syndicat Action Praticien Hospitalier, CPH, Avenir Hospitalier (APH)

- Jean-François Cibien, président
- Pascale Lepors-Lemoine, vice- présidente, gynécologue-obstétricienne
- Emmanuel Cixous, président du syndicat national des pédiatres en établissement de santé
- Anne Wernet, présidente du syndicat national des praticiens hospitaliers anesthésistes réanimateurs élargi (SNPHAR-E)

Syndicat National des jeunes Médecins (SNJM)

- Emmanuel Loeb, président

Inter syndicat National des praticiens hospitaliers (INPH)

- Rachel Bocher, présidente
- Alain Jacob, délégué général

Syndicat national des médecins, chirurgiens, spécialistes, biologistes et pharmaciens (SNAM –HP- CMH)

- Frank Boudghène, vice-président

Organisations syndicales de médecins libéraux

Confédération des syndicats médicaux français (CSMF)

- Jean-Paul Ortiz, président
- Franck Devulder, président des spécialistes-CSMF
- Luc Duquesnel, président des généralistes-CSMF

Organisations professionnelles médicales :

Collège national des gynécologues-obstétriciens français (CNGOF)

- Cyril Côme Huissoud, secrétaire général
- Alexandra Benachi, vice- présidente

Société Française de médecine Périnatale (SFMP)

- Michel Dreyfus, président de la SFMP

Association Française de pédiatrie ambulatoire (AFPA)

- Fabienne Kochert, présidente

Conseil National Professionnel de Pédiatrie (CNPP)

- Robert Cohen, Président
- Brigitte Virey, première vice-présidente
- Fabienne Kochert, vice-présidente
- Jean-Louis Chaberneau, trésorier, vice –président du syndicat des pédiatres hospitaliers

- Pascal le Roux, secrétaire général
- Jean-François Pujol, secrétaire général adjoint

Universités et Recherche :

- Patrice Diot, Président de la conférence des doyens des facultés de médecine
- Macha Woronoff, Présidente de la CPU Santé
- Gilbert Vicente, Président de l'AUFEMO, Université de Strasbourg

Ecoles de Formation des sages-femmes :

- Carole Zakarian, directrice de l'école de sages-femmes de Marseille
- Michèle Rivière, directrice des 2 écoles de sages-femmes de l'AP-HP

Equipes de services d'obstétrique:

L'intitulé « équipe de sages-femmes » a été utilisé pour représenter l'ensemble des sages-femmes auditionnées dans les 8 maternités visitées (environ 70).

Maternité du Kremlin –Bicêtre-AP-AP- (Paris, Région Ile de France)

- Nicolas Boyer, sage-femme coordonnateur en maïeutique et l'équipe de sages-femmes

Maternité de Necker-AP-HP- (Paris, Région Ile de France)

- Sophie Guillaume, sage-femme coordonnateur en maïeutique
- L'équipe de sages-femmes

Maternité de Port-Royal-AP-HP- (Paris, Région Ile de France)

- Karine Hillion, sage-femme coordonnateur en maïeutique
- L'équipe de sages-femmes de la maternité, service de gynéco-obstétrique de Port-Royal

Maternité de Château-Thierry (Aisne, Région Haut de France)

- Sylvaine Ducout, directrice du CH de Château –Thierry
- Aurélie Cerruti, sage-femme coordinateur en maïeutique
- L'équipe de sages-femmes

Maternité de Compiègne (Oise, Région Hauts de France)

- Jeanne Davenel, directrice adjointe chargée des affaires médicales
- L'équipe de sages-femmes

Maternité des Diaconesses (Paris, Région Ile de France)

- Anne Fabrègue, directrice
- Hélène Osterman, Cadre sage-femme du pôle maternité/Fertilité
- L'équipe de sages-femmes

Maternité d'Epernay (Marne, Région Grand-Est)

- Brigitte Franzi, directrice déléguée
- Frédéric Cazorla-Seignol, secrétaire général
- L'équipe des sages-femmes

Maternité de Poitiers (Vienne, Région Nouvelle-Aquitaine)

- Anne Costa, directrice du CHU de Poitiers
- L'équipe des sages-femmes

Les Usagers :

Collectif inter-associatif autour de la naissance (CIANE)

- Anne Evrard, co-présidente
- Lucie Adalid, membre du CA

SIGLES UTILISES

ANFH Association Nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier

ARS Agence Régionale de Santé

AS Aide-Soignant

ATIH Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

CAISF Contrat d'aide à l'installation des sages-femmes

CAMSF contrat d'aide au maintien des sages-femmes

CAPISF Contrat d'aide à la première installation

CARCDSF Caisse Autonome de Retraite des Chirurgiens-Dentistes et des Sages-Femmes

CCAM Classification Commune des Actes médicaux

CDD Contrat à Durée Déterminée

CDI Contrat à Durée Indéterminée

CTI Complément de Traitement Indiciaire

CHU Centre Hospitalier Universitaire

CIANE Collectif inter-associatif autour de la naissance

CISF Contrat incitatif sage-femme

CME Commission médicale d'établissement

CNAM Caisse nationale d'assurance maladie

CNAMTS Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs sociaux

CNOM Conseil National de l'Ordre des Médecins

CNU Conseil National des Universités

CPU Conférences des Présidents d'Université

CSP Code de la Santé Publique

DAC Direction d'Administration Centrale

DADS Déclaration annuelle des données sociales

DES Diplôme d'Etudes Spécialisées

DGAFP Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique

DGARS Directeur Général d'Agence Régionale de Santé

DGOS Direction Générale de l'Offre de Soins

DGRH Direction Générale des Ressources Humaines

DGSIP Direction Générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle

DGS Direction Générale de la Santé

DREES Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DRH Direction des Ressources Humaines

DU Diplôme d'Université

DIU Diplôme InterUniversitaire

EBL Etablissements à but lucratif

ECTS European Credit Transfer System

EPP Entretien Prénatal Précoce

EPS Etablissement Public de Santé

ESPIC Etablissement privé d'intérêt collectif

ETP Equivalent Temps Plein

FEHAP Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne

FHF Fédération Hospitalière de France

FHP Fédération de l'Hospitalisation Privée

FPH Fonction Publique Hospitalière

FPT Fonction Publique Territoriale

GHM Groupe Homogène de Malades

HAS Haute Autorité de Santé

HCERES Haut Conseil de l'Evaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur

HPST Loi Hôpital Patient Santé et territoires

IADE Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État

IDE Infirmier Diplômé d'État

IDF Ile de France

IBODE Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'État

IGAENR Inspection Générale de l'Administration de l'Education Nationale et de la Recherche

IGAS Inspection générale des affaires sociales

INSEE Institut national de la statistique et des études économiques

INSERM Institut National de la santé et de la recherche médicale

IRCANTEC Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques

IVG Interruption Volontaire de Grossesse

LPR Loi de programmation de la Recherche

MCF Maître de Conférence

MESRI Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et l'Innovation

MSS Ministère des Solidarités et de la Santé

NBI Nouvelle bonification indiciaire

ONDPS Observatoire National de la Démographie des professions de Santé

PAST Professeur Associé en Service Temporaire,

PH Praticien Hospitalier

PMA Procréation Médicalement Assistée

PMI Protection maternelle et infantile

PRAG Professeur agrégé

PU Professeur des Universités

RPPS Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

RTT Réduction du temps de travail

UFR Unité de Formation et de Recherche