



LES SAGES-FEMMES une profession en mutation

Mai 2016



Observatoire National de la Démographie
des Professions de Santé

ONDPS



LES SAGES-FEMMES : une profession en mutation

Mai 2016

■ ■
Observatoire National de la Démographie
des Professions de Santé

ONDPS

■ ■ Adresse postale : 14 avenue Duquesne – 75350 Paris 07 SP
Tél. : 01 40 56 89 36 – Courriel : drees-ondps@sante.gouv.fr

-
- **Directeur de publication** : Pr Yvon Berland
 - **Secrétaire générale, responsable de la coordination éditoriale** : Anny Golfouse
 - **Chargé de mission** : Bunna Pheng
 - **Relecteurs** : Valérie Evans, François-Xavier Schweyer
 - **Maquettage** : DESK (Laval, 53)
 - **Diffusion** : ONDPS
 - **Éditeur** : DICOM
-

Les reproductions de textes, graphiques ou tableaux sont autorisées à condition de mentionner la source et le(s) auteur(s).

Remerciements

Cet ouvrage est le produit de la collaboration entre l'ONDPS et de nombreux partenaires du projet.

L'ONDPS remercie pour leur précieuse collaboration, leur expertise, leurs contributions respectives (dont certaines ont été produites dans un délai relativement serré), leurs commentaires avisés et constructifs, leur relecture critique ou leur soutien technique, les personnes suivantes :

Stéphanie Archat
Marion Bachelet
Marianne Benoît Truong Canh
Yvon Berland
Micheline Boivineau
Myriam Bonnerre
Véronique Bories-Maskulova
Christelle Capdepon
Emmanuelle Cardoso
Hélène Chaput
Marine Chauvet
Anne-Marie Cresson
Gonzague Debeugny
Jean-Marc Delahaye
Isabelle Derrenderinger
Florence Douguet
Valérie Evans
Anny Golfouse
Aurélié Grondin
Agnès Guerin
Sophie Guillaume
Thomas Jan
Marie-Josée Keller

Catherine Lallement
Marie-Ange Larreur
Véronique Lecointe
Manuélia Lenormand
Marie-Christine Leymarie
Christine Morin
Madeleine Moyroud
Gwladys Nabi
Michel Naiditch
Virginie Perret
Bunna Pheng
Brigitte Pierron
François-Xavier Schweyer
Daniel Sicart
Manon Roger
Marie Taillandier
Martine Thomas
Delphine Tressol
Laurence Vayer
Alain Vilbrod
Hedda Weissmann
Michèle Zanardi-Braillon

Présentation de l'ONDPS

L'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), créé en 2003 auprès du ministre de la santé, est chargé de rassembler, d'analyser et de diffuser les données relatives à la démographie des professionnels de santé et à l'accès aux soins. Il produit des études de nature à améliorer la connaissance des conditions de formation et d'exercice des professionnels de santé. Il fournit, à ce titre, des éléments d'information sur l'évolution de leurs métiers, et la réponse qui est donnée aux besoins de santé de la population, dans le cadre des différents modes d'accès aux soins.

L'ONDPS et les procédures de régulation des étudiants

Depuis 2010, l'ONDPS participe au processus de régulation des effectifs d'étudiants, le décret du 13 juillet 2010¹ lui ayant confié une nouvelle mission : « Il propose au ministre chargé de la santé et au ministre chargé de l'enseignement supérieur, à partir des propositions des comités régionaux, le nombre et la répartition des effectifs de professionnels de santé à former, par profession et par spécialité, et par région ou subdivision ; » (Article 1 2°).

Sur la base d'orientations nationales formulées par la ministre de la santé et grâce à ses comités régionaux qui réunissent l'ensemble des acteurs concernés, l'Observatoire recueille les propositions de chaque région ; celles-ci sont étayées sur des indicateurs qui prennent en compte les caractéristiques démographiques des professionnels en activité et les capacités de formation des Unités d'enseignement et de recherche (UFR), et ce, pour une période quinquennale glissante. Le conseil d'orientation de l'ONDPS peut infléchir ces propositions régionales, en particulier pour que leur agrégation soit compatible avec l'encadrement quantitatif préconisé au plan national.

Depuis 2010, l'Observatoire a investi par étape les procédures suivantes :

- propositions du numerus clausus des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes ;
- propositions des postes d'internes pour les étudiants en médecine, pharmacie et odontologie.

Pour en savoir plus sur l'ONDPS, son organisation, ses missions, ses études et ses rapports publics :

<http://social-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/ondps-observatoire-national-de-la-demographie-des-professions-de-sante>

¹ Voir le texte complet du décret n° 2010-804 du 13 juillet 2010 dans les Annexes générales.

Avant-propos

L'idée de cet ouvrage est née à l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), qui depuis 2013 est en charge de proposer aux ministres de la Santé et de l'Enseignement supérieur le nombre d'étudiant(e)s sages-femmes à former. Le premier exercice a porté sur le numerus clausus (NC) de la rentrée universitaire 2014.

Au vu des informations statistiques alors disponibles, il lui est apparu que la situation démographique de cette profession suscite un questionnement quant au niveau du NC qui est stable depuis 2011 (autour de 1 000 places).

En effet, ce gel, loin de stabiliser les effectifs de la profession en augmentation de 70 % depuis 20 ans, produit une croissance importante de 24 % supplémentaire à l'horizon 2030, alors même que semblent stagner les besoins d'offre, exprimés de façon purement quantitative par quelques ratios, calculés traditionnellement en rapportant l'effectif des sages-femmes actives soit au nombre de naissances, soit au nombre de femmes en âge de procréer (de 15 à 49 ans par convention), voire même au nombre de femmes âgées de plus de 15 ans pour prendre en compte l'inclusion de la prévention gynécologique dans le champ de compétences des sages-femmes depuis 2009 (loi HPST).

Cette forte croissance des effectifs, qui n'a pas pour autant réduit les inégalités régionales, a donné lieu à une restructuration de la profession dont **la part libérale installée en ville n'a cessé de croître, pour représenter plus du quart des sages-femmes actives en 2014. Savoir quelle est leur pratique effective aujourd'hui et tenter d'appréhender ce qu'elle pourrait être dans le futur, quand leur nombre aura encore fortement augmenté, tel est le questionnement central qui a guidé notre démarche.**

Cet ouvrage n'a donc pas la prétention de proposer un panorama exhaustif de la profession de sage-femme : la question de l'organisation du travail dans les maternités et de la nécessité ou non d'y renforcer l'effectif des sages-femmes n'a pas été abordée en tant que telle.

Cet ouvrage a été réalisé grâce à des contributions sollicitées par l'ONDPS.

Afin d'éclairer au mieux le questionnement central formulé ci-dessus, l'ONDPS a sollicité différents acteurs qui ont adhéré à ce projet d'ouvrage et ont produit des contributions dans un délai relativement serré¹.

Si les points de vue divergent parfois, ils sont le plus souvent convergents et conduisent tous à mettre en évidence le fait que la profession de sage-femme se trouve à l'aube d'une mutation très importante qu'il convient d'accompagner concrètement et de réguler dès à présent, faute de quoi se développeront les conséquences néfastes d'une offre de soins libérale excédentaire : concurrence, course au volume d'actes, dégradation de la qualité des prises en charge et de la qualité des emplois en temps de travail et en revenu.

Le 31 mai 2016

**Professeur Yvon Berland
Président de l'ONDPS**

**Anny Golfouse
Secrétaire générale de l'ONDPS
jusqu'au 15 février 2016**

¹ Liste des contributeurs en Annexes générales.

Sommaire

Remerciements	3
Présentation de l'ONDPS	4

AVANT-PROPOS	5
---------------------	---

INTRODUCTION GÉNÉRALE	9
------------------------------	---

PARTIE I : UNE DÉMOGRAPHIE DEVENUE PROBLÉMATIQUE

CNOSF	1. Le marché du travail des sages-femmes : transition ou déséquilibre ?	15
	Synthèse de l'étude réalisée par Julie MICHEAU et François ALLIOT de la Société LAZERTYUIOP	
ONDPS	2. Démographie et activité des sages-femmes des évolutions importantes depuis vingt ans, des perspectives très préoccupantes	27
	Anny GOLFOUSE et Bunna PHENG	
	3. Les dispositifs conventionnels de régulation géographique à l'installation	65
CNAMTS	3a. Le dispositif démographique pour les sages-femmes	67
	Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins (DDGOS) – Direction de l'offre de soins (DOS) – Département des professions de santé (DPROF)	
URPS SF IDF ARS IDF Plein Sens	3b. Démographie et activité des sages-femmes libérales en Île-de-France	75

PARTIE II : DES COMPÉTENCES ÉLARGIES, MAIS ENCORE PEU PRATIQUÉES

ONDPS	1. L'évolution de l'environnement réglementaire. Les compétences des sages-femmes : de l'accouchement à la prise en charge de la santé de la femme sans problème de santé particulier	97
	Anny GOLFOUSE	

CNAMTS	2. L'activité libérale des sages-femmes Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins (DDGOS) – Direction de l'offre de soins (DOS) – Département des professions de santé (DPROF)	103
LABERS	3. Le métier de sage-femme libérale Florence DOUGUET et Alain VILBROD	121 121

PARTIE III : VERS DE NOUVEAUX MODES D'ORGANISATION

LABERS	1. En ville : l'exercice du métier de sage-femme en maisons et pôles de santé pluriprofessionnels Florence DOUGUET et Alain VILBROD	151 151
CNAMTS	2. Entre la ville et l'hôpital : le Programme d'accompagnement de retour à domicile (PRADO) Thomas JAN et Gwladys NABI	181 181
CNOSF	3. Les maisons de naissance : offrir une alternative à la prise en charge des grossesses et des accouchements par les sages-femmes Marianne BENOIT TRUONG CANH et Jean-Marc DELAHAYE	191 191

CONCLUSION GÉNÉRALE 205

ANNEXES GÉNÉRALES

1. Liste des contributeurs	209
2. Sigles et acronymes utilisés	213
3. Tables des illustrations	217
4. Décret n° 2010-804 du 13 juillet 2010 modifié relatif aux missions de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé	225
5. Table des matières	231

Introduction générale

La profession de sage-femme est confrontée à une remise en question : sa mutation traduit une volonté d'adaptation à l'évolution du système de santé et un besoin de reconnaissance de la profession.

Le contexte

Dans le cadre des grandes orientations de la Stratégie nationale de santé (SNS), du Pacte territoire santé (PTS), depuis 2012, outre l'intégration du Diplôme d'État de sage-femme à la réforme Licence-Master-Doctorat (LMD), différentes mesures gouvernementales sont venues renforcer la place et le rôle des sages-femmes dans notre système de santé : création du statut de sages-femmes coordonnatrices permettant de valoriser la diversité de leurs responsabilités dans l'organisation et le fonctionnement des hôpitaux (suppression de la hiérarchie directe des directeurs de soins), renforcement de la représentation de ces professionnels (étudiants sages-femmes compris) au sein des commissions médicales d'établissements (CME), statut des étudiants sages-femmes reconsidéré (les étudiants seront des agents publics dès leur 4^e année et rémunérés comme tels au même titre que les étudiants en médecine, pharmacie et odontologie), formation renforcée et création dès 2017 d'un corps enseignants-chercheurs en maïeutique (un parcours professionnel ouvert suite aux travaux de la Grande conférence de santé présentés le 11 février dernier) et revalorisation salariale (rénovation de la grille indiciaire à l'hôpital et possibilité de facturer les actes médicaux comme les médecins, en libéral).

Mesures auxquelles se sont ajoutées d'une part, les expérimentations au sujet des maisons de naissance où les sages-femmes assureront le suivi des grossesses et les accouchements¹ et d'autre part, deux nouvelles dispositions étendant leurs compétences et visant à renforcer leur rôle en matière de prévention et de prise en charge des femmes et des enfants : la prescription des interruptions volontaires de grossesse (IVG) par voie médicamenteuse et la vaccination de l'entourage de la mère et du nouveau-né².

Les conclusions de la Grande Conférence de Santé du 11 février 2016 ont confirmé le statut des sages-femmes enseignantes en reconnaissant la filière maïeutique comme discipline académique et le développement de la recherche en maïeutique.

De plus, le 22 juin 2016, en collaboration avec le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes et les principales organisations syndicales de sages-femmes, lors du lancement de la campagne de communication nationale³ visant à

¹ Décret n° 2015-937 du 30 juillet 2015 relatif aux conditions de l'expérimentation des maisons de naissance (JORF n° 0176 du 1 août 2015 page 13134 texte n° 19).

² Décret n° 2016-743 du 2 juin 2016 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse et en matière de vaccination, disponible sur le site de Legifrance via l'URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/6/2/AFSP1608429D/jo/texte>.

³ Disponibles en ligne : le discours de Madame Marisol Touraine pour la conférence de presse du « Lancement de la campagne de communication sages-femmes » du mercredi 22 juin 2016 : <http://social-sante.gouv.fr/actualites/presse/discours/article/discours-de-marisol-touraine-conference-de-presse-lancement-de-la-campagne-de> et la campagne de communication <http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/sages-femmes/article/relayer-la-campagne>.

mieux faire connaître la richesse et la diversité de cette profession médicale, à présenter la diversité de leurs compétences et à rappeler leur niveau de qualification, la ministre des Affaires sociales et de la santé a ainsi déclaré : « Nous devons faire connaître aux femmes le champ extrêmement large de ces missions, qui font jouer aux sages-femmes un rôle essentiel pour la prise en charge, au quotidien, des femmes en bonne santé ».

Pourquoi ce projet ? La démarche de l'ONDPS

C'est dans ce contexte en mutation et dans le cadre des missions⁴ qui lui sont confiées que l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) a jugé utile de présenter ce nouveau travail exploratoire engagé en 2015 sur les sages-femmes et poursuivant les travaux antérieurs sur cette profession mal connue.

Au service de sa mission première qui est de mettre en perspective l'évolution des effectifs des professionnels de santé avec l'évolution de leur activité et de leur métier, l'Observatoire a bénéficié de l'effort de capitalisation dans la durée des données et études des principales organisations syndicales de sages-femmes, du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes et de l'ensemble de ses partenaires dont la Drees, la CNAMTS et le LABERS.

Il bénéficie aussi de sa structure déconcentrée qui lui permet tout à la fois de synthétiser et de diffuser les travaux d'observation et de prospective réalisés au niveau des comités régionaux et de s'appuyer sur une dynamique interrégionale féconde en pistes de recherche et en travaux d'approfondissement.

Il a également mis à profit la démarche d'échanges avec les professionnels dans le cadre d'un groupe de travail, permettant de confronter les points de vue et les données sur les effectifs et d'affiner la vision de l'évolution du métier et des enjeux de la profession.

En 2005, l'ONDPS avait achevé le cycle d'auditions des professionnels de santé, entamé en 2004, en rencontrant l'ensemble des professions médicales (dont les sages-femmes) et paramédicales.

Et en 2010, 2011 et 2012, après la loi « HPST » (« portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires »), promulguée le 21 juillet 2009 et publiée au *Journal officiel* du 22 juillet, l'Observatoire a constitué un nouveau groupe de travail réunissant les représentantes des sages-femmes en activité et en formation, et des Agences régionales de santé (ARS) afin d'établir un état des lieux harmonisé de la situation des sages-femmes en activité et en formation, et des facteurs susceptibles de déterminer les besoins par région.

Depuis 2013, l'ONDPS a inclus les sages-femmes dans le champ des professions de santé pour lesquelles il adresse aux ministres de l'Enseignement supérieur et de la Santé des propositions du nombre de professionnels à former⁵.

Conformes aux orientations du ministère (Direction générale de l'offre de soins, DGOS), ces propositions ont consisté depuis plusieurs années, à reconduire le

⁴ Décret n° 2010-804 du 13 juillet 2010 modifié relatif aux missions de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, en ligne à l'adresse suivante : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022481406&categorieLien=id.>

⁵ Pour remplir l'une de ses missions définies par le décret susmentionné.

même nombre de places par école ou Unité de formation et de recherche (UFR), ce qui se traduit par une croissance des futurs effectifs en activité compte tenu de la pyramide des âges de la profession.

La problématique

Ce gel des flux entrants semble être en contradiction avec ce qui résulte de deux projections démographiques : d'une part, les projections réalisées par la Drees qui montrent une forte augmentation de l'effectif de sages-femmes, d'autre part, les projections de l'Insee qui montrent en revanche une stabilisation, voire une baisse du nombre de naissances.

Ainsi, toutes choses égales par ailleurs, c'est-à-dire sans transformation structurelle du rôle et du mode d'exercice des sages-femmes, cette situation risque clairement de conduire à un problème d'accès au travail pour les nouvelles diplômées, qui semble déjà se manifester.

À ces phénomènes démographiques s'ajoutent d'autres facteurs qui militent en faveur d'une réflexion approfondie sur le rôle à venir de cette profession, et, conséquemment, sur la formation et la régulation démographique qu'il conviendrait sans doute de repenser :

- dans le champ de la naissance et de la périnatalité, un glissement de la ligne de partage entre l'activité en établissements et en ville selon des organisations variables (exercice solitaire ou regroupé) sous des formes plus ou moins organisées ou contractualisées (PRADO, HAD...);
- l'extension des compétences des sages-femmes hors du champ de la périnatalité, à relier à d'autres phénomènes démographiques tels que la baisse des effectifs de gynécologues médicaux ou la volonté des Pouvoirs Publics d'organiser un premier niveau de recours pluridisciplinaire en ville dans lequel les sages-femmes auraient leur place, etc.

Par ailleurs, les inquiétudes et points de crispation de la profession sont nombreux :

- peur du surnombre et d'une perte de la sécurité de l'emploi avérée (phénomènes de chômage et du développement des contrats à durée déterminée émergent) ou non (les installations en France de sages-femmes diplômées à l'étranger existent mais restent relativement faibles comparées aux médecins ou chirurgiens-dentistes);
- réticence à s'installer en ville et/ou en secteur libéral pour de multiples raisons dont financières;
- sentiment pour certaines d'une perte de valeurs;
- préoccupation d'ordre statutaire due à la médicalisation de l'accouchement (simultanée avec l'hospitalisation : 47 % d'accouchements à domicile en 1952, 2 % aujourd'hui, taux de césarienne très élevé par rapport à d'autres pays...) qui les a peu à peu éloignées de leur métier pour en faire des « auxiliaires » (d'où de fortes revendications quant à leur statut en établissement ou leur volonté de mettre en place les maisons de naissance...).

Les travaux récents ont mis en lumière la nécessité d'une vision décloisonnée des différentes professions compte tenu de leur inter-dépendance, technique

comme économique, mais aussi la volonté de plus en plus claire de travailler ensemble.

Il résulte de ces éléments un peu épars que la problématique est aujourd'hui principalement centrée sur le rôle des sages-femmes dans l'organisation des soins de ville :

- quels sont la nature de leur activité et leur mode d'organisation aujourd'hui ?
- le constat est-il en adéquation avec les orientations politiques qui s'affirment progressivement depuis 2009 ?
- quelles seraient les éventuelles recommandations à formuler au vu des constats, aussi bien en termes d'effectif futur (à réguler dès maintenant), que de modes d'organisation à favoriser, d'activités à développer ou au contraire limiter, de modifications à apporter à la maquette actuelle de formation ?

L'ambition de l'ouvrage collectif initié par l'ONDPS est d'encourager la réflexion sur ces questions manifestement partagées par les acteurs et de faciliter l'émergence de réponses consensuelles.

Plan de l'ouvrage

Le présent ouvrage vise :

- tout d'abord à actualiser les éléments relatifs à la démographie des sages-femmes en activité et dégager les enseignements majeurs de ces premières années de capitalisation sur les modalités de régulation de cette profession médicale (cf. Rapport ONDPS 2013-2014) ;
- il apporte ensuite un éclairage sur les problématiques propres aux spécificités de la profession et aux dispositions réglementaires relatives à l'élargissement des compétences des sages-femmes ;
- il tente enfin de décrire les nouveaux modes d'organisation.



PARTIE I
**UNE DÉMOGRAPHIE
DEVENUE PROBLÉMATIQUE**

1.

Le marché du travail des sages-femmes : transition ou déséquilibre ?

Conseil national de l'Ordre des sages-femmes (CNOSF)

Synthèse de l'étude réalisée par Julie MICHEAU et François ALLIOT
de la Société Lazertyuiop



ORDRE DES SAGES-FEMMES
Conseil National

Cette note de synthèse présente les principaux enseignements issus de l'étude réalisée à la demande du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes (CNOSF) sur le marché du travail des sages-femmes. L'étude a été réalisée entre janvier et mai 2014.

Elle a bénéficié d'une part du concours de la Direction des Statistiques de Pôle emploi qui a bien voulu fournir des données statistiques détaillées sur la demande d'emploi des sages-femmes et d'autre part de la participation de 36 sages-femmes qui ont accepté de raconter leurs parcours professionnels, ainsi que de la contribution de directrices d'école ou de conseillères départementales. Que chacune et chacun soient ici remerciés,

Publié une première fois dans le Bulletin de l'Ordre de juillet 2014, ce texte de synthèse a été revu ici pour tenir compte de nouvelles données statistiques permettant de prolonger l'analyse de certains chiffres jusqu'en 2014.

Introduction

Depuis trois ou quatre ans, l'accès à l'emploi des sages-femmes est devenu difficile. La profession sort d'une période relativement longue où trouver un emploi était immédiat que l'on sorte de l'école ou que l'on souhaite changer de lieu d'exercice. Il semble qu'en quelques années à peine, le paysage se soit totalement transformé et de jeunes sages-femmes qui ont entamé des études longues et exigeantes, avec l'assurance de travailler dès l'obtention de leur diplôme, découvrent un monde professionnel où la sécurité de l'emploi paraît s'être évanouie. La mobilité géographique en cours de carrière est elle aussi devenue problématique. Dans le même temps, l'exercice libéral est devenu plus attractif et s'est développé.

Le Conseil de l'Ordre a souhaité s'arrêter sur cette réalité nouvelle, disposer de données objectives pour comprendre et mesurer les mutations de la profession et du marché du travail des sages-femmes. Une étude a été commanditée à cet effet, elle s'appuie sur des données statistiques mais aussi sur une série d'entretiens avec des sages-femmes jeunes ou moins jeunes confrontées à ce nouveau parcours du combattant de l'accès à l'emploi.

1.

De plus en plus de sages-femmes... libérales

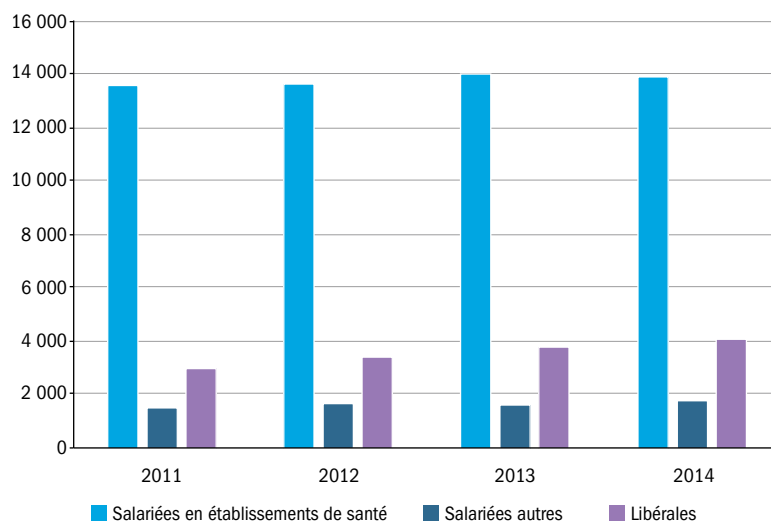
Les effectifs de la profession s'accroissent à un rythme soutenu depuis près de quinze ans car le numerus clausus a augmenté jusqu'en 2005, puis les départs en retraite ont ralenti. Il y a aujourd'hui près de 20 000 sages-femmes en activité et environ 600 de plus les rejoignent chaque année.

Le métier reste principalement exercé en établissement de santé (70,5 %¹) mais l'activité libérale se développe plus rapidement (Figure 1). Au rythme de croissance mesuré entre 2011 et 2014, l'exercice libéral devrait doubler en 6 ans. Il reste rare avant 30 ans, mais c'est sur cette classe d'âge qu'il a augmenté le plus rapidement. Il y a bien un nouvel attrait pour ce statut, dès la sortie d'école ou après une expérience courte du salariat.

Même si ces dernières années, l'exercice salarié continue d'être en légère croissance, c'est donc bien le développement de l'activité libérale qui soutient majoritairement la création d'emploi. Cela ouvre des champs de questionnement : pour l'avenir, jusqu'où peut-on envisager le développement de l'exercice libéral ? Et dès maintenant : qu'en est-il réellement de la qualité des emplois ainsi créés en termes de temps de travail et de revenus ? Ces questions restent à instruire.

FIGURE 1

Effectifs des sages-femmes au 1^{er} janvier par statut d'activité principale



Champ : France Métropolitaine.

Source : Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), traitement Drees.

2.

Un marché du travail salarié des sages-femmes devenu dual

Les dernières données connues dans les établissements de santé datent de 2012 et indiquent que sur près de 16 650 emplois de sages-femmes salariées (14 640 Équivalent Temps Plein), 61 % sont des postes titulaires dans le public, 13 % sont non titulaires du public et 26 % dans le privé.

¹ Estimation au 1^{er} janvier 2014 réalisée par la Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du Ministère chargé de la Santé.

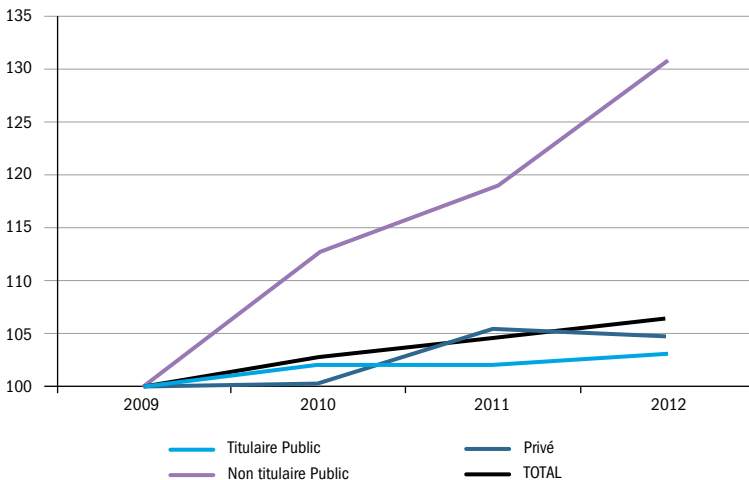
Contrairement peut-être à une idée reçue, l'emploi des sages-femmes en établissement de santé ne recule pas.

En revanche, la nature des emplois créés a radicalement changé. La création d'emploi dans le public ne concerne que de l'emploi non titulaire et tant dans le public que dans le privé, la part de postes en CDD a augmenté. Elle est passée de 11,8 % à 14,2 % entre 2009 et 2012.

Cette érosion de la sécurité de l'emploi salarié de 2.4 points peut paraître limitée mais en réalité, ce sont uniquement les nouvelles entrantes sur le marché du travail qui sont confrontées à cette forme de situation professionnelle précaire et, pour elles, la transformation est massive.

FIGURE 2

Évolution du niveau d'emploi des sages-femmes salariées en établissement de santé par statut entre 2009 et 2012 - indice 100 en 2009



Champ : France entière - tous établissements - état de validation : tous.

Source : SAE - données administratives, ministère chargé de la santé, Drees.

Le marché du travail salarié des sages-femmes devient un marché dual, comme cela s'observe dans la plupart des métiers. Un ensemble de salariées (majoritaire) occupe des positions stables, encore aujourd'hui près de deux sages-femmes sur trois travaillant en établissement de santé sont des titulaires de la fonction publique et au total, 86 % des salariés sont en CDI. Mais simultanément, les nouvelles entrantes ont peu de chance d'accéder à ces postes stables et l'insertion professionnelle se fait plus souvent et, sans doute pour une plus longue période, via des contrats à durée déterminée.

3.

Une insertion professionnelle devenue une épreuve

Cette réalité froide des statistiques est restituée de façon vivante par le récit que font les jeunes sages-femmes sorties de l'école après 2010. Le temps est révolu où l'on « déroulait le tapis rouge » aux candidates. Les premières années d'exercice professionnel ressemblent aujourd'hui à un parcours du combattant. Cette conjoncture basse n'est pas un phénomène inédit. Celles qui sont entrées sur le marché du travail à partir de 1985 ont eu à commencer par un CDD pendant un temps relativement long. Mais ce qui pourrait être nouveau, c'est le caractère très précaire des CDD actuels.

En général, tout commence bien les mois d'été, le diplôme tout juste obtenu, les besoins de remplacement sont tels en juillet et août que chaque diplômée trouve un poste. Mais au terme de ce premier contrat, généralement fin septembre, il s'agit de trouver un nouvel emploi. S'engage alors des parcours professionnels longs et chahutés, multipliant les lieux d'exercice, obligeant parfois à des changements de région, des déménagements.

Les temps d'embauche sont souvent courts, parfois un mois seulement. Il peut même s'agir de contrats de gardes qui ne garantissent pas un temps plein. Le plus frappant dans le récit des jeunes professionnelles, c'est l'absence de visibilité. Bien souvent, les cadres elles-mêmes ne savent pas ce que seront leurs effectifs de remplacement autorisés à très court terme. Il faut donc pour les salariées chercher en permanence un nouvel emploi, faute d'information sur la pérennité de l'actuel. Il n'est pas rare qu'une sage-femme apprenne que son CDD est prolongé en découvrant son nom sur le planning du mois suivant. Cette absence de visibilité vaut plus encore pour un CDI à venir : on constate que dans l'équipe certaines sont là depuis plusieurs années en CDD, jusqu'à quand ?

Certaines ne connaissent aucune interruption de parcours malgré la multiplicité des contrats. Ainsi cette diplômée de 2010, et qui interrogée en mai 2014, explique avoir toujours travaillé mais en ayant été dans quatre établissements différents, à raison de quinze contrats successifs de un mois à un an ainsi que de deux remplacements en libéral. Pour d'autres, ce fractionnement de l'emploi conduit à des passages par Pôle emploi le temps de retrouver un nouveau poste. Et les périodes de chômage ne sont pas toujours indemnisées, parce qu'il faut avoir suffisamment travaillé et pas en libéral pour constituer des droits à l'assurance chômage.

Ce parcours du combattant ne concerne pas bien sûr que les premières années de vie professionnelle : un déménagement, un changement de région et l'on est confronté à ce nouveau mode de gestion de la main-d'œuvre sage-femme des établissements de santé. Les titulaires de la fonction publique ne sont pas à l'abri : leur droit à mutation ne semble pas toujours respecté.

4.

Une précarité qui a des conséquences sur la vie personnelle mais aussi... sur le travail

La vie personnelle est affectée par cette insécurité et surtout par ce défaut de visibilité sur l'avenir. S'il faut déménager pour prendre un emploi, est-ce compatible avec l'activité du conjoint ? Comment obtenir un logement sans garantie de revenus ? Plus encore, comment emprunter si l'on a un projet immobilier, ou même besoin d'acheter une nouvelle voiture pour... aller travailler.

Paradoxe (ou scandale), la grossesse devient incompatible avec l'emploi. En tous cas, elle est à coup sûr synonyme de non renouvellement de CDD. Être enceinte, c'est souvent s'inscrire à Pôle emploi avant le congé maternité. Certaines reculent leur projet d'enfant, d'autres choisissent de ne pas faire dépendre leur vie de famille d'un marché du travail qui leur échappe. Comme l'indique une jeune femme qui a ainsi connu le chômage en raison de sa grossesse « *Ne pas garantir les droits de la femme enceinte dans une maternité c'est choquant.* »

Si comme on le voit, la vie personnelle est profondément altérée par cette insécurité, il faut aussi comprendre que le travail l'est tout autant. Car on ne travaille pas en CDD avec l'épée de Damoclès du renouvellement au-dessus de soi comme on travaille en CDI.

La sage-femme en CDD n'a pas toute la reconnaissance attendue. Souvent, son salaire est plus bas, son ancienneté pas comptabilisée. Ensuite, l'arbitraire règne dans les gestions d'équipe : les motivations avancées pour ne pas renouveler un contrat sont incompréhensibles et souvent irrecevables. Rien de plus normal puisqu'en réalité le travail n'est pas en cause, il faut diminuer le nombre de postes, qu'importe la qualité du travail réalisé.

Souvent les sages-femmes en CDD interrogées racontent qu'elles ont des plannings plus pénibles, qu'elles jonglent sur des services et surtout, qu'elles sont dans l'impossibilité de ne pas répondre favorablement à la sollicitation de dernière minute d'une cadre. Parfois, leurs congés sont imposés. Rares sont les possibilités d'accès à des formations longues et choisies.

Sur tous ces aspects de gestion d'équipe, les cadres sont plus ou moins décriées. Il est clair pour tout le monde qu'elles subissent elles aussi le poids de cette gestion des postes imposée par les directions d'établissement. Néanmoins, certaines tentent de limiter au maximum la violence de cette gestion, là où d'autres s'en servent comme d'un moyen de pression.

Enfin, et surtout, comment être pleinement sage-femme, exercer en toute autonomie dans un tel contexte ? Les jeunes sont claires : leur position éjectable les oblige à la docilité, elles s'autocensurent quand elles désapprouvent des prises en charge de patientes. Ou quand elles ne le font pas, elles sont remerciées.

Chez les jeunes, la motivation est grande pour exercer un métier souvent vocationnel. Mais l'insécurité du parcours d'insertion et ce que cela induit dans l'expérience professionnelle peuvent entamer cette motivation. « *Je ne veux pas changer de métier, j'aime trop ce que je fais, je ne suis pas suffisamment découragée* » dit une jeune. Mais il faut quand même entendre que le découragement n'est pas loin.

Pour les plus âgées, en cours de carrière, on comprend que la mobilité géographique représente désormais une prise de risque considérable. Les sages-femmes qui doivent régulièrement changer de région en raison de la profession de leur conjoint sont les premières à s'interroger sur la nécessité d'un changement de métier.

5.

Y a-t-il trop de sages-femmes ?

Au risque de décevoir, il faut bien reconnaître que l'étude ne permet pas d'apporter une réponse évidente à cette question. Le problème est d'une complexité extrême, plurifactoriel et les indices d'une réponse se trouvent aussi bien dans les résultats de cette étude que dans les politiques de santé à court, moyen et long terme.

Pour commencer, qu'en est-il du chômage des sages-femmes ? L'étude apporte des données nouvelles pour comprendre la situation.

La statistique du nombre de sages-femmes inscrites à Pôle emploi n'est pas une statistique du chômage au sens du Bureau international du travail (BIT), mais c'est un très bon baromètre pour surveiller des évolutions et apprécier un ordre de grandeur. Or ce que révèlent les statistiques de Pôle emploi c'est bien que la demande d'emploi des sages-femmes ne cesse de s'accroître depuis quatre ans, sans toutefois que le taux estimé de demandes d'emploi n'excède 3 % de la totalité de la population active des sages-femmes. Rien à voir avec les plus de 10 % de taux de chômage observés en moyenne pour toutes les professions en France.

Que disent en effet les statistiques de sages-femmes inscrites à Pôle emploi ces quatre dernières années ? Être enregistrée comme demandeur d'emploi à Pôle emploi un mois donné ne signifie pas nécessairement que l'on soit sans emploi : c'est la catégorie de demandeur d'emploi qui indique si la personne a travaillé ou non dans le mois écoulé. Ainsi, les demandeurs de catégorie A sont effectivement en chômage complet et n'ont pas du tout travaillé dans le mois. Ceux de catégorie B ont travaillé mais moins de 78 heures, soit moins d'un mi-temps environ, ceux de catégorie C ont travaillé 78 heures au moins et parfois jusqu'à un temps plein. Enfin les catégories D et E, peu nombreuses, désignent des personnes indisponibles pour reprendre immédiatement un emploi : en formation, en arrêt maladie, en congé maternité...

Pour apprécier le niveau du « chômage » des sages-femmes et principalement son évolution, il faut d'abord analyser la courbe des effectifs inscrits en catégorie A mais aussi celle du total des catégories qui donne une mesure approximative du chômage et du sous-emploi (Figure 3).

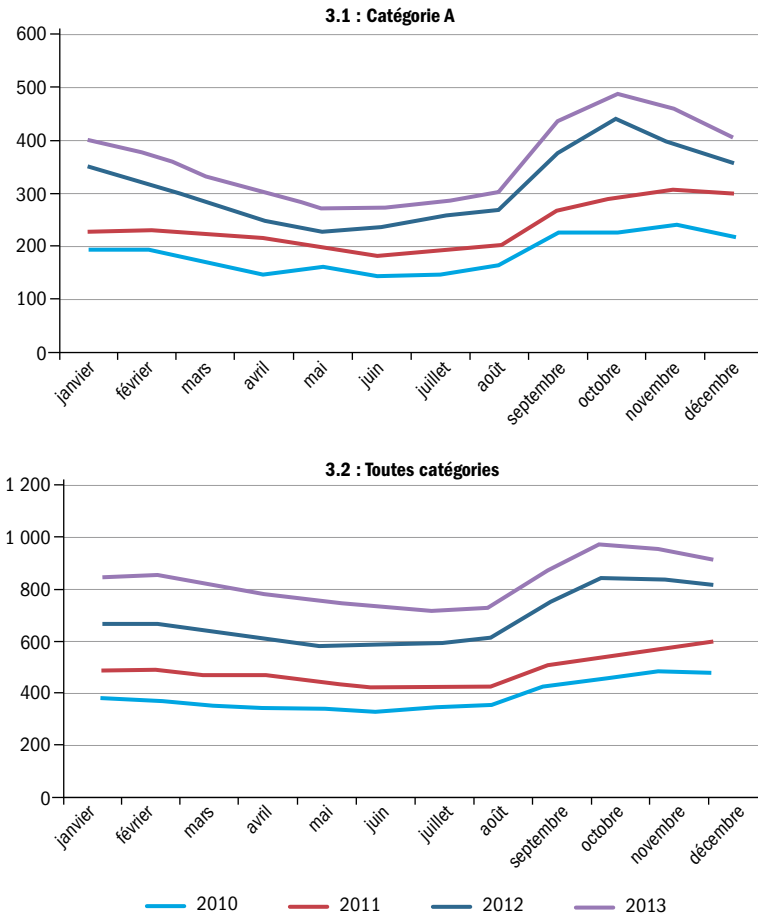
On voit que l'évolution de la demande d'emploi de catégorie A (sans travail) évolue mois par mois avec une forte saisonnalité : le nombre de sages-femmes en recherche d'emploi et sans emploi est au plus bas entre mai et août et au plus haut en octobre et surtout, chaque année, les effectifs sont plus nombreux que l'année d'avant. Les variations saisonnières de plus en plus marquées

montrent que la gestion des postes dans les établissements est de plus en plus une gestion de court-terme.

Ainsi, la gestion des établissements qui n'embauchent plus qu'en CDD, conduit à des alternances d'emploi et de chômage répétées. Les périodes de chômage étant rarement longues. Cela conduit aussi à des périodes de sous-activité où l'on travaille à temps partiel ou seulement une partie du mois. Le niveau de la demande d'emploi varie du simple au double entre le mois d'août et le mois d'octobre.

FIGURE 3

Demande d'emploi en fin de mois des sages-femmes



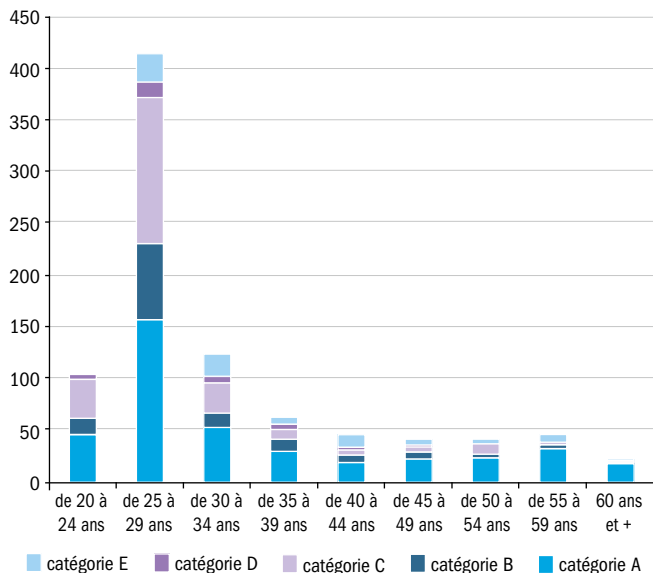
Source : Pôle emploi, statistique des Demandeurs d'emploi en fin de mois (DEFM), données France entière.

En octobre 2013, à son maximum sur la période étudiée (2010-2013), le nombre des sages-femmes inscrites à Pôle emploi en catégorie A (c'est-à-dire n'ayant pas travaillé du tout dans le mois) était de près de 500 et le total des sages-femmes inscrites à Pôle emploi ce même mois était de près de 1 000, incluant des sages-femmes travaillant partiellement, voire à temps plein. Ceci sur une population active totale de près de 20 000.

Bien sûr, compte tenu de la dualité du marché du travail, cette expérience du chômage ou du sous-emploi ne concerne pas toutes les sages-femmes et ce sont effectivement les jeunes qui subissent le plus ce chômage de transition (Figure 4). En comparant le nombre de sages-femmes de moins de 30 ans inscrites à Pôle emploi et le nombre de sages-femmes actives de cette classe d'âge, on peut estimer le « taux de chômage » des jeunes sages-femmes aux alentours de 5 %.

FIGURE 4

Âge des sages-femmes inscrites à Pôle emploi en décembre 2013, par catégorie



Source : Pôle emploi, DEFM, décembre 2013.

6.

Et demain ?

Les situations de chômage sont bien réelles, mais en nombre elles restent très contenues par rapport à la population générale. Pour l'instant, il s'agit d'un chômage d'insertion. Il est rarement de longue durée, mais plutôt intermittent inscrit dans une alternance de CDD ou de remplacements.

Que peut-il se passer demain ? Sommes-nous dans une phase de transition ou allons-nous vers un déséquilibre croissant entre le nombre des emplois disponibles et le nombre de sages-femmes actives ?

Cela dépend de trois facteurs.

Des établissements de santé tout d'abord. Vont-ils accroître encore le recours aux contrats courts, sans considération pour les enjeux de qualité des soins, pour les sages-femmes comme d'ailleurs pour d'autres professions à l'hôpital ?

Les plus jeunes vont-elles finalement accéder à un CDI ? Le recul n'est pas encore suffisant pour pouvoir conclure objectivement.

Les deux autres facteurs concernent l'activité libérale. Première inconnue : est-ce que les politiques de santé vont aller dans le sens du premier recours avec des suites de couches à domicile plus précoces et plus systématiques (PRADO), le développement de l'activité gynécologique des sages-femmes, bref, une place pleine et entière de la sage-femme libérale dans le système de santé ? La volonté politique d'avancer sur les pratiques ambulatoires semble bien présente. L'hôpital se recentre sur son plateau technique, laissant de plus en plus de place aux soins libéraux.

Enfin, il est nécessaire de réfléchir très précisément à ce que doit être la bonne densité de sages-femmes libérales sur un territoire avant de contingenter les installations ou au contraire de les encourager. L'Assurance Maladie, les syndicats professionnels et l'Ordre doivent travailler activement sur le sujet.

Cela fait beaucoup de paramètres et, en l'état des réflexions, beaucoup de paramètres imprécis. Cela veut dire qu'il est indispensable de chercher à mieux décrire des scénarii pour le moyen et le long terme.

Mais au-delà des questions démographiques et sans attendre, il ne faut pas laisser les conditions d'emploi se détériorer et laisser le travail des sages-femmes se dégrader. Il faut donc trouver les moyens, collectifs d'agir pour mieux garantir les droits dans l'emploi, la reconnaissance du travail et l'autonomie de pensée et d'exercice des jeunes professionnels.

2.

Démographie et activité des sages-femmes

**Des évolutions importantes depuis vingt ans,
des perspectives très préoccupantes**

Anny GOLFOUSE et Bunna PHENG

Observatoire national de la démographie des professions de santé



Observatoire National de la Démographie
des Professions de Santé

ONDPS



Introduction

Depuis vingt ans, un écart important s'est creusé entre l'effectif de sages-femmes actives en très forte croissance, et le nombre de naissances en quasi-stagnation. Cet écart va s'amplifier dans les années à venir, de manière certaine jusqu'en 2020, et bien au-delà, si le gel du numerus clausus autour de 1 000 places par an se poursuit.

La perspective d'un gonflement des effectifs de sages-femmes sur le long terme, sans croissance proportionnelle et concomitante des naissances, a été formulée clairement depuis plus de dix ans.

Néanmoins, en dépit des projections et d'un relèvement très important du numerus clausus au cours de la période 2000-2005 qui a produit ses pleins effets de 2004 à 2009, les échanges qui ont présidé à la réalisation par l'ONDPS d'un rapport en 2006¹ et d'une audition des sages-femmes en 2010² évoquaient encore un contexte de pénurie et la nécessité de poursuivre l'augmentation des quotas.

Malgré la part grandissante de sages-femmes libérales installées en ambulatoire, la préoccupation centrale était, et semble demeurer, celle de l'organisation du travail en maternités et d'un probable manque d'effectif, dû aux tensions consécutives à la mise en œuvre des 35 heures et aux mesures relatives à la périnatalité (décrets de 1998, plan Périnatalité de 2004).

Dans son rapport de 2011, la Cour des comptes³ indiquait à ce propos que le relèvement du numerus clausus n'avait pas été fondé sur des travaux mesurant les perspectives de besoins : « *La volonté exprimée par les pouvoirs publics de renforcer la sécurité dans le domaine périnatal explique, au-delà de l'incidence des normes, de l'impact de la réduction du temps de travail et du développement du temps partiel (un tiers des sages-femmes hospitalières) cette progression différenciée d'ailleurs selon les statuts.* »

Ainsi, la crainte d'un effectif surabondant et d'un possible chômage des sages-femmes ne s'est manifestée qu'avec retard par rapport aux analyses statistiques disponibles, comme en témoigne l'étude publiée par le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes (CNOSF) en octobre 2014 (« Le marché du travail des sages-femmes : transition ou déséquilibre ? »), **dont la synthèse a été présentée précédemment, en début de première partie de l'ouvrage**⁴. Encore convient-il de préciser que l'analyse porte principalement sur la précarisation de l'emploi salarié en maternité pour les nouvelles entrantes et, constatant que c'est « le secteur libéral qui soutient majoritairement la création d'emploi », conclut par deux « questions à instruire » :

→ pour l'avenir, jusqu'où peut-on envisager le développement de l'exercice libéral ?

¹ « La profession de sage-femme », rapport ONDPS 2006-2007, Tome 3, Analyse des professions : les métiers de la périnatalité, fondé notamment sur l'enquête sages-femmes de l'Irdes, 2004.

² « Compte-rendu de l'audition des sages-femmes » du 7 avril 2010.

³ « Le rôle des sages-femmes dans le système de soins », Cour des comptes, septembre 2011, chapitre VI du rapport sur la LFSS, pp. 173-198.

⁴ « Le marché du travail des sages-femmes : transition ou déséquilibre ? Ordre des sages-femmes, conseil national, 2014.

→ qu'en est-il, dès maintenant, de la qualité des emplois ainsi créés en termes de temps de travail et de revenus ?

Les projections actualisées de l'effectif de sages-femmes actives, publiées par la Drees en mars 2012⁵, apportent pourtant un début de réponse.

Si la croissance de l'effectif déjà engrangée a conduit dès aujourd'hui à précariser l'emploi salarié en maternité, ce qui engendre des installations libérales en ville de plus en plus nombreuses et surtout précoces, ces projections démographiques développées jusqu'en 2030 montrent une forte aggravation de la situation : l'écart entre l'effectif de sages-femmes et le nombre de naissances ou le nombre de femmes âgées de plus de quinze ans constaté depuis vingt ans s'amplifie de façon très significative dans les quinze prochaines années.

La principale cause de cette forte croissance, passée et projetée, réside davantage dans le nombre de places ouvertes en écoles par le biais du numerus clausus que par l'ampleur du second facteur évoqué depuis quelques années, à savoir l'installation de sages-femmes à diplôme étranger qui demeure pour l'instant limité.

Ainsi, sans même tenir compte de ce surplus d'effectif généré par l'installation des diplômés à l'étranger, le gel durable du numerus clausus au niveau actuel d'environ 1 000 places par an rendra à lui seul la situation de l'emploi de cette profession très difficile. Ni l'élargissement récent des compétences pour l'instant peu exercées, ni les nouveaux modes d'organisation pour l'instant peu mis en œuvre ne semblent en effet susceptibles de pouvoir absorber à terme le surplus d'effectif projeté face à une natalité stagnante.

Cette croissance de l'effectif de sages-femmes n'a pas pour autant réduit les importantes disparités géographiques, ce qui conduit aussi à s'interroger doublement sur l'usage qui a été fait du dispositif de régulation tant quantitatif que géographique qu'est le numerus clausus.

Cette partie statistique a donc pour objet de dresser un constat quantitatif des profondes modifications subies par cette profession depuis une vingtaine d'années et surtout de dessiner quelques perspectives également quantitatives qui devraient pouvoir éclairer utilement les discussions et les décisions sur son devenir.

⁵ Source : CAVILLON M. (2012), « La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs », *Études et Résultats*, n° 791, Drees, mars.

1.

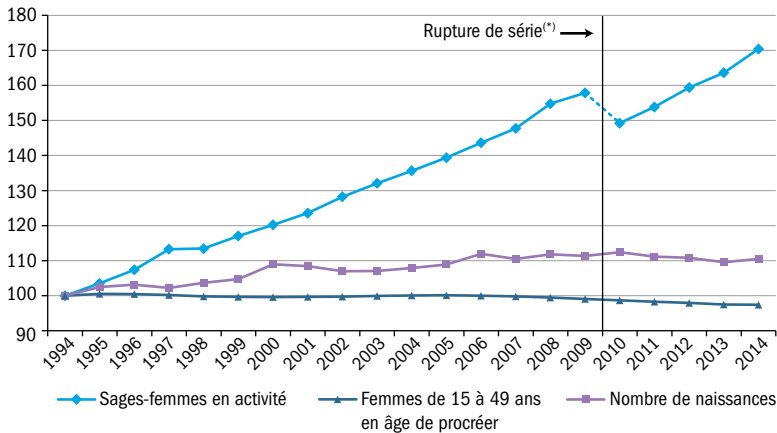
L'écart croissant entre la très forte augmentation du nombre de sages-femmes et la quasi-stagnation des naissances, constaté depuis vingt ans, va s'amplifier dans les quinze ans qui viennent

1.1. Cet écart s'est creusé

En vingt ans⁶, l'effectif de sages-femmes en activité⁷ a augmenté de + 70 % dont + 26 % dans les dix dernières années (et de + 85 % dont + 36 % les 10 dernières années en corrigeant l'effet « rupture de série »), alors que le nombre de naissances n'a évolué que de + 11 % au cours de la même période, l'effectif des femmes en âge de procréer (par convention de 15 à 49 ans) ayant même baissé de 3 %.

FIGURE 1

Effectifs de sages-femmes en activité, de femmes en âge de procréer (15-49 ans) et nombre de naissances depuis 20 ans (indice base 100 en 1994)



(*) Rupture de série en 2010 : avant source Adeli, à partir de 2010 source RPPS – données par année civile.

Sources : ONDPS ; Répertoire Adeli (1994-2010) ; RPPS, traitement Drees (2011-2014) ; Insee.

⁶ Dans la mesure du possible, ont été prises en référence les données constatées de 1994 (Répertoire Adeli au 1^{er} janvier 1995) à 2014 (RPPS au 1^{er} janvier 2015).

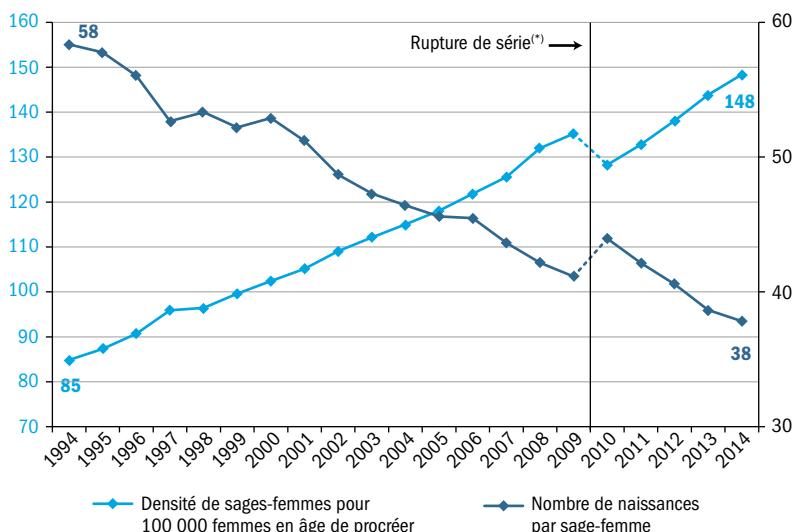
⁷ Selon des concepts définis à partir du RPPS, un professionnel est dit actif au 1^{er} janvier s'il satisfait les conditions suivantes au 1^{er} janvier :

- Avoir au moins une activité en cours en France ;
- Ne pas exercer cette activité au sein d'une structure ayant cessé d'exister ;
- Avoir une inscription valide à l'Ordre des médecins ;
- Être enregistré dans le répertoire comme étant en exercice ;
- Ne pas être décédé.

Un professionnel qui ne remplit pas au moins l'une de ces conditions est dit inactif. Ce concept d'activité diffère de celui habituellement utilisé pour qualifier la population active (au sens du BIT). Il est plus restrictif puisqu'il exclut les sages-femmes qui seraient entre deux emplois de manière temporaire, et celles qui seraient en recherche d'un emploi à la date du 1^{er} janvier pour diverses raisons.

FIGURE 2

Densité de sages-femmes et nombre de naissances par sage-femme



(*) Rupture de série en 2010 : avant source Adeli, à partir de 2010 source RPPS - données par année civile.

Sources : ONDPS ; Répertoire Adeli (1994-2010) ; RPPS, traitement Drees (2011-2014) ; Insee.

Cet écart croissant au fil du temps entre effectif de sages-femmes en activité et naissances (ou femmes en âge de procréer) s'est traduit par **une diminution de 35 % du nombre de naissances par sage-femme** (de 58 à 38 naissances) et par **une croissance de + 75 % de la densité** de sages-femmes rapportées aux femmes en âge de procréer (de 85 en 1994 à 148 en 2014), ce qui correspond en annulant l'effet « rupture de série », à une diminution de 41 % du nombre de naissances par sage-femme et une augmentation de + 92 % de la densité de sages-femmes.

1.2. À numerus clausus constant, cet écart entre effectif de sages-femmes et naissances ne fera que s'amplifier dans les quinze ans à venir

L'évolution divergente entre effectif de sages-femmes et naissances devrait s'amplifier dans les quinze ans à venir : en 2030, l'effectif de sages-femmes tel que projeté par la Drees⁸ aura augmenté de près de 25 % par rapport à 2014 et le nombre de naissances sera en très légère diminution selon les projections de l'Insee⁹.

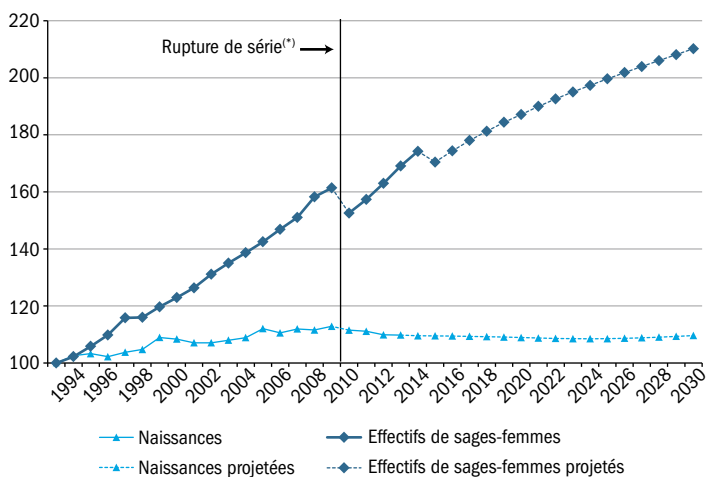
Ainsi, sur l'ensemble de la période de trente-huit ans qui va de 1993 à 2030 et dans l'hypothèse d'un maintien du numerus clausus, l'effectif de sages-femmes serait multiplié par 2,10 et celui des naissances par 1,10.

⁸ Source : CAVILLON M. (2012), « La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs », *Études et Résultats*, n° 791, Drees, mars.

⁹ 779 276 naissances constatées en 2014 en France métropolitaine contre 778 049 projetées en 2030.

FIGURE 3

Historique et projection des naissances et des sages-femmes en activité – Indice base 100 en 1993



(*) Rupture de série en 2010 : avant source Adeli, à partir de 2010 source RPPS – données par année civile.

Sources : ONDPS, données issues des projections de la Drees ; Insee.

1.3. Le niveau des places autorisées au numerus clausus constitue le facteur principal de cette croissance

La croissance continue de l'effectif des sages-femmes résulte de flux entrants très supérieurs aux flux sortants. Le niveau du numerus clausus constitue pour l'instant le principal facteur explicatif.

1.3.1. Des facteurs d'évolution marginaux

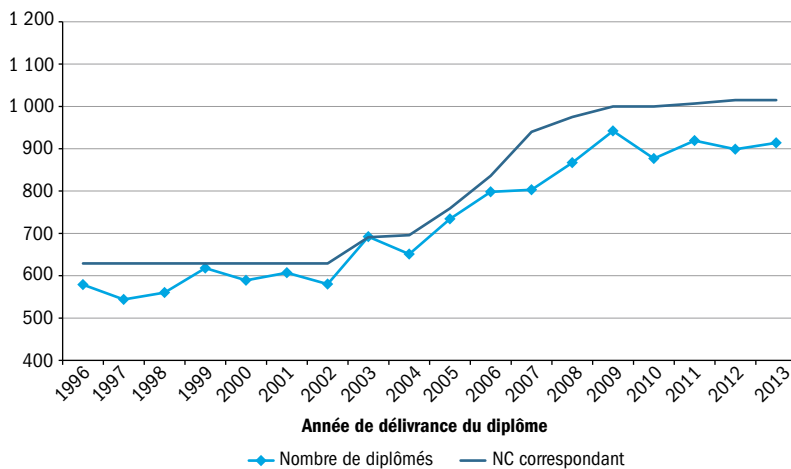
En effet, d'une part le taux de non-diplômés sur les élèves entrant dans les écoles est limité même si l'on note une tendance à l'augmentation depuis quelques années : de 6 % au cours des dix premières années, il est en moyenne de 10 % au cours de la seconde moitié de la période, ce qui a plutôt pour effet de freiner la croissance des primo-inscrits à l'Ordre et les effectifs actifs.

D'autre part, les inscriptions à l'Ordre de diplômés à l'étranger, souvent évoquées comme nouveau facteur explicatif de l'augmentation de l'effectif, représentent une part stable, inférieure à 6 %, rapportées aux sages-femmes actives.

Toutefois, ces ratios constitués à partir de la base RPPS (traitement Drees) excluent les sages-femmes retraitées ou inactives (c'est-à-dire sans emploi) inscrites à l'Ordre. Les données communiquées par l'Ordre sur un champ plus large montre une part plus importante de diplômées à l'étranger, en particulier chez les primo-inscrites (voir Tableau 1 ci-après).

FIGURE 4

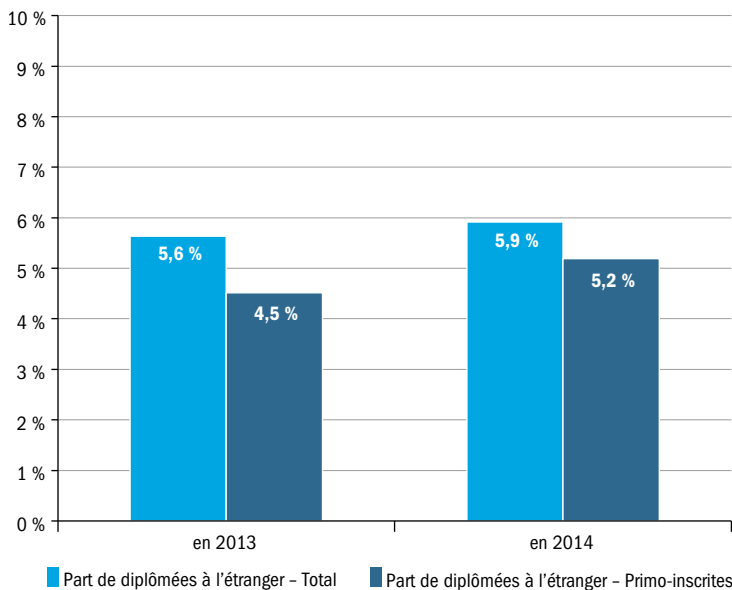
Évolution du nombre annuel de diplômés et du numerus clausus correspondant depuis l'année universitaire 1995-1996



Source : Enquête annuelle sur la formation aux professions de santé dite « Enquête Écoles », Drees.

FIGURE 5

Part de sages-femmes diplômées à l'étranger dans l'effectif total et dans celui des primo-inscrites



Sources : ONDPS ; RPPS, traitement Drees.

TABEAU 1

Comparaison des effectifs entre le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes (CNO SF) et le Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS)

En 2014	Champ CNO SF	Champ RPPS-Drees
	Actifs + inactifs + retraités	Actifs seulement
Part de diplômés à l'étranger dans l'effectif total	7,4 %	5,9 %
Part de diplômés à l'étranger dans les primo-inscriptions	12,0 %	5,2 %

Sources : ONDPS ; données du CNO SF 2014 ; RPPS, traitement Drees, 2014.

Sans préjuger des résultats d'une analyse plus approfondie, les chiffres de l'Ordre tendent à montrer que 12 % des primo-inscrites ont un diplôme étranger : principalement de nationalité française, elles seraient sans emploi.

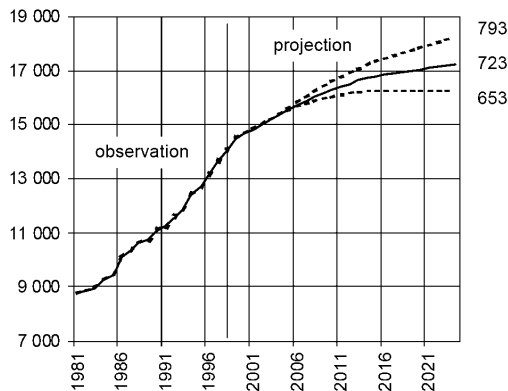
1.3.2. L'impact du numerus clausus sur l'effectif projeté

Il est intéressant de revoir les projections successives de l'effectif de sages-femmes actives en fonction des niveaux de numerus clausus retenus dans les hypothèses : base 1997, 2004, 2011.

En 1999 tout d'abord, c'est-à-dire avant la forte hausse des quotas qui s'est produite de 2000 à 2005, la Drees indiquait dans son scénario central (**gel à 723 places** tout au long de la période de projection) que : « La croissance des effectifs devrait se poursuivre **jusqu'en 2020 et aboutir à une stabilisation autour de 17 000** ».

FIGURE 6

Projections Drees publiées en 1999*



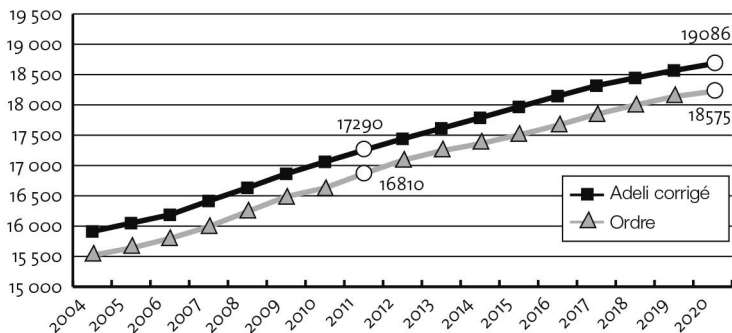
Lecture : une marge de + ou - 70 dans le quota entraîne une marge de + ou - 1 000 dans les effectifs des années 2020.

*Source : page 4, VILAIN A. (1999), « Les sages-femmes : une profession en expansion », *Études et Résultats*, n° 17, Drees, mai.

En 2004, l'Irdes a actualisé ces projections avec un numerus clausus **qui n'était plus de 723 mais de 975**, ce qui conduisait à un **effectif projeté de 19 086 en 2020, sur la base des effectifs Adeli et à 18 575 sur la base des effectifs de l'Ordre**.

FIGURE 7
Projections revues par l'Irdes

Évolution des effectifs de sages-femmes à l'horizon 2020 (France entière)

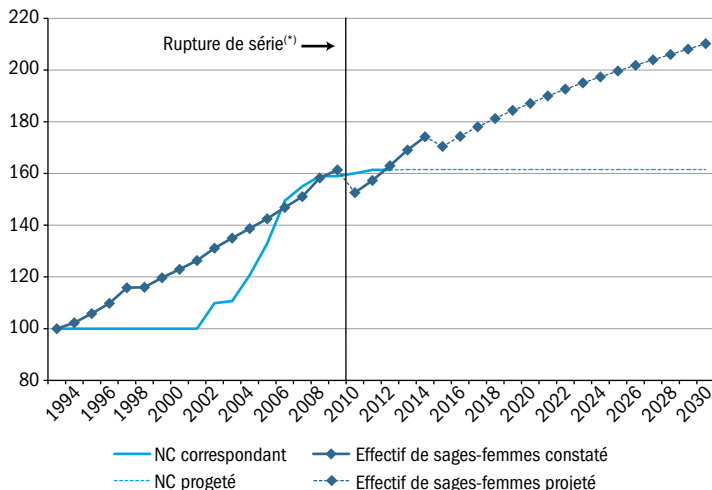


Source : ONDPS Rapport 2004, Tome 3 Analyse des professions : sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie médicale, page 18 chapitre La profession de sage-femme.

Enfin, les nouvelles projections de la Drees publiées en 2012¹⁰ retiennent **un numerus clausus au niveau de 2010, c'est-à-dire à 1 016 places.**

Le graphe ci-dessous recolle le constat 1993-2014 et la projection jusqu'en 2030, en termes d'effectifs et de numerus clausus correspondant (année 1993 : base 100).

FIGURE 8
Évolution comparée de l'effectif en activité (constaté jusqu'en 2014 puis projection Drees jusqu'en 2030) et du numerus clausus correspondant (4 ans auparavant)



(*) Rupture de série en 2010 : avant source Adeli, à partir de 2010 source RPPS - données par année civile.

Sources : ONDPS ; Projections Drees [cf. note de bas de page n° 9].

¹⁰ Source : CAVILLON M. (2012), « La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs », *Études et Résultats*, n° 791, Drees, mars.

Hypothèses retenues pour les projections

Les sages-femmes diplômées à l'étranger ne sont pas prises en compte.

Le taux de non-diplômées est fixé au niveau moyen observé sur la période 2006-2010.

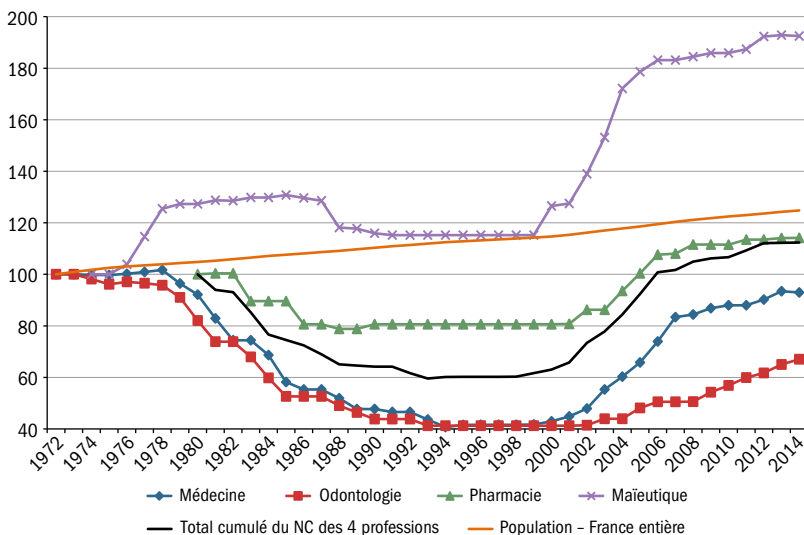
Hypothèses relatives à l'entrée dans la vie active :

- Taux de fuite fixée à 2 % sur l'ensemble de la période projetée, soit la part de diplômées qui n'exerceront jamais (exercice à l'étranger et les diplômées qui n'exerceront pas en tant que sage-femme)
- Délai d'installation : 70 % exercent l'année même de l'obtention de leur diplôme, 20 % l'année suivante et 10 % deux ans après.

Ainsi, même avec un *numerus clausus* stabilisé depuis 2005, l'effectif continuera de croître de manière mécanique jusqu'en 2020, le dernier *numerus clausus* fixé pour 2016 portant ses effets quatre ans plus tard. Encore convient-il de préciser que l'effectif constaté au 1^{er} janvier 2015 est quelque peu supérieur à celui projeté par la Drees (+ 600 sages-femmes). Si cette tendance se poursuivait, l'effectif en 2020 atteindrait le niveau projeté de 2027.

Pour prendre la mesure des choses, il est également utile de comparer la situation démographique des sages-femmes avec celle d'autres professions. La poursuite du gel du *numerus clausus* autour de 1 000 places dans les cinq ans qui viennent (2016 à 2020) conduit à un taux de remplacement des flux sortants par les flux entrants de primo-installations de 2,5 fois au cours de la période 2020 à 2024. Tel n'est pas le cas d'autres professions pour lesquelles, si l'on tient le même type de raisonnement, le rapport flux entrants/sortants est de l'ordre de 1,2 pour les pharmaciens et de 0,8 pour les chirurgiens-dentistes (hors installation des diplômés étrangers).

FIGURE 9
Évolution du *numerus clausus* des quatre professions de santé – indice base 100 en 1972



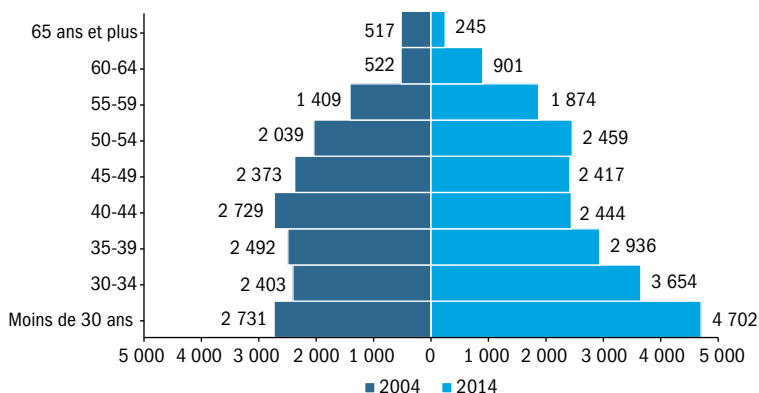
Source : ONDPS.

En effet, si le numerus clausus des sages-femmes a subi les mêmes inflexions – à la baisse puis à la hausse – que les autres professions, le profil de ces inflexions diffère. Le niveau du numerus clausus n'est jamais descendu sous sa valeur initiale et s'est plus fortement accru en fin de période.

La comparaison des pyramides des âges des sages-femmes en activité en 2004 et 2014 permet de visualiser la déformation importante qui s'est opérée à dix ans d'intervalle.

FIGURE 10

Pyramides des âges des sages-femmes en 2004 (N = 17 216) et en 2014 (N = 21 632)



Sources : ONDPS ; Répertoire Adeli en 2004 ; RPPS, traitement Drees en 2014.

Entre 2004 à 2014, les sages-femmes ont connu, en effet, un rajeunissement démographique : les moins de 40 ans représentent 52 % des effectifs en 2014 contre 44 % dix ans auparavant lorsque la part des sages-femmes âgées de 55 ans et plus est resté stable (de 14,2 % en 2004 à 14,0 % en 2014).

2.

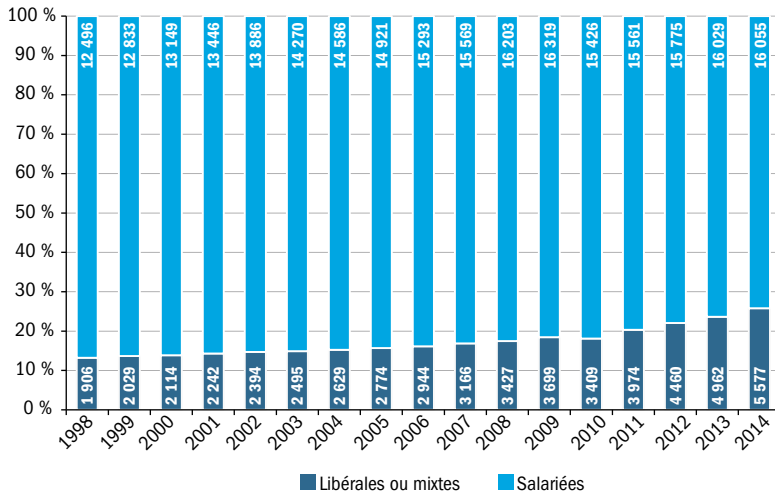
Parallèlement, la répartition entre secteurs d'activité et modes d'exercice s'est modifiée

2.1. La part de sages-femmes à exercice libéral et mixte a connu et va connaître une augmentation très forte

2.1.1. Elle a doublé entre 1998¹¹ et 2014, passant de 13 % à 26 % France entière

FIGURE 11

Répartition des effectifs par mode d'exercice des sages-femmes en activité par année civile (de 1998 à 2014)



Sources : ONDPS ; Répertoire Adeli (1998-2010) ; RPPS, traitement Drees (2011-2014).

Cette part de sages-femmes en exercice libéral et mixte apparaît en outre très variable d'une région à l'autre, de 15 % à 36 %.

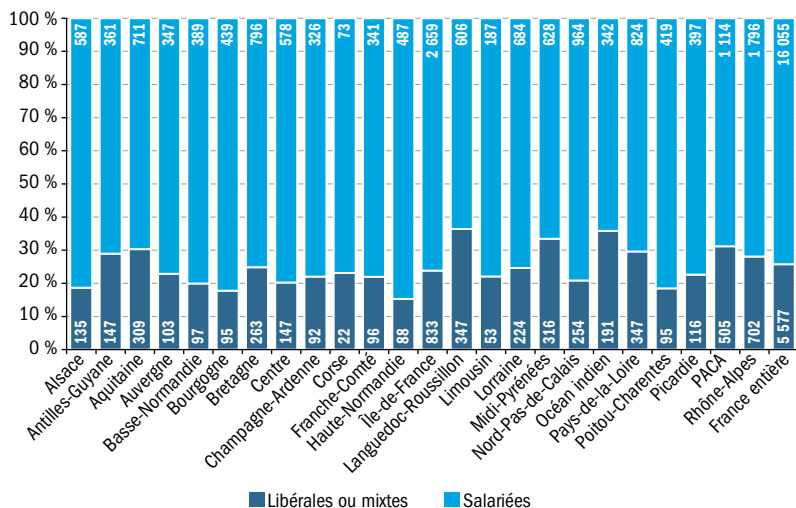
La densité de sages-femmes (calculée sur la population des femmes en âge de procréer) ne semble pas néanmoins constituer le facteur explicatif de cette dispersion : les régions qui montrent la densité la plus forte n'ont pas forcément une part plus importante de sages-femmes libérales ou mixtes (ou inversement) comme on peut le constater en comparant les parts de sages-femmes libérales ou mixtes avec les densités régionales en 2014 présentées ci-dessous.

¹¹ La variable mode d'exercice pour les sages-femmes n'est pas disponible avant 1998 dans le répertoire Adeli.

Ce constat est confirmé par le coefficient de corrélation calculé entre les deux variables qui ne s'élève qu'à 0,335¹².

FIGURE 12

Répartition des effectifs par mode d'exercice des sages-femmes en activité en 2014 par région*

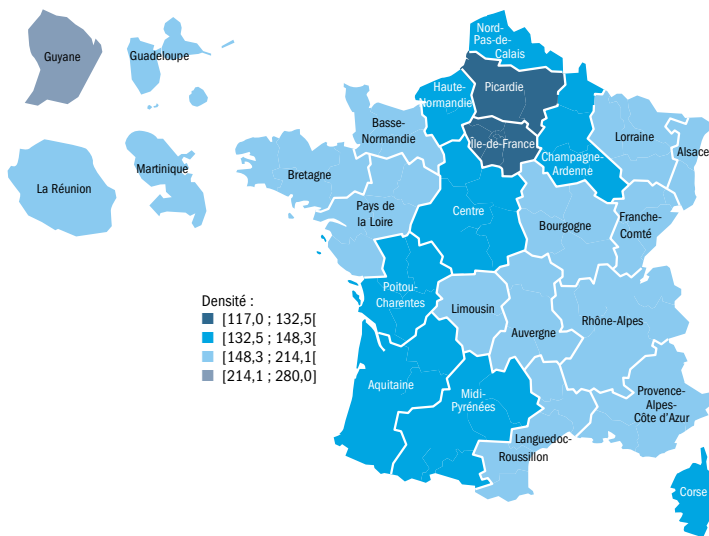


* Anciennes régions.

Sources : ONDPS ; RPPS, traitement Drees en 2014.

CARTE 1

Densité de sages-femmes au 1^{er} janvier 2015 pour 100 000 femmes en âge de procréer*



* Anciennes régions.

Sources : ONDPS ; RPPS, traitement Drees ; Insee.

Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

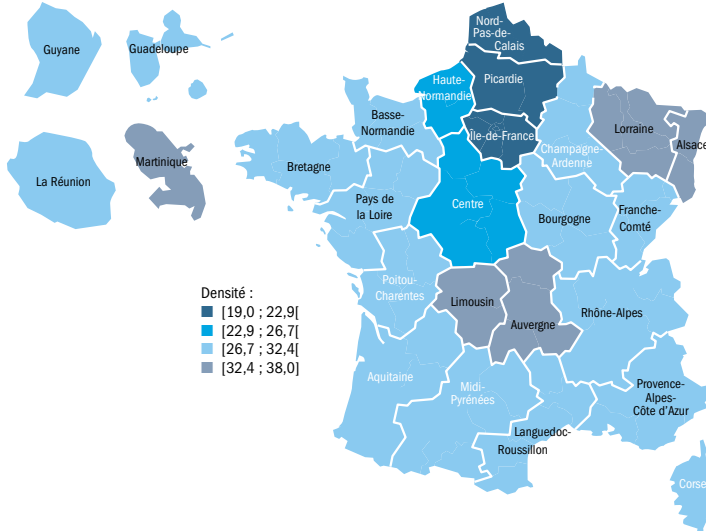
¹² Le coefficient de corrélation permet de calculer l'intensité d'une liaison entre deux variables (covariance des deux variables rapportée au produit de leur écart-type). Ce coefficient est compris entre - 1 et 1. Plus le coefficient est proche de - 1 ou 1, plus fort sera le lien de corrélation entre les deux variables étudiées.

La Bourgogne ou encore le Limousin qui ont des taux de sages-femmes libérales dans les plus faibles ne sont pas les régions où la densité est la plus faible.

Analyse qui reste la même lorsque l'on rapporte cette fois-ci le nombre de sages-femmes aux naissances, même si les hiérarchies sont modifiées. La Guyane, par exemple, n'est plus la région qui compte le plus de sages-femmes par rapport à la moyenne (voir carte ci-dessus) mais l'Alsace, l'Auvergne, le Limousin, la Lorraine et la Martinique.

CARTE 2

Densité de sages-femmes au 1^{er} janvier 2015 pour 1 000 naissances*



*Anciennes régions.

Sources : ONDPS ; RPPS, traitement Drees ; Insee.

Carte réalisée avec Cartes & Données – © Artique

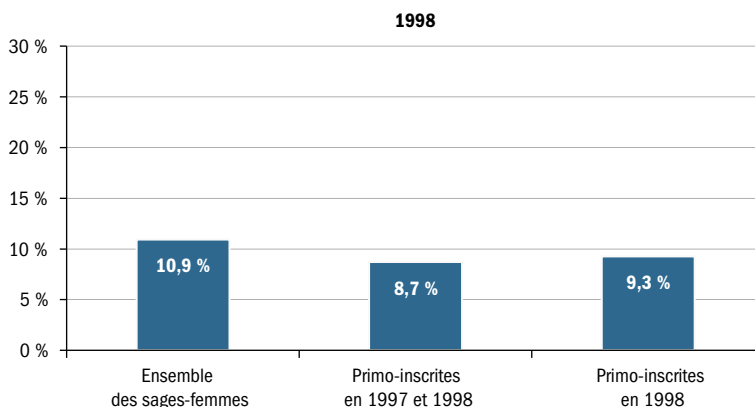
2.1.2. Une installation en mode libéral de plus en plus précoce

Outre la part croissante d'installations en libéral, leur précocité constitue également un phénomène très marquant, surtout au cours des années récentes.

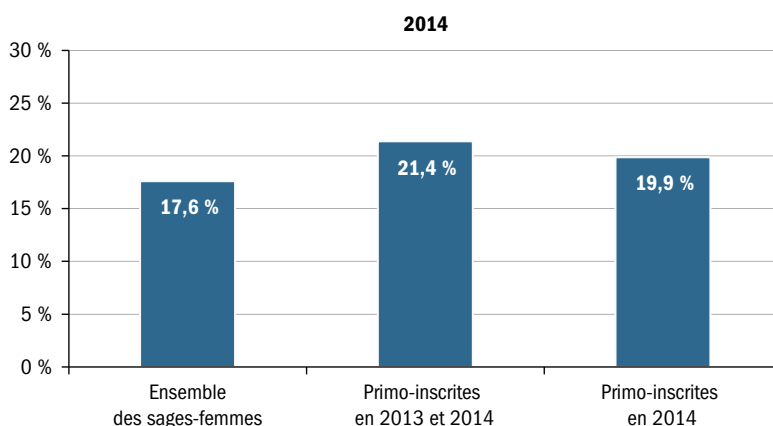
Dans la base RPPS, l'analyse est limitée : en effet, si la date d'inscription à l'Ordre est connue, ainsi que le mode d'exercice au cours de l'année observée, il n'y a pas d'historique du parcours des individus. Il est néanmoins possible de montrer qu'entre 1998 et 2014, **les sages-femmes se dirigent davantage vers l'exercice libéral et de façon plus précoce, comme en témoigne l'observation du taux de sages-femmes libérales chez les primo-inscrites, passé de 9 % à 20 %.**

FIGURE 13

Part des sages-femmes en exercice libéral exclusif dans l'effectif total et celui des primo-inscrites en 1998 et en 2014



Sources : ONDPS ; Répertoire Adeli en 1998.



Sources : ONDPS ; RPPS, traitement Drees en 2014.

Par rapport à la situation décrite en 2005 par l'Irdes qui indiquait une installation libérale en moyenne après dix ans passés comme salarié en établissements (enquête de l'Irdes, 2004), une nouvelle enquête réalisée sur un échantillon en 2014 à la demande de l'ONDPS par le Laboratoire d'études et de recherche en sociologie (LABERS) de l'Université de Bretagne occidentale (UBO)¹³ **dont l'étude complète est présentée dans la Partie II-3 de cet ouvrage**, a permis un suivi longitudinal de parcours individuels. Elle montre une progression très importante des sages-femmes qui s'installent en libéral dans les 5 années qui suivent l'obtention de leur Diplôme d'État (DE), et plus encore dans l'année de leur DE.

¹³ « Le métier de sage-femme libérale », Florence Douguet, Maître de conférences de sociologie et Alain Vilbrod, professeur de sociologie, LABERS-UBO.

TABEAU 2

Les sages-femmes qui s'installent en libéral dans les 5 années qui suivent l'obtention du DE

Périodes des 5 premières années d'exercice	1	2	3 : 2 / 1	4	5 : 4 / 1	6 : 2 + 4	7 : 6 / 1
	Effectif total de l'échantillon	Installées l'année d'obtention du DE	Part dans l'échantillon	Installées de N + 1 à N + 4 après l'obtention du DE	Part dans l'échantillon	Installées dans les 5 ans après l'obtention du DE	Part dans l'échantillon
1974 et avant	15	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
1975-1979	37	0	0,0 %	3	8,1 %	3	8,1 %
1980-1984	62	1	1,6 %	1	1,6 %	2	3,2 %
1985-1989	63	2	3,2 %	5	7,9 %	7	11,1 %
1990-1994	109	2	1,8 %	14	12,8 %	16	14,7 %
1995-1999	73	1	1,4 %	15	20,5 %	16	21,9 %
2000-2004	70	4	5,7 %	8	11,4 %	12	17,1 %
2005-2009	62	5	8,1 %	27	43,5 %	32	51,6 %
2010-2013*	63	27	42,9 %	35	55,6 %	62	98,4 %
Total	554	42	7,6 %	108	19,5 %	150	27,1 %

*4 premières années d'exercice.

Note de lecture : en moyenne, 27,1 % des sages-femmes de l'échantillon se sont installées en libéral durant les 5 années après l'obtention du Diplôme d'État (DE) : 7,6% l'année d'obtention du DE et 19,5 % au cours des quatre années suivantes.

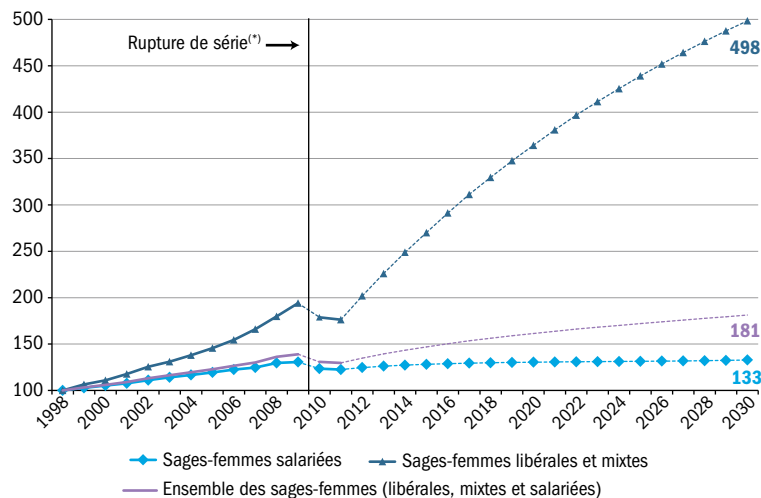
Source : Enquête auprès d'un échantillon de sages-femmes libérales, 2014, LABERS-UBO.

2.1.3. La part de sages-femmes libérales ou mixtes devrait atteindre 36 % en 2030 selon les projections de la Drees

De 1998 à 2030, l'effectif des sages-femmes libérales aura été multiplié par cinq, quand celui des sages-femmes salariées n'aura augmenté que de 30 %.

FIGURE 14

Évolution des effectifs de sages-femmes selon leur mode d'exercice



(*) Rupture de série en 2010 : avant source Adeli, à partir de 2010 source RPPS - données par année civile.

Sources : ONDPS ; Projections de la Drees.

2.2. La répartition de l'effectif actif de sages-femmes libérales entre les secteurs d'activité a connu une modification importante en dix-sept ans

Le mode d'exercice et le secteur d'activité ne sont pas totalement superposables, malgré un important recouvrement entre ces deux catégorisations dans les établissements de santé où les sages-femmes sont très fortement salariées.

2.2.1. Dans les établissements de santé

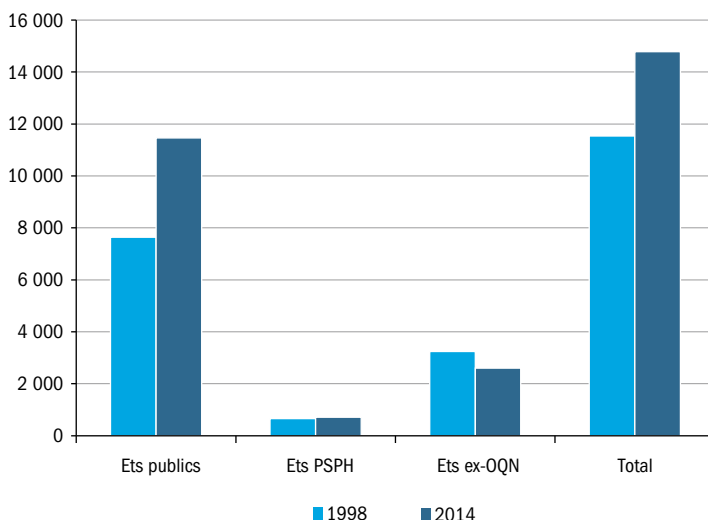
Ainsi, en 1998 et 2014, les établissements de santé (tous statuts juridiques confondus¹⁴) ont employé respectivement 97 % et 99 % des sages-femmes salariées, auxquelles s'ajoutent une partie des sages-femmes intérimaires qui, elles, sont principalement libérales et en très forte croissance.

En dix-sept ans, le nombre de sages-femmes actives en établissements¹⁵ (publics, PSPH et privés à but lucratif) a augmenté de + 28 %, alors que dans le même temps les naissances n'ont évolué que de + 7 %, et ce, malgré la réorganisation des maternités et le raccourcissement des durées de séjour des parturientes.

Simultanément, en raison **d'un transfert d'activité du secteur privé lucratif vers les établissements publics**, les effectifs de chacune des catégories d'établissements ont connu des évolutions très différenciées : - 20 % pour les établissements privés à but lucratif (ex OQN), + 50 % pour les établissements publics et + 8 % pour les PSPH.

FIGURE 15

Nombre de sages-femmes actives en établissements, par type d'établissement en 1998 et 2014



Sources : ONDPS ; Répertoire Adeli en 1998 ; RPPS, traitement Drees en 2014.

¹⁴ Publics, privés à but lucratif et PSPH (privé participant au service public hospitalier).

¹⁵ Le nombre de sages-femmes salariées en établissements est toujours inférieur d'environ - 1,5 % au nombre de sages-femmes actives en établissements.

Au final, au cours de cette même période de 1998 à 2014, le ratio du nombre de naissances par sage-femme en établissements (privés, PSPH et privés à but lucratif) est passé de 67 à 55.

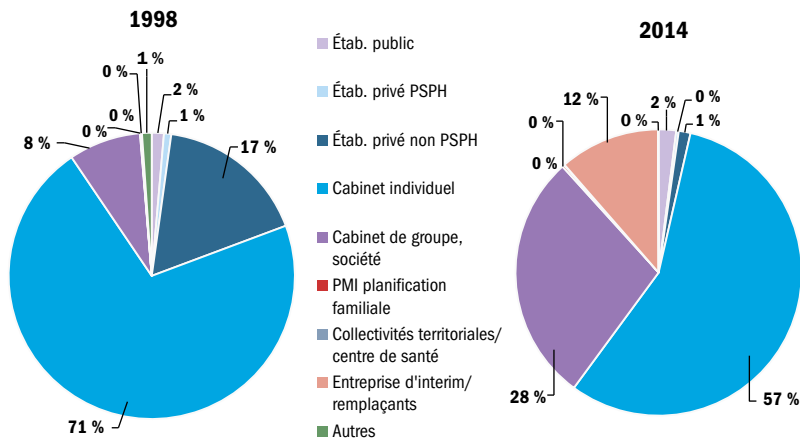
2.2.2. En ville

En ville, la composante libérale et mixte est majoritaire (respectivement 73 % en 1998 et 81 % en 2014) et ce, malgré un taux de croissance important des salariées en PMI, lequel demeure toutefois inférieur à la croissance des effectifs en cabinet. L'autre fait notable réside dans la part en croissance des installations en cabinet de groupe.

Au final, la part des sages-femmes en ville a fortement augmenté au cours des dix-sept dernières années.

FIGURE 16

Répartition des sages-femmes libérales ou mixtes selon le secteur d'activité en 1998 et 2014



Sources : ONDPS ; Répertoire Adeli en 1998 ; RPPS, traitement Drees en 2014.

TABLEAU 3

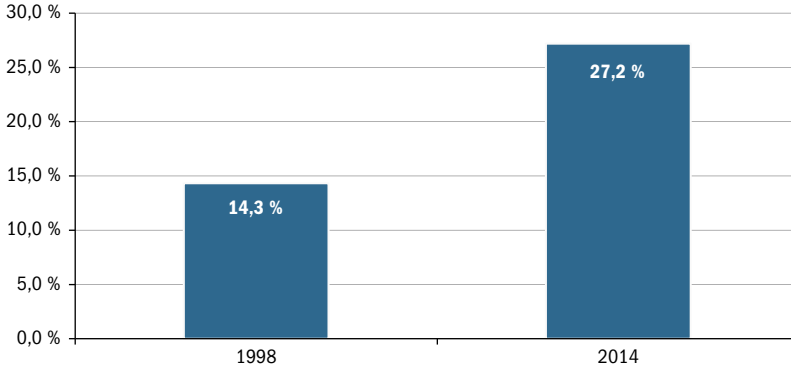
Mode d'exercice et secteur d'activité des sages-femmes en 1998 et 2014

Adeli	En 1998						En 2014						RPPS
	Mode d'exercice						Mode d'exercice						
	Libéral/ mixte	Salaré	Total	Part libéral/ mixte	Part salaré		Libéral/ mixte	Salaré	Total	Part libéral/ mixte	Part salaré	Taux d'évolution 1998-2014	
Étab. public	25	7 616	7 641	0 %	100 %		110	11 354	11 464	1 %	99 %	50 %	Étab. public
Étab. priv. PSPH	15	643	658	2 %	98 %		16	696	712	2 %	98 %	8 %	Étab. priv. PSPH
Étab. priv. non PSPH	313	2 931	3 244	10 %	90 %		74	2 529	2 603	3 %	97 %	- 20 %	Étab. priv. non PSPH
Total établissements	353	11 190	11 543	3 %	97 %		200	14 579	1 4779	1 %	99 %	28 %	Total établissements
Cabinet individuel	1 302	13	1 315	99 %	1 %		3 151	0	3 151	100 %	0 %	140 %	Cabinet individuel
Cabinet de groupe, société	149	4	153	97 %	3 %		1 572	1	1 573	100 %	0 %	928 %	Cabinet de groupe, société
PMI planification familiale	1	344	345	0 %	100 %		14	1 084	1 098	1 %	99 %	218 %	PMI planification familiale
Collectivités territoriales	0	182	182	0 %	100 %		3	56	59	5 %	95 %	- 68 %	Centres de santé
Total ville	1 452	543	1 995	73 %	27 %		4 740	1 141	5 881	81 %	19 %	195 %	Total ville
Entreprise d'interim	3	75	78	4 %	96 %		633	83	716	88 %	12 %	818 %	Remplaçants
Autres	20	285	305	7 %	93 %		4	252	256	2 %	98 %	- 16 %	Autres
Total général	1 828	12 093	13 921	13 %	87 %		5 577	16 055	21 632	26 %	74 %	55 %	Total général

Sources : Répertoire Adeli en 1998 ; RPPS en 2014, traitement Drees.

FIGURE 17

Part des sages-femmes en ville en 1998 et 2014

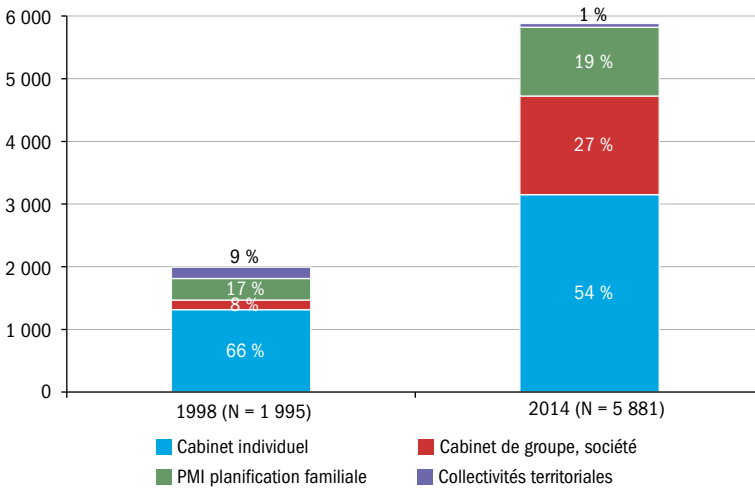


Sources : ONDPS ; Répertoire Adeli en 1998 ; RPPS, traitement Drees en 2014.

À l'intérieur du secteur d'activité de ville, des évolutions notables se sont donc produites, à la fois quantitatives et qualitatives.

FIGURE 18

Répartition des sages-femmes en ville en 1998 et 2014



Sources : ONDPS ; Répertoire Adeli en 1998.

3.

Démographies croisées

L'une des perspectives le plus souvent évoquées pour apporter une réponse à cette croissance continue des effectifs de sages-femmes libérales en ville serait leur activité gynécologique, autorisée assez récemment par la loi HPST : en effet, le premier recours des femmes dans le suivi et la prévention gynécologiques semble devoir être pris en charge majoritairement par les sages-femmes compte tenu de la démographie en baisse des gynécologues médicaux en ville.

À ce stade de l'analyse, plusieurs questions différentes se posent.

- Quelle sera la diminution de l'effectif de gynécologues médicaux d'ici 2030 ?
- Cette activité gynécologique est-elle déjà pratiquée par les sages-femmes, et, si oui, par quelles sages-femmes ? Cette activité de premier recours est-elle favorisée par l'exercice regroupé en maisons de santé pluriprofessionnelles ?
- La formation reçue dans les écoles ou en formation continue selon les générations d'élèves permet-elle ce transfert d'activité entre gynécologues médicaux et sages-femmes ? À quel terme ?

Pour répondre aux deux dernières interrogations, cet ouvrage apporte plus loin plusieurs éclairages qui tendent à montrer que cette nouvelle compétence, autorisée par les textes, demeure encore marginale et surtout exercée par les jeunes promotions qui ont reçu la formation *ad hoc*.

Pour apporter une réponse même frustrée à la première interrogation et évaluer l'amplitude du transfert d'activité des gynécologues médicaux vers les sages-femmes, la première difficulté sur laquelle bute la démarche réside dans l'estimation du nombre de gynécologues à prendre en compte.

En effet, l'effectif qui figure dans le RPPS (et la pyramide des âges correspondante) serait de l'ordre de 2 500 gynécologues médicaux libéraux et mixtes installés en ville, mais ce nombre ne constitue pas forcément la bonne référence dans cette problématique (**voir Annexe méthodologique 2**) :

- d'une part, les reclassements de qualifications opérés au moment du passage du Répertoire Adeli au RPPS en 2012 ont modifié la ligne de partage entre gynécologues médicaux et gynécologues obstétriciens de façon très significative ;
- d'autre part, une analyse produite par la CNAMTS en 2006¹⁶ montre que près de la moitié des gynécologues obstétriciens libéraux pratiquaient en réalité une activité de gynécologie médicale (actes cliniques, échographies, très peu d'actes chirurgicaux).

¹⁶ Fiches présentées par la CNAMTS dans le cadre de l'audition des sages-femmes par l'ONDPS déjà citée.

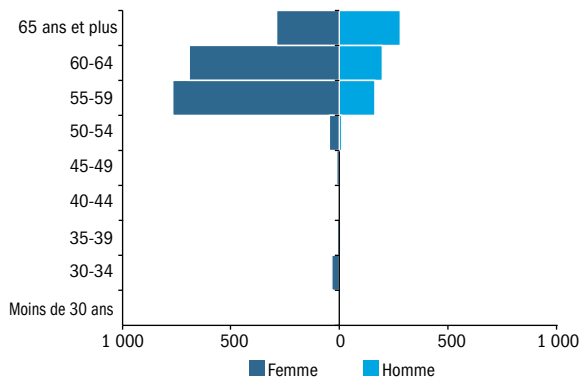
Au final, le nombre de gynécologues libéraux en ville pratiquant une activité de gynécologie médicale n'est donc pas certain (**voir Annexe méthodologique 2**), et plus important que celui des gynécologues médicaux. La suite de l'analyse se fonde néanmoins sur les gynécologues médicaux comptabilisés dans le RPPS.

TABLEAU 4
Démographie des gynécologues médicaux libéraux en 2014

	Nombre	Part
Effectif total	3 311	100 %
Effectif de libéraux (libéral exclusif + mixte)	2 817	85 %
Effectif de libéraux (hors établissements)	2 513	76 %
Effectif de libéraux en cabinet (hors établissements, remplaçants, PMI et autres)	2 255	68 %

Sources : ONDPS ; RPPS 2015, traitement Drees.

FIGURE 19
Pyramide des âges des gynécologues médicaux hors établissement au 1^{er} janvier 2015 - N = 2 513



Sources : ONDPS ; RPPS 2015, traitement Drees.

Pour estimer grossièrement l'évolution prévisible de la démographie des gynécologues médicaux hors établissements jusqu'en 2030, et en l'attente des nouvelles projections en cours de réalisation à la Drees, un exercice est proposé ci-dessous qui consiste à envisager une perspective fondée sur l'hypothèse d'un maintien jusqu'en 2026 du nombre de postes ouverts à l'internat de médecine en 2015 (68 postes), en hausse par rapport aux années précédentes.

Les autres hypothèses retenues sont les suivantes :

- Âge de début d'activité = 30 ans ;
- Âge de cessation d'activité = 70 ans ;
- Part des étudiants formés se dirigeant vers l'exercice libéral hors établissement = part observée en 2014 entre effectif total et effectif de libéraux hors établissement ($2\,513/3\,311 = 76\%$) ;
- Les étudiants et professionnels à diplôme étranger ne sont pas pris en compte ;
- Pas de fuite entre les postes ouverts aux ECN et l'installation des gynécologues étant donné le faible nombre de postes dédiés à cette spécialité.

TABLEAU 5

Hypothèses retenues pour l'exercice libéral hors établissement

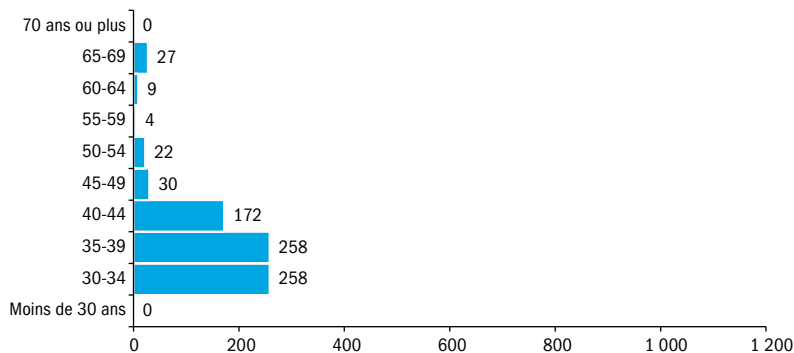
ECN	Postes ouverts	dont ceux qui seront libéraux hors étab. (75,9 %)	Âge en 2030 si début d'activité à 30 ans
2013	41	31	43
2014	48	36	42
2015	68	52	41
2016	68	52	40
2017	68	52	39
2018	68	52	38
2019	68	52	37
2020	68	52	36
2021	68	52	35
2022	68	52	34
2023	68	52	33
2024	68	52	32
2025	68	52	31
2026	68	52	30

Source : ONDPS – hypothèse de projection.

Dans l'hypothèse d'un maintien du nombre de postes en 2015 pour les années suivantes, l'effectif de gynécologues médicaux hors établissement passerait ainsi de 2 513 en 2014 à 780 en 2030 (- 1 733).

FIGURE 20

Pyramides des âges des gynécologues médicaux libéraux (hors établissement) en 2030 - N = 780 si postes ouverts = 68/an

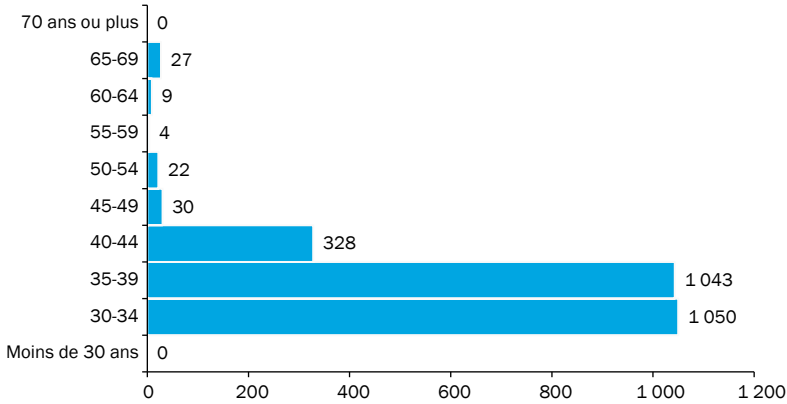


Source : ONDPS.

Pour retrouver en 2030 l'effectif de gynécologues médicaux hors établissements à son niveau de 2014, il conviendrait en fait d'ouvrir environ 275 postes à l'internat de médecine dès 2016 et jusqu'en 2026.

FIGURE 21

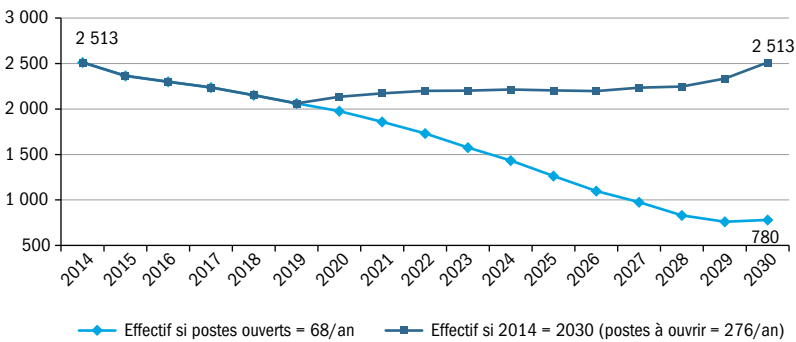
Pyramides des âges des gynécologues médicaux libéraux (hors établissement) si N = 2 513 en 2030



Source : ONDPS.

FIGURE 22

Évolution des effectifs de gynécologues médicaux (hors établissement) selon les deux perspectives à l'horizon 2030



Source : ONDPS.

À numerus clausus des sages-femmes et postes d'internat en gynécologie médicale inchangés par rapport à 2015, il y aurait *in fine*, à l'horizon 2030, une perte de 1 733 gynécologues médicaux et un surplus de 3 924 sages-femmes libérales hors établissements. Dans un cas de figure improbable où toutes les sages-femmes libérales supplémentaires auraient une activité exclusivement gynécologique, il resterait encore un surplus de 2 191 sages-femmes libérales dont l'activité pourrait difficilement être dévolue à la périnatalité compte tenu des projections de naissances.

4.

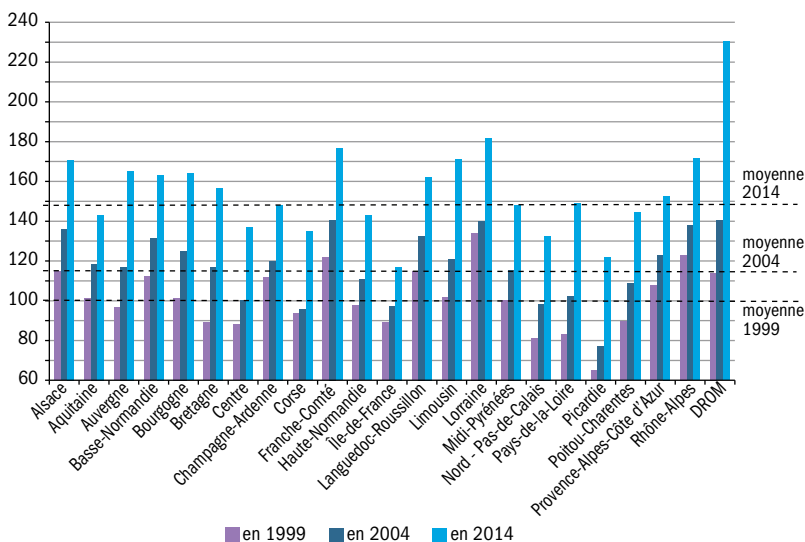
La très forte croissance de l'effectif des sages-femmes actives n'a pas réduit les disparités inter-régionales

4.1. La très forte croissance de l'effectif des sages-femmes actives a augmenté leur densité dans toutes les régions

Entre 1999 et 2014, la croissance des effectifs de sages-femmes actives a eu pour conséquence de relever dans toutes les régions leur densité, celle-ci passant en moyenne France entière de 100 à 148 pour 100 000 femmes en âge de procréer¹⁷.

FIGURE 23

Évolution de la densité de sages-femmes en 1999, en 2004 et en 2014*



*Anciennes régions.

Sources : ONDPS ; Répertoire Adeli en 2004 ; RPPS, traitement Drees en 2014 ; Insee.

¹⁷ Données non retraitées pour tenir compte de la rupture de série de 2010.

4.2. Cette croissance ne s'est pas accompagnée d'une réduction des disparités régionales

TABLEAU 6

Densité des sages-femmes en 1999, en 2004 et en 2014

Densité de sages-femmes pour 100 000 femmes en âge de procréer	1999	2004	2014
Moyenne	100	115	148
Écart-type	16	17	24
Coefficient de variation	16 %	15 %	16 %

Bien que la densité ait fortement augmenté dans toutes les régions, les écarts entre régions n'ont pas été réduits (l'écart-type augmente autant que les densités). Le rapport entre ces deux indicateurs conduit à un coefficient de variation stable, entre les 3 années observées, situé entre 15 % et 16 %.

La profession de sage-femme n'est toutefois pas celle qui présente la dispersion la plus forte, mais c'est la seule qui n'a profité d'aucune réduction des écarts en dix ans, si minime soit-elle.

TABLEAU 7

Densité des trois professions médicales et des pharmaciens

Pour 100 000 habitants		Médecins	Chirurgiens-dentistes	Pharmaciens	Sages-femmes ¹⁸
En 2004	moyenne	335	67	109	115
	écart-type	46	15	16	17
	coefficient de variation	14 %	23 %	14 %	15 %
En 2014	moyenne	338	63	113	148
	écart-type	40	14	12	23
	coefficient de variation	12 %	22 %	11 %	15 %

Sources : ONDPS ; Répertoire Adeli en 2004 ; RPPS, traitement Drees en 2014 ; Insee.

¹⁸ Pour 100 000 femmes en âge de procréer.

5.

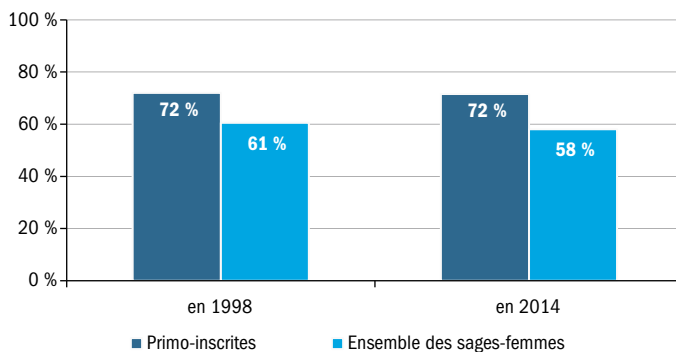
La mobilité entre régions

La part de professionnels formés dans une région qui s'y inscrivent et y exercent permet d'estimer leur plus ou moindre grande fidélité à leur lieu de formation et, *a contrario*, leur propension à changer de région.

Au niveau national, le taux de fidélité de 58 % constaté en 2014 est en diminution depuis 1998 où il était de 61 % ; il est désormais inférieur à celui des autres professions (respectivement de 63 % pour les médecins et les pharmaciens et de 62 % pour les chirurgiens-dentistes en 2014). Toutefois, la fidélité au lieu de formation est nettement plus importante chez les sages-femmes primo-inscrites.

FIGURE 24

Part des sages-femmes formées dans une région qui s'y inscrivent et y exercent au 1^{er} janvier de l'année (en 1998 et en 2014)



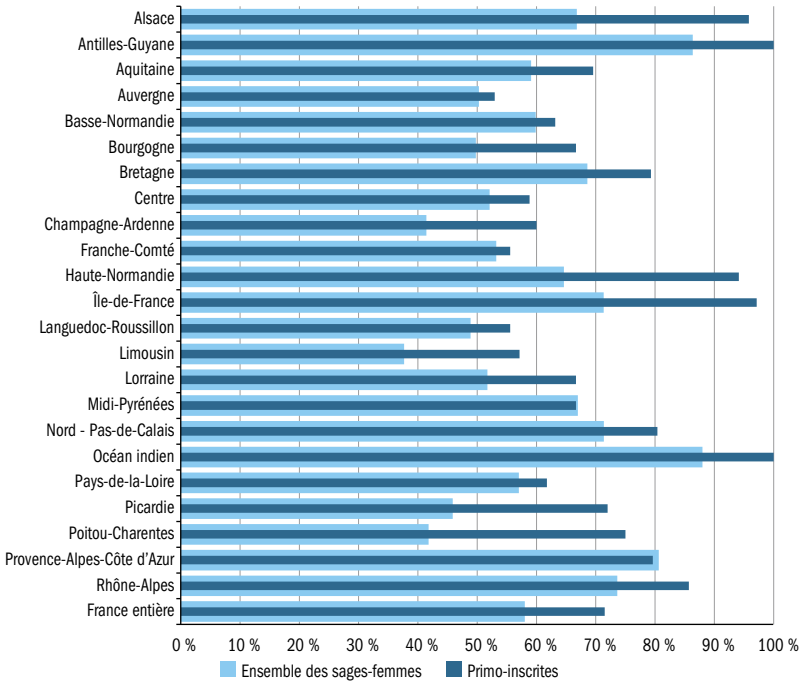
Sources : ONDPS ; Répertoire Adeli en 1998 ; RPPS, traitement Drees en 2014.

Concernant les sages-femmes, on pouvait supposer que la très forte croissance des effectifs, la permanence de fortes disparités de densité et de places autorisées au *numerus clausus* avaient amplifié les mobilités interrégionales : les régions à forte densité et forte augmentation des places de *numerus clausus* connaîtraient un taux de fidélité inférieur à la moyenne nationale, les nouvelles diplômées notamment se trouvant contraintes à la mobilité pour trouver un emploi.

En observant les six régions qui présentent la plus forte densité de sages-femmes actives, cette hypothèse n'est pas confirmée : en effet, sur les six régions concernées (Alsace, Lorraine, Franche-Comté, Rhône-Alpes, Limousin et Auvergne, cf. Figure 23), trois seulement présentent un taux de fidélité des primo-inscrites nettement inférieur à la moyenne nationale : Franche-Comté, Limousin et Auvergne. *A contrario*, Alsace et Rhône-Alpes connaissent des taux de fidélité des primo-inscrites très supérieurs à la moyenne nationale.

FIGURE 25

Taux de fidélité entre les primo-inscrites (674) et l'ensemble sages-femmes (21 632) – RPPS au 1^{er} janvier 2015*



*Anciennes régions.

Note de lecture : En Alsace, 96 % des primo-inscrites restent fidèles à leur lieu de formation contre 67 % pour l'ensemble des sages-femmes formées dans la région.

Sources : ONDPS ; RPPS 2015, traitement Drees.

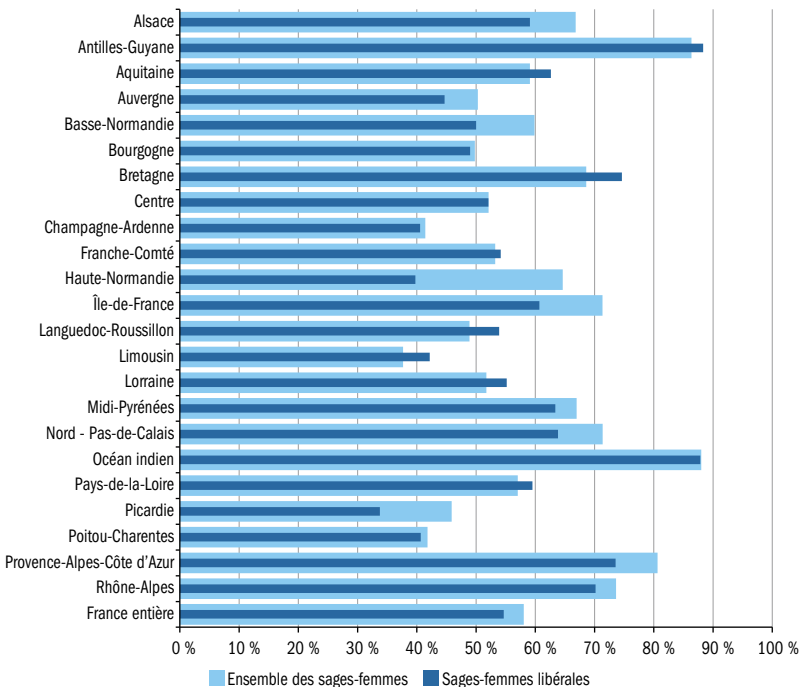
Au 1^{er} janvier 2015, la fidélité des sages-femmes libérales à leur lieu de formation est légèrement inférieure à celle de l'ensemble des sages-femmes (55 % contre 58 %), mais cette tendance générale ne s'observe pas dans toutes les régions.

Cette tendance nationale à une mobilité plus importante des sages-femmes libérales est accentuée en Picardie, Île-de-France, Haute-Normandie et Basse-Normandie, alors que trois de ces quatre régions présentent une sous-densité de sages-femmes actives, en particulier Picardie et Île-de-France. En revanche les sages-femmes libérales sont plus fidèles que l'ensemble des sages-femmes dans les Pays-de-la-Loire, la Lorraine, le Limousin, le Languedoc-Roussillon, la Bretagne et l'Aquitaine.

Ces observations montrent une grande variété de situations dont aucune tendance générale ne se dégage véritablement : le schéma de régions surdensées caractérisées par une part plus importante de sages-femmes libérales et une moindre fidélité au lieu de formation ne se confirme pas.

FIGURE 26

Taux de fidélité entre les sages-femmes libérales (3 811) et l'ensemble sages-femmes (21 632) - RPPS au 1^{er} janvier 2015



Anciennes régions.

Note de lecture : En Alsace, 59 % des sages-femmes libérales restent fidèles à leur lieu de formation contre 67 % pour l'ensemble des sages-femmes formées dans la région.

Sources : ONDPS ; RPPS 2015, traitement Drees.

Conclusion

Comme l'indiquent à plusieurs reprises **l'étude du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes (CNOSF) relative à l'accès à l'emploi** ainsi que **l'étude conjointe de l'URPS sage-femme et de l'ARS sur l'Île-de-France présentée plus loin**, il est certain qu'il est nécessaire de réfléchir précisément et de manière prospective à ce que doivent être l'offre et la densité de sages-femmes jugées optimales pour couvrir les besoins.

Le bilan statistique n'en met pas moins en évidence, de manière assez brutale mais malheureusement incontestable, qu'un réel problème de sureffectif risque de se poser dans les quinze ans à venir : le gap futur entre la population féminine à prendre en charge et le nombre de sages-femmes actives apparaît d'ores et déjà comme trop important pour être comblé si l'on n'essaie pas d'en freiner la croissance, sauf à penser un très fort développement de la nature de leur activité.

Ce problème structurel résulte non pas de l'inefficacité, mais du mésusage du numerus clausus qui, n'a pas su jouer son rôle de régulation quantitative et géographique et a probablement retenu les capacités existantes de formation comme critère essentiel de décision.

Annexe méthodologique 1 : sources et définitions

Direction de la Recherche, de l'étude, de l'évaluation et des statistiques (Drees)

- Sages-femmes en activité, Répertoire Adeli (1995-2010) et RPPS, traitement Drees (2011-2015)
- Enquête Écoles auprès des écoles de formation aux professions de santé, data DREES (disponible sur : http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?sCS_referer=&sCS_ChosenLang=fr)
- Champ : France entière, 1995-2015.
- Études et Résultats, n° 791, « La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs », Marie CAVILLON, mars 2012 champ : France entière, 2012-2030, par âge et mode d'exercice.

Institut national de la statistique et des études économiques (Insee)

Population générale au 1^{er} janvier, champ : France entière, 1995-2015

Nombre de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) au 1^{er} janvier, champ : France entière, 1995-2015

Nombre de femmes âgées de 15 ans et plus au 1^{er} janvier, champ : France entière, 1995-2015

Nombre de naissances vivantes au cours de l'année civile, champ : France entière, 1994-2014

Projections :

- Nationale à l'horizon 2060, France métropolitaine ;
- Régionales à l'horizon 2040, France entière.

Effectifs de sages-femmes : sources de données et champs

Source : Conseil national de l'Ordre des sages-femmes (CNOSF)

Champ : Données au 31 décembre de l'année considérée des professionnels inscrits à l'Ordre (actifs, inactifs et retraités)

Définitions : Les sages-femmes « sans activité » sont celles qui n'ont pas d'activité connue du CNOSF restant inscrites et n'ayant pas déclaré être en retraite. (Congé longue durée, mise en disponibilité, convenance personnelle, longue maladie, recherche d'emploi, etc.)

Les sages-femmes « retraitées » sont celles qui n'ont pas d'activité connue du CNOSF et qui ont déclaré être en retraite tout en restant inscrites.

Sources : Répertoire Adeli et RPPS, traitement Drees

Champ : Les statistiques du RPPS et d'Adeli comptabilisent les professionnels inscrits comme étant actifs occupés au 1^{er} janvier.

Définition d'un professionnel actif au 1^{er} janvier :

- avoir au moins une activité en cours en France ;
- ne pas exercer cette activité au sein d'une structure ayant cessé d'exister ;

- avoir une inscription valide à l'Ordre ;
- être enregistré dans le répertoire comme étant en exercice ;
- ne pas être décédé.

Un professionnel qui ne remplit pas au moins l'une de ces conditions est dit *inactif*. Ce concept d'activité diffère de celui habituellement utilisé pour qualifier la population active (au sens du BIT : Bureau international du travail). **Il est plus restrictif puisqu'il exclut les professionnels qui seraient entre deux emplois de manière temporaire, et ceux qui seraient en recherche d'un emploi à la date du 1^{er} janvier pour diverses raisons.**

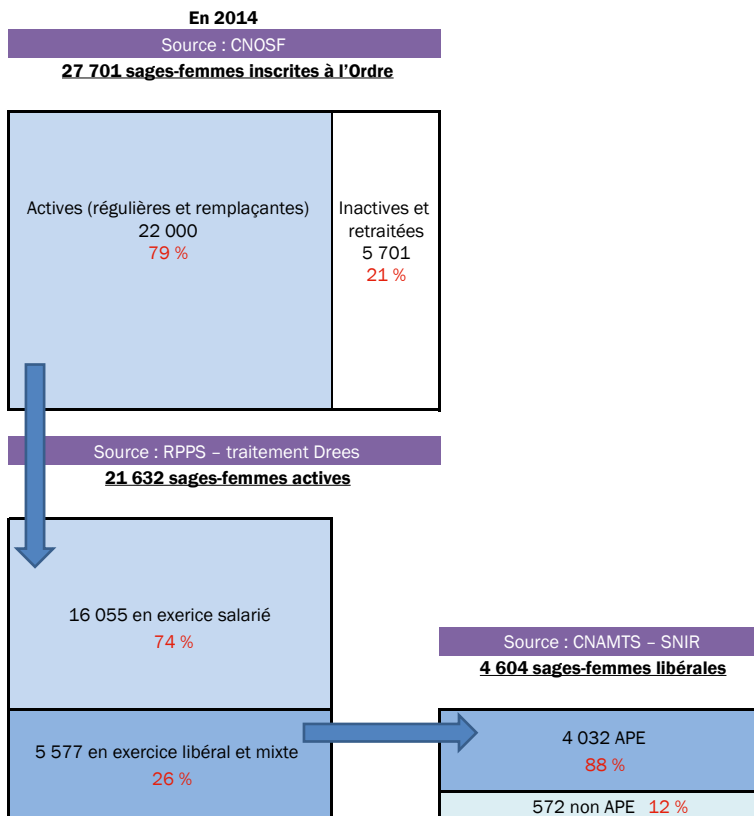
Le passage d'Adeli au RPPS a introduit une **rupture de série en 2011** : l'effectif a été diminué de 1 183 sages-femmes du fait de l'élimination d'enregistrements erronés en début et fin de carrière.

Sources : Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) – Système national inter-régimes (SNIR)

Champ : Actifs au 31 décembre de l'année avec un euro d'honoraires

Un sous-ensemble, les actifs à part entière (APE) est utilisé dans certaines séries statistiques : professionnels conventionnés actifs au 31 décembre, non installés dans l'année et ayant moins de 65 ans (de 1993 à 2008, ils représentent environ 90 % des actifs).

Représentation des effectifs selon leur définition et les sources de données



Un léger écart de 368 sages-femmes actives est constaté entre les données de l'Ordre et du RPPS (respectivement 22 000 et 21 632). En revanche, un écart plus important est observé concernant les sages-femmes en exercice libéral et mixte entre les chiffres du RPPS et de la CNAMTS (respectivement 5 577 et 4 604 en France entière, soit 973 sages-femmes libérales supplémentaires dans le RPPS).

Naissances : définitions de l'Insee

Le terme de « naissances » sans autre précision recouvre deux sous-ensembles : les naissances vivantes et les mort-nés. Les statistiques de l'Insee utilisées dans l'ouvrage concernent les naissances vivantes.

Naissance :

Toute naissance survenue sur le territoire français fait l'objet d'une déclaration à l'état civil. Cette déclaration doit être faite dans les trois jours suivant l'accouchement, le jour de l'accouchement n'étant pas compté dans ce délai. En outre, si le dernier jour du délai est férié, celui-ci est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable qui suit le jour férié.

Depuis mars 1993, l'officier de l'état civil enregistre un acte de naissance si l'enfant a respiré. Dans le cas contraire, il enregistre un acte d'enfant sans vie.

Les renseignements sont demandés au déclarant, et chaque fois qu'il est possible, contrôlés d'après le livret de famille.

Naissance vivante :

Conformément à la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la naissance vivante est l'expulsion ou l'extraction complète du corps de la mère d'un produit de la conception, quelle que soit la durée de la grossesse, et qui, une fois extrait, respire ou montre des signes de vie, tels que battement de cœur, pulsation du cordon ombilical ou contraction effective d'un muscle soumis à l'action de la volonté, que le cordon ombilical ait été coupé ou non et que le placenta soit ou non demeuré attaché. Tout produit d'une telle naissance est considéré comme né vivant.

Enfant sans vie ou mort-né :

En règle générale, un enfant doit être déclaré à l'état civil dès lors que la gestation a duré au moins 180 jours. Depuis mars 1993, un acte « d'enfant sans vie » est dressé uniquement s'il n'est pas établi que l'enfant est né vivant et viable. Il en est ainsi :

- lorsque l'enfant, sans vie au moment de la déclaration à l'état civil, est né vivant, mais non viable. L'officier de l'état civil dresse l'acte sur production d'un certificat médical quelle que soit la durée de gestation ;
- lorsque l'enfant est décédé avant la déclaration de naissance à la mairie, sans certificat médical précisant qu'il est né vivant et viable ;
- lorsque l'enfant est mort-né. Depuis la circulaire du 30 novembre 2001, un bulletin d'enfant sans vie peut être établi dès 22 semaines d'aménorrhée ou si l'enfant a atteint un poids de 500 grammes (critère de viabilité de l'Organisation mondiale de la santé, l'OMS).

En 2008, un nouveau changement législatif a eu lieu. En effet, le décret n° 2008-800 du 20 août 2008 a redéfini la notion d'enfant sans vie. Désormais, l'acte d'enfant sans vie est établi sur la base d'un certificat médical d'accouchement.

Les critères de durée de gestation, 22 semaines d'aménorrhée, ou de poids, 500 grammes, ne sont plus pris en compte.

Ce changement législatif a entraîné en 2008 puis en 2009 une augmentation du nombre d'enfants sans vie. Les données françaises sur les enfants sans vie ne peuvent ainsi plus être comparées à celles des autres pays (pour qui les critères de poids et de durée de gestation subsistent encore).

L'enregistrement s'effectue dans la commune de naissance ou dans la commune où l'enfant se trouvait au moment où l'on a constaté qu'il était sans vie.

Ainsi, en 2014 pour la France entière, on compte 818 565 naissances vivantes et 8 563 mort-nés, soit un nombre total de 827 128 naissances. Sur les 818 565 naissances vivantes, on recense 809 328 naissances domiciliées (les naissances à l'étranger, dans les COM et à Mayotte ne sont pas comptabilisées).

	Année	Simple	Double	Triplés ou plus	Total	Nombre d'enfants nés vivants
Nombre d'accouchements	2013	791 903	13 687	211	805 801	
Nombre d'accouchements	2003	775 353	12 184	222	787 759	
Nombre de nouveau-nés	2013	791 903	27 374	640	819 917	811 510
Nombre de nouveau-nés	2003	775 353	24 368	670	800 391	793 044

Source : Insee, statistiques de l'état civil 2003-2013.

Annexe méthodologique 2 : le traitement des spécialités de gynécologie médicale et obstétrique dans les bases de données

Les sources de données qui dénombrent les gynécologues médicaux et obstétriciens ne permettent pas d'avoir de certitude. En effet, des classifications différentes et variables au cours du temps rendent l'exercice de dénombrement et l'analyse des séries très ardues. Les perspectives démographiques des gynécologues médicaux présentés ne sont fondées que sur les données actuelles du RPPS.

1. Le passage entre les deux répertoires Adeli et RPPS a eu pour effet de modifier la répartition entre gynécologie médicale et gynécologie-obstétrique

Lors du passage du Répertoire Adeli au RPPS (2011-2012), un changement a été opéré à la fois au niveau de la nomenclature des qualifications et de leur regroupement dans chacune des deux spécialités qui a modifié de façon significative les effectifs totaux des médecins spécialistes dans chacune des deux spécialités.

La nomenclature des qualifications a changé.

Il existait 4 qualifications dans Adeli contre 7 dans le RPPS pour les deux spécialités de gynécologie.

Nomenclature des qualifications	code Adeli	code RPPS
Correspondance entre les deux répertoires :		
Compétence exclusive en gynécologie médicale	17	CEX 24
Spécialité ordinale en gynécologie-obstétrique	18	SM 20
Compétence exclusive en obstétrique	32	CEX 26
Compétence exclusive en gynécologie médicale et obstétrique	48	CEX 22
Nouvelles qualifications dans le RPPS :		
Spécialité ordinale en gynécologie médicale		SM 19
Spécialité ordinale en gynéco-obstétrique et gynécologie médicale option		SM 51
Spécialité ordinale en gynéco-obstétrique et gynécologie médicale option		SM 52

Leur regroupement a également été modifié.

Lors du passage au RPPS, les qualifications CEX 26 (anciennement 32 dans Adeli) et CEX 22 (anciennement 48) sont désormais comptabilisées dans la spécialité de gynécologie-médicale alors qu'auparavant elles étaient incluses dans la gynécologie-obstétrique.

Spécialités	Adeli	RPPS
Gynécologie médicale	CEX 24	CEX 24, CEX 22 , CEX 26 et SM 19
Gynécologie obstétrique	CEX 22 , CEX 26 et SM 20	SM 20, SM 51 et SM 52

En conséquence, entre 2011 et 2012, les effectifs de gynécologie médicale ont augmenté de + 1 713, alors que ceux de gynécologie-obstétrique ont diminué - 1 624.

	Au 1 ^{er} janvier 2011		Au 1 ^{er} janvier 2012	
	code Adeli	Effectif	code RPPS	Effectif
Gynécologie médicale	17	2 006	CEX22	1 914
			CEX24	1 388
			CEX26	44
			SM19	373
Total gynécologie médicale		2 006		3 719

Gynécologie-obstétrique	18	4 319	SM20	3 936
	32	43	SM51	156
	48	1 373	SM52	19
Total gynécologie-obstétrique		5 735		4 111

2. Les données de la CNAMTS issues du SNIIRAM relatives aux gynécologues libéraux présentent une autre classification de spécialités qui conduit à une répartition différente entre gynécologie médicale et gynécologie obstétrique

En 2013, la CNAMTS recense 5 391 médecins spécialistes de gynécologie médicale et obstétrique libéraux répartis entre 4 qualifications alors que le RPPS en dénombre 5 618 répartis entre 7 qualifications, soit une différence de 227 gynécologues libéraux.

Qualifications	CNAMTS
70- Gynécologie médicale	1 505
77- Obstétrique	24
79- Gynécologie-obstétrique et gynécologie médicale	283
07- Gynécologie-obstétrique	3 579
Total	5 391

Champ CNAMTS : Effectifs de gynécologues dont l'activité libérale a donné lieu à un remboursement par les caisses gérant l'Assurance Maladie, France entière.

Spécialités et qualifications		RPPS
Gynécologie médicale	CEX22 : Compétence exclusive en gynécologie médicale et obstétrique	1 510
	CEX24 : Compétence exclusive en gynécologie médicale	1 082
	CEX26 : Compétence exclusive en obstétrique	29
	SM19 : Spécialité ordinale en gynécologie médicale	352
Gynécologie obstétrique	SM20 : Spécialité ordinale en gynécologie-obstétrique	2 543
	SM51 : Spécialité ordinale en gynéco-obstétrique et gynécologie médicale option	88
	SM52 : Spécialité ordinale en gynéco-obstétrique et gynécologie médicale option	14
Total		5 618

Champ RPPS : Effectifs de gynécologues dont le mode d'exercice est en libéral exclusif ou mixte, France entière.

Regroupement des spécialités	Champ RPPS			
	RPPS		CNAMTS	
Sources				
Effectif en gynécologie médicale	2 973	53 %	1 812	34 %
Effectif en gynécologie-obstétrique	2 645	47 %	3 579	66 %
Effectif total	5 618	100 %	5 391	100 %

Toutefois, une analyse produite par la CNAMTS en 2005¹⁹ et présentée dans le cadre des auditions de gynécologues organisées par l'ONDPS en 2006 montrait qu'à l'époque, près de la moitié des gynécologues obstétriciens libéraux pratiquaient en réalité une activité de gynécologues médicaux (actes cliniques, échographies, quasiment pas d'actes chirurgicaux.)

¹⁹ Fiche CNAMTS : Les gynécologues-obstétriciens peuvent être considérés au regard de leur pratiques gynécologues médicaux en 2005.

3.

Les dispositifs conventionnels de régulation géographique à l'installation

3a.

Le dispositif démographique pour les sages-femmes

Direction déléguée à la gestion et à l'organisation
des soins (DDGOS) – Direction de l'offre de soins (DOS) –
Département des professions de santé (DPROF)

Caisse nationale de l'Assurance Maladie
des travailleurs salariés (CNAMTS)



1.

Constats sur la répartition démographique des professionnels de santé

Un état des lieux général de la répartition démographique des professionnels de santé montre que l'accessibilité géographique aux soins est globalement satisfaisante malgré des difficultés dans certaines régions.

En effet, 95 % de la population accède à des soins de proximité (médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et chirurgiens-dentistes) en moins de 15 minutes¹.

Avec un niveau d'offre de soins globalement élevé, la situation de la France, est sur le plan de la démographie médicale, satisfaisante. La France se situe dans la moyenne des pays de l'OCDE en termes de densité de médecins sur le territoire.

Cependant, la répartition des professionnels de santé libéraux sur le territoire est inégale, voire très inégale, avec de grandes disparités selon les professions. Pour les sages-femmes, les écarts de densité par département varient ainsi de 1 à 5 (densité calculée pour 100 000 naissances domiciliées²).

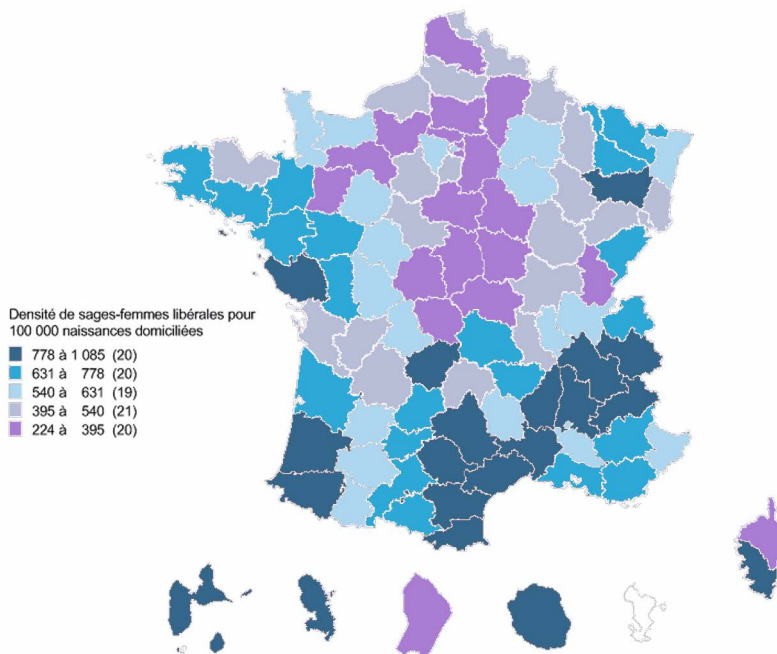
	Effectif SNIR 2014 (France entière)	Densité pour 100 000 naissances domiciliées en 2014 (France entière)	Densité en 2014 (écarts entre départements hors DOM)
Sages-femmes	4 604	569	5

¹ Drees - rapport juin 2011 sur les distances d'accès aux soins en France.

² Les naissances domiciliées sont les naissances comptabilisées au lieu de résidence de la mère lorsque celui-ci est renseigné. Elles sont dressées à partir des bulletins statistiques de l'état civil, établis par les maires, au moment et dans la commune où ont lieu les naissances (définition Insee).

CARTE 1

Densité de sages-femmes libérales pour 100 000 naissances domiciliées en 2014*



* Anciennes régions.

Sources : FNPS 2014 et Insee 2014.

2.

Actions engagées par l'Assurance Maladie au sujet de la répartition démographique des sages-femmes³

2.1. Des propositions de méthodologie de zonage

Face à ces constats, et afin d'améliorer l'accès aux soins de la population sur l'ensemble du territoire tout en maintenant de bonnes conditions d'exercice pour les professionnels de santé concernés, l'Assurance Maladie a élaboré, en accord avec les professions de santé concernées, des méthodes de

³ Les présents éléments portent uniquement sur le champ de compétence de l'Assurance Maladie en matière de rééquilibrage démographique et ne préjugent en rien de mesures qui sont parallèlement mises en œuvre par d'autres acteurs que l'Assurance Maladie pour réguler la démographie des professionnels de santé (arrêtés fixant le nombre d'étudiants en école, numerus clausus, aides des collectivités territoriales, etc.).

zonage par profession (infirmiers, orthophonistes, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes et chirurgiens-dentistes) afin de les adapter aux besoins des patients. En effet, les critères de zonage ne sont pas les mêmes pour les sages-femmes, qui doivent être présentes là où sont les jeunes femmes et futures mères, que pour les infirmières, qui prennent en charge aussi des personnes plus âgées.

Ces propositions, conduisant à classer pour les sages-femmes dans chaque région le territoire en 7 catégories différentes (zone « de moins de 350 naissances domiciliées », « sans sages-femmes », « très sous dotées », « sous dotées », « intermédiaires », « très dotées » et « sur dotées »), ont été transmises au ministère de la Santé qui a ensuite fixé par arrêté du 12 juin 2012 les dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du Code de la santé publique. Ces arrêtés précisent aux ARS la méthodologie de classification des zones.

Depuis lors, les ARS ont élaboré les différents zonages sur la base de l'arrêté précité, avec une marge d'adaptation régionale pour tenir compte de spécificités locales.

2.2. Des mesures conventionnelles négociées avec les représentantes des sages-femmes visant à améliorer la répartition démographique

L'avenant 1 à la convention nationale des sages-femmes, publié au *Journal officiel* du 14 mars 2012, instaure un dispositif spécifique de rééquilibrage démographique pour la profession des sages-femmes sur le territoire, combinant des mesures d'incitation dans les zones sous-denses et des mesures de régulation du conventionnement des sages-femmes libérales dans les zones sur-denses.

Mesure incitative « Contrat incitatif sage-femme » : conditions de versement des aides

Dans les zones considérées comme « sans sage-femme » à l'exception des zones ayant moins de 350 naissances domiciliées par an, ou « très sous dotées » ou « sous dotées », les sages-femmes libérales peuvent adhérer à une option individuelle intitulée « contrat incitatif sage-femme ».

Pour adhérer à ce contrat, la sage-femme libérale doit être :

- conventionnée ;
- déjà installée ou vouloir s'installer nouvellement dans la zone ;
- exercer soit à titre individuel soit en groupe dans la zone.

Elle s'engage ainsi à :

- exercer dans la zone pendant une durée minimale de 3 ans ;
- réaliser plus des 2/3 de son activité conventionnelle dans la zone et y percevoir des honoraires *a minima* équivalents à 5 % des honoraires moyens de la profession en France,
- réaliser un taux de télétransmission annuel en SESAM-Vitale supérieur ou égal à 75 %.

En respectant ces engagements, la sage-femme libérale conventionnée :

- perçoit une aide forfaitaire annuelle de 3 000 € maximum,
- bénéficie d'une participation aux cotisations dues au titre des allocations familiales.

Mesure de régulation au conventionnement

Dans les zones classées par l'ARS comme étant « sur dotées » et exclusivement dans ces zones, l'accès au conventionnement ne peut intervenir que si une sage-femme libérale conventionnée déjà installée dans la zone cesse définitivement son activité.

La demande de conventionnement est examinée en commission paritaire régionale.

Pour tenir compte des spécificités d'exercice de la profession, et des situations personnelles, les sages-femmes qui ne remplissent pas les conditions d'installation spécifiques en zones « sur dotées » peuvent demander à accéder, à titre exceptionnel, au conventionnement en zones « sur dotées », dans les cas suivants :

- changement d'adresse du cabinet professionnel de la sage-femme, sous réserve de deux conditions cumulatives : justifier d'une activité libérale conventionnée dans ce cabinet, durant cinq ans, et dans les deux ans précédant la demande, avoir réalisé deux tiers de cette activité auprès de patients résidant dans la zone « sur dotée » où elle souhaite exercer ;
- conditions liées à un mode d'activité particulier, comme par exemple :
 - pour la pratique quasi exclusive de l'échographie ;
 - pour une activité majoritaire d'accompagnement global de la grossesse, incluant le suivi de la grossesse, l'accouchement et la prise en charge après la naissance ;
- situation médicale grave du conjoint, d'un enfant ou d'un ascendant direct ;
- mutation de conjoint ;
- situation juridique personnelle entraînant un changement d'adresse professionnelle ;
- nécessité pour des raisons personnelles, familiales ou professionnelles pour une sage-femme exerçant dans une zone surdotée de réduire significativement et durablement son activité d'au moins 50 % par rapport à son activité observée au cours des deux années précédentes.

3.

Bilan et perspectives

À ce stade, le nombre d'adhérents au contrat incitatif continue sa montée en charge et approche, pour les sages-femmes, 71,9 % des éligibles avec 502 adhérents mi-2015, dont 432 fin 2014.

Depuis 2010, on observe une part plus importante d'installation en zone « intermédiaire », en zone « sous dotée », en zone « très sous dotée ». Ainsi, parmi les installations réalisées :

- 58,6 % ont lieu en zone « intermédiaire » en 2014 contre 48,8 % en 2010,
- 13 % ont lieu en zone « sous dotée » en 2014 contre 7,9 % en 2010,
- 7,4 % ont lieu en zone « très sous dotée » en 2014 contre 3,6 % en 2010.

Avec la mise en place des dispositions démographiques, l'inégalité de répartition territoriale s'est réduite pour les sages-femmes. L'indice de Gini⁴ est passé de 0,307 à fin 2010 à 0,242 à fin 2014 (2013 = 0,262).

Un suivi de ces mesures conventionnelles et de leur impact sur la répartition géographique des sages-femmes est mis en place dans le cadre d'une instance nationale conventionnelle paritaire (Observatoire conventionnel).

En fonction des résultats constatés et de l'impact des mesures, des éventuelles adaptations des dispositifs prévus pour la profession pourront être apportées par avenant conventionnel.

⁴ 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. À 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. Il est calculé en classant les zones d'emploi des moins dotées aux plus dotées et en regardant quel pourcentage de sages-femmes y % dessert un pourcentage de x % de naissances domiciliées.

3b.

Démographie et activité des sages-femmes libérales en Île-de-France

Union régionale des professionnels de santé
Sages-Femmes d'Île-de-France

Agence régionale de santé d'Île-de-France

Cabinet Plein Sens : Julie MICHEAU



PRÉFACE

Créée le 6 juin 2011, dans le cadre de la loi Hôpital, patients, santé, territoires n° 2009-879 du 21 juillet 2009, l'Union Régionale des Professionnels de Santé Sages-femmes d'Île-de-France (URPS SF IDF) représente **les sages-femmes libérales d'Île-de-France** auprès des tutelles régionales (Agence régionale de santé...). Elle contribue à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé, par exemple en termes d'analyse des besoins, d'actions dans le domaine des soins et de la prévention, ou encore le déploiement des systèmes de communication et d'information partagée.

Dans le cadre de ses missions et plus particulièrement concernant le zonage régional, l'URPS Sages-femmes d'Île-de-France a souhaité concentrer sa réflexion sur **la démographie des sages-femmes libérales franciliennes**. Les indicateurs actuels sur lesquels se base le zonage conventionnel ont suscité quelques interrogations : indicateurs basés sur des zones d'emploi, indicateur de densité basé strictement sur les naissances sans prendre en compte l'activité de suivi de gynécologie de prévention et de contraception.

Cette réflexion s'est concrétisée en décembre 2012 par la signature d'un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) entre l'URPS SF IDF, l'Agence régionale de Santé (ARS) d'Île-de-France et la Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Île-de-France dont l'objectif était de pouvoir proposer une réponse plus précise et plus adaptée aux interrogations ci-dessus.

Pour mener à bien ce projet, un comité de pilotage comprenant trois membres de l'URPS SF IDF, et des représentants de l'ARS s'est réuni régulièrement afin de suivre l'élaboration et la réalisation de ce projet.

L'URPS SF IDF a mandaté le cabinet Plein Sens pour réaliser cette étude comportant un versant quantitatif et un versant qualitatif sous la forme d'entretiens menés de février à avril 2014. Au total, 36 sages-femmes libérales franciliennes ont été auditionnées, ainsi que des sages-femmes cadres de maternité, des sages-femmes de PMI, des responsables du Conseil Général et de l'Hospitalisation à Domicile afin de comprendre l'articulation ville-hôpital.

Au terme de 18 mois de travail, nous vous présentons les principaux résultats de ce travail : ici sous forme de synthèse. Le rapport d'étude complet est disponible sur demande à l'adresse urps.sagefemme.idf@gmail.com

Nous tenions ici à remercier toutes les personnes sollicitées et plus particulièrement nos consœurs sages-femmes qui ont accepté de répondre au Cabinet Plein Sens et nous ont ainsi permis de comprendre les diverses modalités de prise en charge tant en ambulatoire qu'au sein des différentes structures.

Nous remercions également Julien Galli et Bérangère Doste, de l'ARS Île-de-France, pour leur collaboration tout au long de ces mois passés.

Enfin, nous remercions Julie Micheau, du Cabinet Plein Sens, pour avoir réussi à décrypter et retranscrire le mode d'exercice des sages-femmes libérales franciliennes avec respect et professionnalisme.

Nous espérons que ce travail permettra d'orienter la réflexion autour de la prochaine révision du zonage conventionnel et ouvrira sur d'autres études sur notre exercice libéral et plus largement sur l'évolution de notre profession dans sa globalité.

Laurence VAYER, Présidente
URPS Sages-femmes Île-de-France

1.

Contexte et objectifs de l'étude

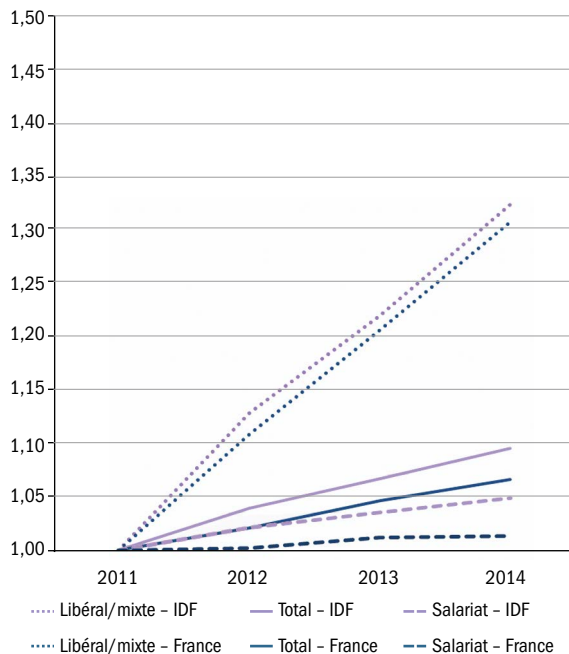
1.1. Un effectif de sages-femmes libérales en croissance très rapide

Au 1^{er} janvier 2014, le Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) recensait en Île-de-France 3 335 sages-femmes (dont 1,8 % sont des hommes). Parmi elles, 21,8 % ont un exercice libéral ou mixte, ce qui est en proportion un peu moindre qu'au niveau national (23,6 %) mais au total, ce sont plus de 15 % des libérales de métropole qui exercent en Île-de-France.

Le nombre des sages-femmes libérales connaît depuis plus de dix ans une croissance rapide, plus rapide que celui des sages-femmes total, et ce en France en général, et en Île-de-France en particulier. Le rythme actuel observé est celui d'un doublement des effectifs installés libéraux sur cinq ans dans la région (Figure 1).

FIGURE 1

Évolution en niveau des effectifs totaux et libéraux ou mixtes en Île-de-France et France métropolitaine - Indice 1 en 2011



Source : Drees, statistiques annuelles sur les professions de santé au 1^{er} janvier, Documents de travail, série Statistiques.

Rupture de série en 2011 : passage de données Adeli à des données issues du RPPS. Calcul Plein Sens.

1.2. Un dispositif conventionnel visant à réguler les installations

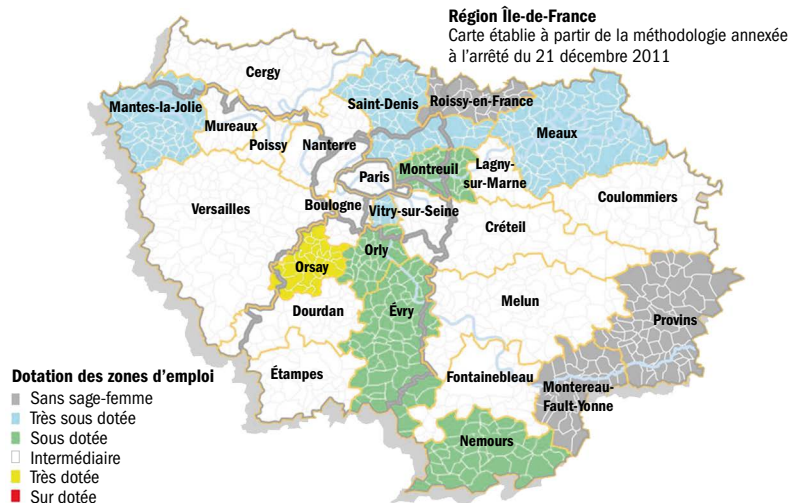
Le rythme des installations est donc en Île-de-France comme ailleurs, particulièrement soutenu. Mais depuis 2012, elles se font dans le cadre d'un dispositif de régulation. L'avenant n° 1 à la convention de 2007 liant les syndicats de sages-femmes à l'Assurance Maladie a découpé le territoire national en 364 zones d'emploi (zonage Insee de 1999), et a en fonction de la densité de sages-femmes libérales dans chaque zone (calculée pour 100 000 naissances domiciliées) défini : des zones sans sage-femme, des zones très sous dotées, des zones sous dotées, des zones intermédiaires, des zones très dotées et des zones sur dotées.

La régulation s'appuie sur un double dispositif d'incitation financière à l'installation dans les zones sans sage-femme, sous dotées ou très sous dotées et de limitation du conventionnement dans les zones sur dotées. Celui-ci n'étant plus accordé que si une sage-femme cesse ou réduit son activité d'au moins 50 %.

Les ARS peuvent faire varier la classification de certaines zones, et il leur revient de définir par arrêté le statut de chaque zone d'emploi. L'ARS d'Île-de-France a repris en l'état la catégorisation établie au niveau national et la région compte ainsi 26 zones (Figure 1) dont 3 sont au moment de l'arrêté définies comme sans sages-femmes, 4 sont « très sous dotées », 4 « sous dotées », 14 « intermédiaires » et 1 « très dotée ». Ainsi, selon ce principe de comparaison nationale, aucune zone d'Île-de-France n'est identifiée comme sur dotée et ne devant pas ouvrir à de nouveaux conventionnements.

CARTE 1

Niveau de dotation des zones d'emploi en sages-femmes libérales d'Île-de-France



Source : Zonage sages-femmes libérales en Île-de-France, CNAMTS 2012, traitement ARS Île-de-France/URPS sages-femmes IDF.

1.3. Une étude pour mieux comprendre les enjeux démographiques de l'exercice libéral

L'accélération des installations en libéral pose des questions, voire inquiète : cette croissance est-elle soutenable ? Y aura-t-il du travail pour tout le monde ? Par ailleurs, si l'idée d'une « bonne régulation » séduit, le dispositif retenu par la convention ne convainc pas. C'est dans ce contexte d'incertitude et de questionnement que l'URPS sages-femmes d'Île-de-France a souhaité approfondir l'analyse et disposer de données et de connaissances lui permettant de disposer d'outils critiques pertinents pour répondre aux questions ci-après.

La zone d'emploi est-elle la bonne zone pour définir l'offre de soins en sages-femmes libérales ? L'indicateur de densité calculé à partir des naissances est-il pertinent ? Plus fondamentalement : comment savoir si une zone est vraiment sur dotée ? À l'inverse, en incitant à l'installation dans des zones sous dotées, est-on sûr qu'une sage-femme libérale y trouvera suffisamment de travail pour atteindre l'équilibre économique souhaité ?

Formulé en des termes plus généraux, l'objectif est de comprendre comment doit-être évalué pour le métier de sage-femme libérale l'équilibre offre de soins libérale/demande de soins sur un territoire.

1.4. Un travail encore exploratoire appuyé sur des investigations quantitatives et qualitatives

Deux types de matériaux ont été mobilisés pour fonder la réflexion. D'une part, des statistiques démographies, d'activité et d'honoraires, fournissent des bases objectivées, permettant de décrire la diversité des situations territoriales ou des profils de pratiques. D'autre part, 7 zones d'emploi ont été choisies pour représenter un panel diversifié de territoires en termes de densité, et sur chacun, un certain nombre d'entretiens qualitatifs ont été réalisés : avec des sages-femmes libérales installées (36 au total) pour décrire qualitativement leur activité et leur pratique dans le contexte de leur territoire, avec des cadres de maternités, avec des responsables départementaux ou des sages-femmes de PMI, avec des responsables d'HAD.

Ce volet qualitatif permet de comprendre comment se construit localement une activité libérale, comment elle est déterminée et s'ajuste à une demande de soins locale. Loin d'être assez approfondie pour produire des monographies de territoire ou de zones, elle ouvre sur des questionnements utiles et permet de proposer des éléments de typologie.

In fine, le rapport d'étude propose une description raisonnée de l'activité libérale, de ses différentes composantes et des transformations qualitatives à l'œuvre. Il fournit des profils d'activité mais met surtout au jour l'extrême diversité des profils d'activité et de revenu. L'analyse territoriale permet d'identifier les limites du zonage conventionnel tel que défini actuellement et des recommandations sont proposées pour une adaptation du dispositif de régulation.

2.

Un exercice en mutation qualitative et quantitative

Les plus anciennement installées en libéral insistent : le métier n'est plus le même. Il est « mieux » car il s'est enrichi en contenu, il ouvre à des activités plus diversifiées, à des responsabilités plus affirmées. Il est clair que cette transformation est rapide et ce changement apporte à la fois son lot d'opportunités et son lot d'incertitudes.

Les opportunités ce sont les possibilités de diversification des activités, mais aussi le développement quantitatif de l'emploi libéral. Corollaire de ce développement, l'incertitude porte essentiellement sur les limites à prévoir à cette croissance : y aura-t-il du travail pour tout le monde ?

Pour l'instant, les choses sont – au moins en Île-de-France – assez majoritairement vécues par les sages-femmes libérales comme un processus vertueux : les sages-femmes font plus de choses, et ce faisant, elles font valoir leur savoir-faire et leurs compétences, et le déficit de reconnaissance qui les pénalise tendrait ainsi à s'estomper avec le temps. Comme le recours aux sages-femmes est plus fréquent, il gagne en légitimité.

Dans cette synthèse, insistons particulièrement sur trois facteurs de transformation majeurs qui soutiennent le développement du recours aux sages-femmes libérales : le changement de modèle des maternités, la mise en place du PRADO et le développement de l'activité de gynécologie de prévention.

2.1. Les maternités : du modèle autarcique au modèle ville-hôpital

À entendre les cadres de maternité, on comprend que les maternités ont des stratégies d'organisation des soins bien différentes. Quatre modèles semblent se dessiner :

- le modèle autarcique,
- le modèle flou,
- le modèle ville/hôpital,
- le modèle privé faux autarcique.

Le modèle autarcique est le modèle dans lequel la maternité prend en charge tôt et pour la totalité de ses patientes le suivi de la grossesse : consultations, préparation et suivi des éventuels épisodes pathologiques sont assurés par la maternité. Ce modèle s'explique par plusieurs facteurs : la force de l'habitude, le manque de recours possible en ville (pas de sages-femmes, peu de médecins en ville) ou aussi, le défaut de confiance dans la ville, en particulier vis-à-vis des sages-femmes libérales (à qui l'on concèdera tout au plus une part des préparations à la naissance). Il est pour tout ou partie de ces raisons considéré que la femme enceinte ne sera bien suivie qu'à l'hôpital.

Si ce modèle a encore cours, il semble un modèle du passé et dépassé. Il est remplacé par le modèle ville/hôpital qui est celui des établissements qui pensent et organisent la répartition claire des prises en charge entre la ville et l'hôpital. Conformément à sa vocation en termes de recours, l'hôpital centre ses prises en charge sur les patientes dont le niveau de risque le requiert effectivement et fait en sorte que la ville assure un maximum de soins. La maternité reçoit en début de grossesse la patiente pour une consultation dite d'orientation : le niveau de risque de la grossesse est déterminé et il est ainsi décidé que la patiente sera suivie en ville ou à l'hôpital. Dans une version moins coordonnée, la maternité reçoit les patientes à un terme déterminé.

Dans ce modèle ville/hôpital la durée des séjours d'hospitalisation en antepartum est réduite au minimum en s'appuyant sur des ressources de suivi au domicile (en HAD⁵ ou non). Le séjour post-partum est également réduit, les sorties précoces sont organisées de telle sorte qu'une sage-femme libérale prenne la suite au domicile, et ce, avant même la mise en place du PRADO⁶. Ce modèle traduit tout à la fois un changement de méthode et un changement de culture, il n'est possible que sur des territoires où il y a des ressources de ville suffisantes.

Le modèle flou est un modèle intermédiaire qui semble agir en fonction de contraintes de ressources (de lits ou de sages-femmes salariées) mais sans que ces contraintes ne donnent lieu à un modèle véritablement organisé de suivi en continu. L'hôpital se centre sur l'accouchement et « récupère » les patientes au 6^e, 7^e ou 8^e mois de grossesse : selon ses capacités. Il n'a pas forcément de vrai service organisé pour prendre en charge la pathologie à domicile, il revient aux sages-femmes des services de trouver une solution. Les durées de séjour en suites de couches diminuent et c'est le PRADO qui est venu assurer un suivi à domicile, et non l'initiative de l'hôpital à proprement parler. Le recours à la ville est opportuniste et irrégulier.

Ces trois premiers types concernent plutôt les maternités publiques ou de service public (ESPIC⁷). On notera que dans les établissements qui accueillent une grande part de patientes sans couverture sociale, le passage au modèle ville/hôpital est en partie limité car il n'est pas possible de s'appuyer sur une prise en charge libérale.

Le sens de l'histoire irait du modèle autarcique au modèle ville/hôpital. C'est une évolution qui concourt à mieux utiliser les compétences des sages-femmes qui sont davantage impliquées dans les consultations de suivi de grossesse, que ce soit en ville mais aussi au sein des établissements, c'est également un modèle qui soutient le développement et la viabilité de l'activité libérale par le recours aux consultations par les sages-femmes mais aussi en raison d'un plus grand recours au suivi médical à domicile.

Le dernier type concerne des établissements privés à but lucratif. Nous l'appelons modèle privé faux autarcique, car c'est une figure de prise en charge dans laquelle la clinique ou la maternité privée s'adjoint les services de sages-femmes libérales pour réaliser dans les locaux de l'établissement des consultations, de la préparation, des actes de monitoring de fin de

⁵ HAD : Hospitalisation à domicile.

⁶ PRADO : Programme d'accompagnement de retour à domicile (sous-entendu ici : maternité, il existe d'autres PRADO).

⁷ ESPIC : Établissement de santé privé d'intérêt collectif.

grossesse mais aussi de la rééducation périnéale. Il s'agit de proposer à la patiente une prise en charge intégrée en apparence. Les sages-femmes libérales qui ont leur cabinet dans l'établissement peuvent également être salariées de l'établissement. La motivation de l'établissement à internaliser est présentée comme un service offert à la patiente. Les sages-femmes libérales concernées expliquent aussi qu'en assurant des consultations à faible coût, sans dépassement, elles sont un levier pour attirer à la clinique des patientes à faibles ressources. Certains établissements parviennent ainsi à lutter en partie contre l'érosion de leur patientèle et à leurs difficultés financières.

2.2. Le suivi post-partum et le développement du PRADO

Mis en place très récemment, expérimenté en 2010 et généralisé en 2011, le Programme d'accompagnement de retour à domicile maternité (que nous appellerons PRADO dans la suite) s'est progressivement étendu sans toutefois concerner tous les établissements. Nous ne disposons pas de statistiques pour l'Île-de-France pour en apprécier la montée en charge. Dans son principe, le PRADO n'apporte rien de nouveau car il était tout à fait possible auparavant d'avoir recours à une sage-femme libérale au retour à domicile, mais la pratique en était peu répandue. Le PRADO a permis une « révolution » quantitative dans un contexte où le niveau de satisfaction des femmes quant à la préparation à la sortie de maternité était jusque-là très médiocre.

Les libérales interrogées témoignent de l'impact significatif de cette nouvelle demande de prise en charge sur le niveau de leur activité. Elles se trouvent ainsi suivre « leurs patientes » au retour de maternité, ou se rendent au domicile de patientes qui étaient suivies en ante-partum en maternité ou chez des médecins de ville.

Jusqu'ici les critères d'éligibilité conduisaient les conseillères de l'Assurance Maladie à proposer le PRADO à des assurées, femmes de plus de 18 ans, pour une naissance unique par voie basse, à terme, sans problème d'alimentation et hors sorties précoces. Ils ont récemment évolué pour inclure les césariennes sans complication. Par ailleurs, les sorties précoces pourraient ne plus systématiquement relever de l'HAD. Dans tous les cas, on comprend que le volume des prises en charge devrait augmenter pour les libérales.

2.3. La gynécologie de prévention

Compétence des sages-femmes définie par la loi HPST de 2009⁹, la gynécologie de prévention prend une part grandissante dans l'exercice libéral des sages-femmes. La consultation de gynécologie est une façon de rester en contact avec les patientes, le cas échéant jusqu'à une prochaine grossesse.

⁹ HPST : Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « Hôpital, patients, santé et territoire ».

Dans certaines zones sans gynécologue, la demande peut augmenter très rapidement. La façon d'y répondre dépend cependant de la façon dont la sage-femme s'estime apte à cette pratique. Les générations les plus jeunes ont bénéficié de programmes de formation initiale pleinement adaptés à cette modification du Code de la santé publique, ce n'est pas le cas de libérales exerçant de plus longue date qui ressentent souvent un besoin de formation complémentaire. On observe ainsi une pratique directement guidée par les compétences constituées.

Si quantitativement, la demande est encore limitée et ce volet d'activité restreint, elle représente une évolution qualitative significative pour la profession, et il est attendu qu'elle se développe quantitativement en raison de la démographie des gynécologues mais aussi en raison des avantages perçus par la patientèle à être suivie par une sage-femme : tant le prix de la consultation (bas) que sa durée (longue) semblent être des avantages comparés importants au bénéfice des sages-femmes libérales.

2.4. *In fine* : une croissance attendue de la demande de soins pour les sages-femmes libérales

On comprend ainsi que la demande de soins adressée aux sages-femmes libérales devrait continuer à augmenter significativement. Il semble en effet que les facteurs de croissance exogène et endogène se nourrissent mutuellement.

- Le facteur exogène c'est l'appel à la ville des maternités qui va croissant. L'intérêt bien compris des établissements de santé agis par des préoccupations de rentabilité les pousse à avoir de plus en plus recours à la ville pour assurer tout une partie du suivi ante-partum comme post-partum.
- Le facteur endogène est lié au processus d'auto-promotion qu'induit le développement du nombre de sages-femmes libérales. C'est le développement du nombre de sages-femmes libérales qui facilite le recours à la ville de la part des maternités. Simultanément, les compétences ajoutées en matière de suivi gynécologique permettent la montée en visibilité de sages-femmes assurant des soins de gynécologie et accroît progressivement le recours.

Les transformations sont récentes et non achevées. Cela rend la définition mathématique de ce que serait l'optimum d'une offre de soins équilibrée tout à fait illusoire. Récent et non achevé, le changement dans la répartition des soins internes ou externes dans les maternités. Récente et inachevée la définition de la prise en charge adaptée du post-partum. On fait plus qu'avant depuis la mise en place du PRADO, mais cela appelle de nouvelles régulations selon les filières et donc des modalités de recours à la ville mieux définies. Récente et en cours de développement la prise en charge par les sages-femmes du suivi gynécologique des femmes.

Raisonné un équilibre offre/demande dans ce contexte on ne peut plus mouvant reste une question très complexe. D'autant que les profils d'activité des sages-femmes sont loin d'être uniformes.

3.

Façons de pratiquer l'exercice libéral

L'étude a manqué de données détaillées sur l'activité des sages-femmes permettant de mesurer avec précision les catégories d'actes pratiqués et leur nombre. Les statistiques d'activité agrégées disponibles mises au regard des entretiens permettent toutefois de proposer une forme de classification des sages-femmes libérales en fonction de leur activité (sans pouvoir quantifier les effectifs de chaque profil). Se distinguent ainsi, des figures majeures :

- **L'itinérante** : La sage-femme libérale sans cabinet exerçant exclusivement au domicile de ses patientes : elle fait du suivi ante et post-partum. Elle ne fait pas de préparation à la naissance collective exigeant un local, mais peut en faire ponctuellement pour des mères durablement immobilisées ; de même elle ne fait pas ou très rarement de rééducation sauf indication pour le domicile. Longtemps mobilisée sur une patientèle « sous contrôle médical », elle a avec le PRADO désormais accès à du suivi post-partum à bas risque. Le succès de son activité tient à sa disponibilité : elle doit pouvoir répondre favorablement à un maximum de demandes, mêmes urgentes, surtout urgentes.
- **L'itinérante salariée** : elle a gardé un poste salarié ou réalise régulièrement des gardes. Son activité (en exercice mixte) est souvent prescrite par la maternité où elle travaille. Elle a une forme d'exclusivité au moins pour une certaine zone géographique. La contrainte de ses temps de travail à l'hôpital l'empêche parfois de répondre à certaines sollicitations : elle ne peut en particulier assurer de visites quotidiennes.
- **La préparatrice/rééducatrice** : si elle ne fait pas exactement que ces deux types d'actes, cela représente l'essentiel de son activité. Elle ne va pas à domicile. Elle maîtrise parfaitement son agenda et a une activité très « physiologique » qui lui convient.
- **La libérale « encapsulée »** : elle intervient exclusivement en complément d'une maternité. Elle a son cabinet dans la maternité, elle en assure les cours de préparation, le monitoring de fin de grossesse et si elle fait du domicile, elle fait les soins en ante et en post-natal pour les patientes de la maternité. Assez souvent, dans le privé, elle sait que les consultations de suivi resteront l'apanage des médecins sauf dans certaines maternités qui découvrent un intérêt à en confier une partie à des sages-femmes.
- **L'omnipraticienne** : c'est la sage-femme libérale ayant un cabinet, réalisant l'ensemble des actes prévus pour la profession, partageant son temps entre les visites à domicile et le cabinet. Elle conçoit son métier comme le plus complet possible : elle se réjouit et profite (plus ou moins selon les territoires) du développement du premier recours tant sur le suivi de grossesse que sur la gynécologie. Même si elle a toujours fait du suivi médical à domicile, le PRADO est venu renouveler sa situation : elle est en général plus sollicitée et s'est parfois réorganisée pour répondre au fil de l'eau à des demandes qui tombent potentiellement tous les jours. Son objectif est de suivre tant que possible les femmes de bout en bout. Parfois elle aspire à ce que l'accès à des plateaux techniques lui permette un jour de faire des accouchements. Si

sa charge de travail augmente, elle va assez souvent réduire au maximum la rééducation qu'elle juge souvent moins intéressante que les autres activités. Elle continuera à en faire mais uniquement pour ses patientes.

- **L'échographiste** : nous n'en n'avons pas rencontré, mais les statistiques d'activité montrent qu'il s'agit actuellement d'un profil très rare d'exercice en libéral.
- **Les accoucheuses** : elles assurent des accouchements en accédant à un plateau technique ou au domicile des patientes. Elles ont un profil particulièrement entreprenant, elles ont construit au fil du temps et avec une certaine détermination leur activité plus que d'autres qui peuvent paraître s'adapter à la demande. Elles ont de ce fait une activité extrêmement complète. Là encore, si le temps est compté, elles abandonnent facilement la rééducation sauf pour leurs patientes. De même, elles peuvent limiter les interventions à domicile à leurs patientes.

Cette diversité de pratique s'accompagne d'une diversité de temps de travail et de revenus. Actuellement, toutes les sages-femmes rencontrées ne travaillent pas le même nombre d'heures mais il est très difficile de poser une estimation fiable de leur temps de travail. Certaines ont des choix horaires stricts, conditionnés par leurs charges de famille, d'autres semblent travailler beaucoup, parfois sans compter. Un des avantages du libéral est la possibilité, dans une certaine mesure, de construire son emploi du temps.

Côté revenus, il semble entendu que le choix du libéral n'est pas un choix économique : les revenus sont modestes. Les sages-femmes interrogées parlent souvent de 2 000 à 2 200 euros de revenus nets par mois. Les statistiques nationales du ministère des Finances confirment que le revenu annuel moyen des sages-femmes en 2010 au niveau national était de 25 600 euros environ. Cela les situe entre le 7^e et le 8^e décile de la distribution des revenus salariaux des Français mais parmi les plus bas revenus des professions libérales du champ de la santé, loin derrière les infirmières et les masseurs-kinésithérapeutes (45 000 € environ) et plus encore des médecins, chirurgiens-dentistes ou pharmaciens.

Les sages-femmes qui ont une activité mixte, partagée entre salariat et activité libérale, ont des honoraires sensiblement plus bas en moyenne que les libérales exclusives, mais sans être moitié moindres. Elles semblent avoir une activité de l'ordre de 80 % en moyenne des exclusives, mais là encore avec une très large variance dans les niveaux d'honoraires.

Les données disponibles pour l'étude ne permettent pas d'établir un lien entre les types d'acte pratiqués et les revenus, mais ce qui ressort très nettement des entretiens, c'est qu'à activité égale (mesurée en nombre d'actes) le revenu peut varier considérablement car certaines sages-femmes semblent « prendre du temps », beaucoup parfois, pour réaliser chaque acte. Il en découle une grande variance des revenus, non sous l'effet du volume d'activité mais sous l'effet des durées dédiées à chaque catégorie d'acte.

Profession portée par un éthos professionnel très marqué et accordant une grande importance au soin relationnel, il est possible que la profession de sage-femme ait à devenir plus comptable de son activité et de son temps pour maintenir ou atteindre un niveau de revenu acceptable au regard de l'effort fourni et du niveau de formation atteint (Master après sélection au concours de la première année commune aux études de santé).

4.

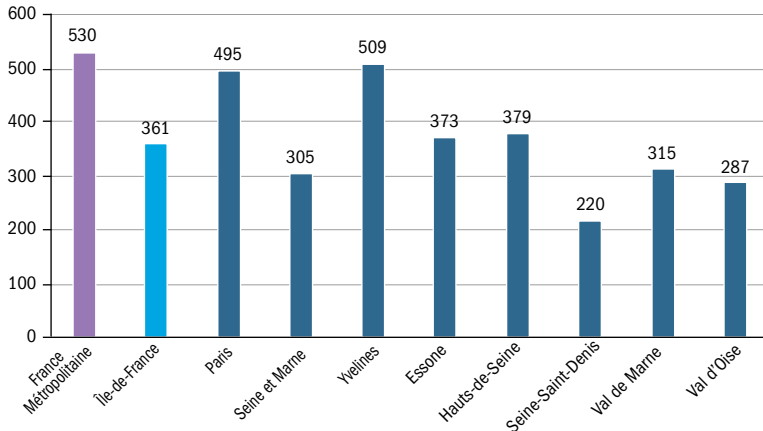
À la recherche du bon niveau de densité sur un territoire...

4.1. Une région faiblement dotée, mais connaissant de fortes variations de densité locale

L'Île-de-France se caractérise par une densité de sages-femmes libérales très en deçà de la moyenne nationale : calculée à partir des effectifs libéraux ou mixtes établis par la Drees⁹ au 1^{er} janvier 2013 rapportée aux naissances de 2012 (dernière année connue des données d'état civil), cette densité est de 361 en Île-de-France contre 530 en moyenne métropolitaine (Figure 2). Cette moyenne régionale connaît de fortes variations d'un département à l'autre : Paris et les Yvelines sont proches de la moyenne nationale, les autres départements ont une densité beaucoup plus basse située entre 300 et 350 et la Seine-Saint-Denis est très en retrait avec une densité de 220, soit à peine 40 % de la moyenne nationale.

FIGURE 2

Densité de sages-femmes libérales ou mixtes pour 100 000 naissances domiciliées au 1^{er} janvier 2012



Calcul : Effectifs libéraux ou mixtes au 1^{er} janvier de l'année 2013 pour 100 000 naissances de l'année 2012.

Source : Effectifs libéraux : Drees, données annuelles sur les professions de santé au 1^{er} - Naissances : Insee-État civil.

Pour disposer de données d'analyses plus détaillées que celles fournies annuellement en synthèse par la Drees (qui ne distinguent pas l'activité libérale de l'activité mixte), il a été demandé à l'ARS un fichier de recensement des sages-femmes pour toute la Région Île-de-France. Ainsi, dans ce fichier (RPPS

⁹ Drees : Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

Île-de-France en décembre 2013), on dénombrait 3 383 sages-femmes en activité et parmi elles :

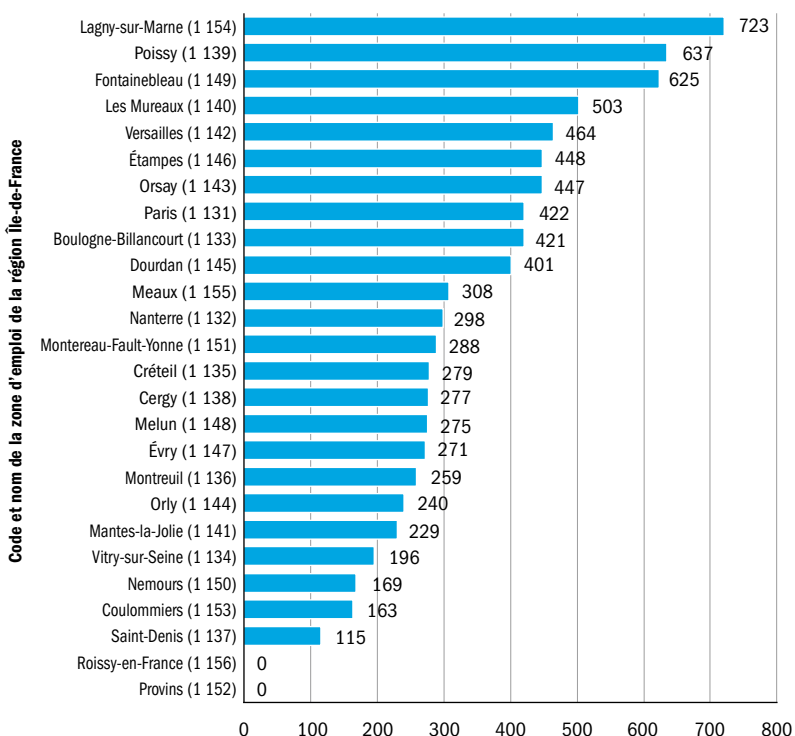
- 2 610 ont une activité en tant que salariée (79,9 %) ;
- 442 une activité en tant que libérale (13,1 %) ;
- 236 une activité en tant que libérale et salariée (7,0 %) ;
- 1 une activité en tant que bénévole (< 0,1 %) ;
- 1 une activité en tant que libérale et bénévole (< 0,1 %).

C'est cette population qui comptait donc 678 libérales ou mixtes que nous avons analysée. Le calcul des densités locales a été effectué en tenant compte de la multi-activité : une sage-femme qui a deux lieux d'exercice compte pour 0,5 dans chaque lieu (qu'il s'agisse d'un lieu d'activité libéral ou salarié). L'effectif pondéré total de libérales ou mixtes devient ainsi de 562 sages-femmes sur la Région.

Sur ces bases de calcul, il apparaît que la densité varie selon les zones d'emploi de 0 (Roissy, Provins) à 723 (Lagny-sur-Marne), avec une moyenne régionale de 310 (Figure 3). Certaines zones, très importantes en termes de volumes de naissances sont particulièrement peu denses : Saint-Denis, et dans une moindre mesure Montreuil.

FIGURE 3

Densité de sages-femmes libérales par zones d'emploi en Île-de-France en 2013



Calcul : Effectifs libéraux ou mixtes pondérés de décembre 2013 pour 100 000 naissances de l'année 2012.

Sources : Effectifs libéraux : RPPS décembre 2013 - Naissances : Insee-État civil Insee, Code officiel géographique.

Sept zones ont été retenues pour l'étude qualitative : deux zones classées intermédiaires – Nanterre et Créteil, deux zones classées sous dotées Montreuil et Évry, deux zones très sous dotées Mantes et Saint Denis et une zone sans sage-femme en 2011 mais ayant connu deux installations depuis : Montereau.

On peut s'étonner de ne pas trouver Paris qui représente 22 % de l'effectif régional dans cette liste des terrains d'étude qualitatifs mais il était impossible de faire un raisonnement sur l'offre et la demande de soins à l'échelle de la ville. Les maternités parisiennes n'ont pas de vocation locale à l'échelle d'un quartier et d'un arrondissement, c'est donc le système d'offre/demande de toute la capitale qui aurait nécessité d'être étudié. En outre, les entretiens qualitatifs avaient pour premier objectif de poser les typologies d'activité libérale telles que décrites ci-avant, et ces enseignements n'ont pas de spécificité territoriale propre en dehors de Paris, ils valent tout autant pour un exercice parisien.

L'analyse territoriale a d'abord confirmé que l'Île-de-France était loin d'être « saturée ». Si les installations parfois rapides à proximité de sages-femmes plus durablement installées inquiètent dans le principe, elles ne conduisent pas à des difficultés réelles. Il semble, et les chiffres de densité en témoignent, qu'il y ait encore de larges opportunités d'installation.

4.2. Une analyse du bon niveau d'offre de soins locale particulièrement complexe

Pour analyser l'offre de soins locale, il faut tenir compte du modèle de soins des maternités locales, de la densité de gynécologues et sans doute dans une moindre mesure de généralistes. La définition de ce qui fait la zone de « concurrence » locale d'une sage-femme libérale reste à trouver. À l'échelle des zones, on observe la très grande dispersion de l'offre complémentaire des médecins généralistes et gynécologues (Figure 4) : ainsi les 1 100 gynécologues et 9 900 généralistes d'Île-de-France ne sont pas du tout uniformément répartis, et si l'on observe des zones qui concentrent tous les soignants, d'autres sont faiblement dotées en tout.

L'offre de soins des sages-femmes de PMI est tout à fait significative et déterminante sur les territoires les plus défavorisés mais il s'agit bien d'une offre de soins complémentaire et non concurrente.

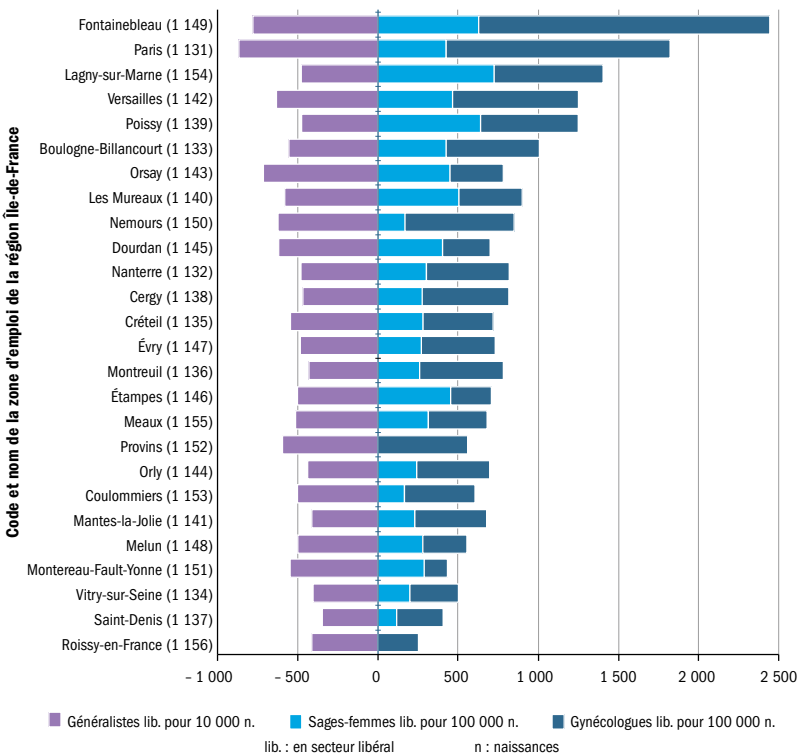
Il ressort des entretiens qu'on ne peut raisonner qu'en fonction de la densité de sages-femmes ou de médecins pour juger de l'opportunité d'une installation car les populations locales ont une plus ou moins grande propension au recours (aux soins en général, aux soins de la sage-femme en particulier). Cette propension semble s'expliquer par des facteurs sociaux : déterminants économiques, culturels ou juridiques (droits constitués à l'assurance maladie), mais aussi par une « habitude » induite par l'offre. L'installation dans une zone sans soignants peut se heurter à la difficulté de « faire connaître » l'offre de soins nouvelle à des populations qui s'en passaient jusqu'ici.

Certaines configurations locales sont à l'inverse particulièrement propices au développement rapide d'une activité libérale : le profil de la maternité, la proximité (géographique mais surtout relationnelle avec celle-ci), l'inscription dans un réseau de soins demandeur (médecins souhaitant s'appuyer sur les compétences des libérales pour la prise en charge des femmes enceintes).

Pour raisonner un projet d'installation, c'est l'ensemble de ces facteurs environnementaux qui méritent d'être pris en compte. La densité de sages-femmes n'est ainsi pas le seul paramètre à prendre en compte. Ce constat pourrait expliquer ce qui peut apparaître comme un mauvais choix : semble s'observer en effet une tendance à la concentration dans certaines villes ou territoires pour les installations les plus récentes. Il se peut que ces villes soient, au-delà de leur densité de sages-femmes des territoires favorables au recours.

Par ailleurs, il y a une autre raison de ne pas voir dans la relative concentration des installations un paradoxe, c'est qu'il ne faut pas confondre, comme semble le faire la convention, niveau de dotation élevé et sur-dotation. Car ce n'est pas parce qu'il y a plus de sages-femmes à tel endroit, qu'il y en a trop. En interdisant l'installation dans des zones dites « sur dotées », la convention a posé comme hypothèse que ces zones avaient une offre de soins surdimensionnée. Mais rien n'est moins sûr. Et la question qui reste à instruire est bien la suivante : à partir de quand y a-t-il trop de sages-femmes ? Ce n'est qu'en étudiant le lien entre données d'activités et densité que l'on pourrait instruire véritablement cette question. Il ne s'agit plus tant de constater qu'il y a plus de soignants à tel endroit que de savoir à partir de quel seuil absolu, leur nombre est excessif.

FIGURE 4
Densité cumulée par zones d'emploi en Île-de-France en 2013



Sources : RPPS, données fournies par l'ARS, décembre 2013.
Densités de Sages-femmes libérales et de gynécologues calculées pour 100 000 naissances (échelle droite) et densité de médecins généralistes pour 10 000 naissances (échelle gauche).
Insee, Code officiel géographique.

4.3. Propositions pour un dispositif de régulation rénové

Qualitativement, tout projet d'installation devra, nous l'avons dit, être raisonné en fonction d'une analyse locale des facteurs soutenant l'activité libérale, sans se limiter à l'évaluation de la densité de sages-femmes. Reste qu'il faut également disposer d'une bonne aide à la décision quantitative en ce qui concerne la densité et, en l'état, il semble que le dispositif conventionnel soit peu pertinent.

Tout d'abord, la zone d'emploi telle que définie comme zone de référence pour le dispositif de régulation des installations paraît incohérente. Les zones sont de taille (en nombre de naissances comme en étendue géographique) tout à fait hétérogènes. Le dispositif de régulation ne s'appuie ici sur aucune logique d'accessibilité. Sur les zones les plus étendues le niveau de densité moyen recouvre de grandes disparités locales : des installations concentrées sur une poignée de communes proches et un désert alentour parfois. Une zone pourrait être durablement classée comme intermédiaire ou sous dotée tout en contenant des territoires tout à fait sur dotés au sens de la norme de densité nationale retenue par l'Assurance Maladie. Il faut donc abandonner ce zonage.

Une autre question était de savoir si la densité calculée à partir du seul nombre de naissances était le bon indicateur de densité. Notre analyse est qu'en théorie il serait pertinent de retenir un indicateur mixte à partir du nombre de naissances et du nombre de femmes en âge de procréer, mais que l'élaboration de cet indicateur « sophistiqué » comporterait une part d'arbitraire important : il nécessiterait de faire des choix discutables de quantum de temps consacré respectivement à la naissance et à la gynécologie. Au total, il serait tout aussi discutable qu'un indicateur imparfait mais simple comme celui des naissances. Par ailleurs, seul l'indicateur des naissances permet, grâce aux données d'état civil, des calculs localisés sur tout type de zonage, et actualisés annuellement. Tout concourt – d'un point de vue théorique comme pratique – à écarter la référence au nombre de femmes en âge de procréer pour définir une densité.

Partant de ces deux constats, notre proposition est d'évoluer vers un principe de régulation tout à fait différent, dont les paramètres numériques restent à définir, mais dont les principes sont les suivants.

→ Il s'agit d'abandonner un système qui définit de façon relative la sur-dotation et la sous-dotation pour s'obliger à définir une norme de dotation souhaitable. De même, une norme de dotation en deçà de laquelle l'installation doit être incitée et soutenue doit être définie.

Deux seuils absolus sont donc à établir : seuil d'incitation et seuil de conventionnement.

→ Le calcul du niveau de dotation local doit être actualisé car on ne peut se satisfaire d'un système figé sur cinq ans alors que les installations se font selon un taux de croissance extrêmement rapide.

→ La zone de référence pour calculer la densité d'un territoire doit être définie en tenant compte de l'accessibilité. Il faut donc s'accorder sur un périmètre de recours (éventuellement différent en zones rurale et urbaine) : X kilomètres, X minutes de temps d'accès.

- La densité de sages-femmes libérales doit inclure les effectifs de PMI.
- Chaque sage-femme installée doit compter pour 1 même si elle a une activité salariée : on constate en effet que l'activité des sages-femmes qui ont une activité mixte est plus faible en moyenne que celle des libérales exclusives, mais est bien supérieure à une demi-activité. Et par ailleurs, l'activité mixte peut se transformer vers une activité exclusivement libérale dans le temps.

D'un point de vue opérationnel, il s'agirait d'autoriser ou non le conventionnement en un nouveau point d'installation si la densité calculée sur un périmètre de recours centré sur le point d'installation en projet est inférieur au seuil absolu de conventionnement. Le calcul de la densité de sage-femme est un calcul actualisé et localisé.

Il n'y aurait ainsi plus de zonage figé, mais une estimation localisée de la densité de sages-femmes libérales. Cela n'interdit pas bien sûr un suivi statistique de la densité sur des mailles géographiques de pilotage (département, canton, pseudo-canton, bassin de vie en zone rurale...), mais le calcul de la densité donnant lieu à conventionnement ou pas serait un calcul *hic et nunc* et non un calcul moyen et figé dans le temps sur un territoire arbitraire.

Conclusion

Ce premier travail avait une vocation exploratoire : comment mieux penser la répartition des sages-femmes libérales sur le territoire francilien ? Il confirme que l'analyse des variations qualitatives et quantitatives d'offre et de demande de soins libéraux de sages-femmes est complexe.

Cette complexité vient de ce que le système de « concurrence » de la sage-femme libérale est en soi complexe : maternités, médecins gynécologues déterminent en partie ce qui revient non pas de droit mais de fait à la sage-femme libérale. Cette complexité vient aussi de ce que le système de soins se transforme très rapidement : l'exercice libéral se développe et est appelé à se développer encore, renouvelant ses pratiques et acquérant une nouvelle légitimité en évoluant vers un accompagnement plus large des femmes et de la grossesse.

L'Île-de-France est dans une situation qui paraît peu critique en raison d'une densité moyenne encore basse. Mais il est clair que le dispositif de régulation, dans sa configuration actuelle, « ne régule rien ». D'une part, les zones sont trop grandes pour laisser paraître les effets de concentrations locales possibles. D'autre part, la caractérisation des zones à partir de données de densités de 2011 est bien évidemment obsolète dans un contexte d'installations rapides. La proposition d'évoluer vers un système de régulation qui obligerait à poser une norme absolue de bonne densité minimale (seuil d'incitation) et maximale (seuil de conventionnement) et à piloter localement à partir de données actualisées de densité, permettrait de sortir de ce système aveugle aux transformations réelles du territoire.

D'évidence, il reste beaucoup de travaux d'études à mener pour bien cerner la question. Nous citerons ici ceux qui nous semblent les plus urgents :

- l'étude des modèles de prise en charge des maternités et de leur évolution prévisible ;
- l'analyse quantitative détaillée du lien entre contenu et niveau d'activité des libérales et densité ;
- l'étude qualitative de quelques territoires parmi les plus dotés (de ce fait pas nécessairement en Île-de-France).

The background features a collection of geometric shapes in various shades of blue. There are several squares and rectangles, some with solid colors and others with thin blue outlines. The shapes are scattered across the page, with some overlapping. A large, solid blue rectangle is positioned in the upper right, and another large, solid blue rectangle is in the lower right. A large, solid blue rectangle is also in the lower left. A large, solid blue rectangle is in the center, containing the text. Several smaller squares and rectangles are scattered around the central rectangle, some with outlines and some with solid colors. The overall design is modern and minimalist.

PARTIE II

**DES COMPÉTENCES ÉLARGIES,
MAIS ENCORE PEU PRATIQUÉES**

1.

L'évolution de l'environnement réglementaire

**Les compétences des sages-femmes :
de l'accouchement à la prise en charge de la santé
de la femme sans problème de santé particulier**

Anny GOLFOUSE

Observatoire national de la démographie des professions de santé



Observatoire National de la Démographie
des Professions de Santé

ONDPS



1.

Le dispositif réglementaire

La profession de sage-femme est une profession médicale¹ à part entière, mais à domaine défini dans la partie législative du Code de la santé publique, les actes nécessaires à la pratique étant énumérés (R.4127-318²) dans la partie réglementaire du même code qui inclut le Code de déontologie de la profession, édicté par le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes (R-4127-301 à 4127-367).

Ainsi, l'article R.4127-313 du Code de déontologie précise que : « dans l'exercice de sa profession, la sage-femme ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, effectuer des actes ou donner des soins, ni formuler des prescriptions dans les domaines qui débordent sa compétence professionnelle ou dépassent ses possibilités. »

Toutefois, paradoxalement, aucun des actes présents à la nomenclature des sages-femmes n'est juridiquement exclusif : **toutes les compétences des sages-femmes sont des compétences partagées**, qui peuvent être réalisées par d'autres professionnels de santé agissant dans le respect de leur champ de compétences.

2.

D'importantes évolutions depuis une dizaine d'années

Depuis une dizaine d'années et plus particulièrement depuis la loi HPST du 21 juillet 2009, le champ de compétences des sages-femmes s'est considérablement élargi autour de la périnatalité, mais aussi **dans le champ de la gynécologie** : l'évolution des textes réglementaires traduit le fait que leurs missions, leur rôle et leur mode d'exercice sont en pleine mutation, laquelle s'opère concomitamment à une très forte augmentation de l'effectif de sages-femmes, en particulier à mode d'exercice libéral (**voir Partie I-2**).

L'évolution se poursuit avec la loi de modernisation de notre système de santé³, les articles 127 et 134 disposent que les sages-femmes sont autorisées à prescrire des substituts nicotiniques et à vacciner l'entourage de la femme enceinte et à **pratiquer des IVG médicamenteuses⁴**.

¹ Les professions médicales sont les seules professions pouvant exercer des actes médicaux à proprement parler et ayant le droit de prescription, même si celui-ci est parfois dit défini (il ne doit pas dépasser le cadre de compétence de la profession). Elles sont inscrites au Livre I^{er} de la quatrième partie législative du Code de la santé publique. Trois professions y figurent : les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes.

² Article R4127-318 du Code de déontologie des sages-femmes, modifié par le décret n° 2012-881 du 17 juillet 2012 - art. 1. Version en vigueur le 20 juillet 2012.

³ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1).

⁴ En 2012, il y a eu 118 000 IVG médicamenteuses en France, ce qui représente 57 % des IVG.

Ces dispositions doivent permettre d'améliorer l'accès de la population féminine en matière de suivi gynécologique et de périnatalité : en effet, aujourd'hui, **la sage-femme, en tant que profession médicale de premier recours, exerce en toute autonomie la prise en charge gynécologique et obstétricale des femmes sans problème de santé particulier. Elle participe également au suivi des nouveau-nés en bonne santé.**

3.

Aujourd'hui

3.1. Les compétences des sages-femmes liées à la grossesse et l'accouchement

Selon l'article L4151-1 du Code de la santé publique, « l'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance 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 »⁵.

Dans la mesure où la grossesse, l'accouchement et le post-partum restent physiologiques, la sage-femme travaille en autonomie. Elle doit donc, en cas de pathologie ou de dystocie, faire appel à un médecin⁶.

Elle a un **droit de prescription limité**. La sage-femme peut prescrire certains dispositifs médicaux, les examens cliniques et para cliniques nécessaires à son exercice professionnel et les médicaments figurant sur la liste fixée par arrêté ministériel⁷. Elle est autorisée par la loi du 9 août 2004 à faire la déclaration de grossesse et **pratiquer l'examen postnatal de la mère six à huit semaines après l'accouchement eutocique** (si la grossesse ainsi que l'accouchement ont été physiologiques).

3.2. Les compétences des sages-femmes liées à la contraception et au suivi gynécologique des femmes

L'article L. 5134-1 du Code de la santé publique permet aux sages-femmes de prescrire « une **contraception hormonale dans les suites de couches**, lors de l'examen postnatal et après une interruption volontaire de grossesse. »⁸ La sage-femme peut également participer aux consultations de planification familiale (article L. 4151-1 du Code de la santé publique).

⁵ Article L. 4151-1/art. 38 (modifié par la loi du 7 juillet 2011).

⁶ L. 4151-3.

⁷ L. 4151-4 et arrêté du 12 octobre 2011.

⁸ Article L. 5134-1 du Code de la santé publique modifié par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique paru au *Journal officiel* le 11 août 2004.

Pour la première fois, en 2009, la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) du 21 juillet octroie des compétences aux sages-femmes qui dépassent le cadre de la grossesse. En effet, le dernier alinéa de l'article L. 4151-1 du Code de la santé publique précise que « 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 ». Aujourd'hui, ces praticiennes ont donc un rôle très important en ce qui concerne la contraception. Elles peuvent également effectuer la prescription, la pose, la surveillance (clinique et para clinique) et le retrait des dispositifs intra-utérin (DIU) et des implants.

R4127-318 du Code de la santé publique/avant le vote de la loi de modernisation de notre système de santé

Modifié par Décret n° 2012-881 du 17 juillet 2012 - art. 1

I. Pour l'exercice des compétences qui lui sont dévolues par l'article L. 4151-1 :

1° La sage-femme est autorisée à pratiquer l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de pathologie, concernant :

- a) Les femmes à l'occasion du suivi gynécologique de prévention et de la réalisation de consultations de contraception ;
- b) Les femmes pendant la grossesse, l'accouchement et durant la période postnatale ;
- c) Le fœtus ;
- d) Le nouveau-né ;

2° La sage-femme est notamment autorisée à pratiquer :

- a) L'échographie gynéco-obstétricale ;
- b) L'anesthésie locale au cours de l'accouchement ;
- c) L'épisiotomie, la réfection de l'épisiotomie non compliquée et la restauration immédiate des déchirures superficielles du périnée ;
- d) La délivrance artificielle et la révision utérine ; en cas de besoin, la demande d'anesthésie auprès du médecin anesthésiste-réanimateur peut être faite par la sage-femme ;
- e) La réanimation du nouveau-né dans l'attente du médecin ;
- f) Le dépistage des troubles neurosensoriels du nouveau-né ;
- g) L'insertion, le suivi et le retrait des dispositifs intra-utérins et des implants contraceptifs ;
- h) La rééducation périnéo-sphinctérienne en cas de troubles consécutifs à un accouchement ;
- i) Des actes d'acupuncture, sous réserve que la sage-femme possède un diplôme d'acupuncture délivré par une université de médecine et figurant sur une liste arrêtée par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur, ou un titre de formation équivalent l'autorisant à pratiquer ces actes dans un État membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

II. La sage-femme est également autorisée, au cours du travail, à effectuer la demande d'analgésie loco-régionale auprès du médecin anesthésiste-réanimateur. La première injection doit être réalisée par un médecin anesthésiste-réanimateur. La sage-femme peut, sous réserve que ce médecin puisse intervenir immédiatement, pratiquer les réinjections par la voie du dispositif mis en place par le médecin anesthésiste-réanimateur et procéder au retrait de ce dispositif.

III. Dans le cadre des dispositions de l'article L. 4151-3, la sage-femme est autorisée à réaliser les examens cliniques et techniques prescrits par un médecin en cas de pathologie maternelle ou fœtale identifiée.

4.

Conclusion

L'évolution réglementaire du champ de compétences des sages-femmes, dont certaines d'ailleurs, comme la pratique de l'IVG médicamenteuse, ne font pas l'unanimité au sein de la profession, a mis en place un cadre qui modifie en profondeur leur rôle dans le système de santé.

Cette mutation théorique, concomitante avec la forte croissance des effectifs en mode d'exercice libéral en ville, a-t-elle déjà modifié la pratique et l'activité des sages-femmes ? Aujourd'hui, l'organisation de la formation initiale et de la formation continue, destinée aux actives plus âgées ayant suivi un enseignement qui n'incluait pas encore les nouvelles compétences, permet-elle à l'ensemble des professionnelles de participer réellement à ces changements ? Des éléments de réponse sont apportés dans la suite de l'ouvrage.

2.

L'activité libérale des sages-femmes

Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins (DDGOS)
Direction de l'offre de soins (DOS)
Département des professions de santé (DPROF)

Caisse nationale de l'Assurance Maladie
des travailleurs salariés (CNAMTS)



1.

La nomenclature des actes et son évolution

L'ensemble des actes des sages-femmes et leur cotation qui définit le tarif de remboursement sont répertoriés au sein la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP). Tout acte est désigné par une lettre clé (SF pour les actes propres aux sages-femmes), et un coefficient. **Voir annexe.**

L'élargissement du champ de compétences des sages-femmes, décrit précédemment dans cet ouvrage, s'est en partie traduit par une modification de cette nomenclature.

Ainsi, **depuis 2012**, certains actes ainsi que les tarifs ont évolué vers une convergence avec ceux des médecins, notamment dans le suivi gynécologique des patientes, avec une modernisation des libellés de leur nomenclature (exemple : alignement des libellés portant sur les actes d'échographies avec ceux des médecins).

L'ensemble de ces mesures amorcées en 2012 a abouti à l'ouverture de la classification commune des actes médicaux (CCAM) aux sages-femmes en mars 2016. Ce basculement en CCAM permettra une meilleure reconnaissance et une meilleure visibilité de l'activité des sages-femmes, par une description plus affinée de leurs actes techniques médicaux et par conséquent un meilleur suivi de leur pratique. **Aussi, à compter du 11 mars 2016, les actes techniques des sages-femmes, à compétence partagée avec les médecins, sont codés et facturés en CCAM.**

Au-delà, il s'agit également de finaliser la mise en œuvre de la CCAM pour les trois professions médicales : médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes.

Les actes techniques suivants des sages-femmes inscrits en CCAM sont donc supprimés de la NGAP depuis le 11 mars 2016 :

- actes de contraception et de gynécologie,
- actes d'accouchement et actes techniques de la grossesse et du post-natal,
- actes de suivi et d'échographie de la grossesse.

Les actes dits « cliniques » (consultations, suivi de la grossesse, préparation à la naissance...) resteront décrits et facturables en NGAP, de même que les actes infirmiers des sages-femmes (en SFI) et les actes de rééducation périnéo-sphinctérienne.

2.

Les principaux facteurs d'évolution depuis 2010

L'ensemble des honoraires perçus (hors frais de déplacement) par les sages-femmes libérales s'élèvent à **223 M€ en 2014** ; se sont ajoutés les frais de déplacement pour un montant de 14,3 M€ soit 6 % du total des 237 M€.

Près d'un million de patientes ont bénéficié de soins de sages-femmes dont 8 % sont bénéficiaires de la CMU-C.

Les honoraires correspondants ont augmenté de 11 % entre 2013 et 2014, soit une évolution proche de celles déjà observées chaque année, **depuis 2010**. En effet, sur la période 2010-2014, l'ensemble des **honoraires perçus par les sages-femmes a augmenté en moyenne de 11 % par an**.

Le nombre total d'actes augmente de 8,6 % entre 2013 et 2014. En moyenne, **le nombre total d'actes progresse de 7,4 % par an**, à un rythme un peu moins rapide que celui des honoraires.

Ces évolutions s'expliquent principalement par une progression dynamique des **effectifs** de sages-libérales : depuis 2010, leur nombre a progressé de **9,0 % en moyenne par an**, passant de 3 265 sages-femmes libérales en 2010 à 4 604 en 2014.

Ainsi, en neutralisant l'effet démographique des sages-femmes, on peut voir que les **honoraires moyens par sage-femme** ont augmenté de 1,3 % entre 2013 et 2014, évolution proche de celle observée en moyenne entre 2010 et 2014, **soit 1,5 %**.

Par contre, le nombre d'actes moyen par professionnel baisse légèrement entre 2013 et 2014, soit - 0,9 %. Ceci confirme la tendance observée **depuis 2010 avec une diminution moyenne du nombre d'actes par sage-femme de - 1,5 %** en moyenne les 5 dernières années. La valeur de l'acte moyen des sages-femmes a donc augmenté passant de 24,1 € en 2010 à 27,1 € en 2014. Cette augmentation est le résultat combiné de revalorisations d'actes et de changement dans la structure d'activité (intégration de nouveaux actes, modification des libellés...).

Le taux de remboursement moyen des actes des sages-femmes est de 96 %, du fait d'une prise en charge à 100 % à partir du 6^e mois de grossesse sur le risque maternité.

TABLEAU 1

Données globales d'activité des sages-femmes libérales

	2010	2011	2012	2013	2014	Évolution 2013-2014	TCAM 2010-2014
Effectifs libéraux	3 265	3 498	3 842	4 203	4 604	9,5 %	9,0 %
Quantité d'actes (en millions)	6,2	6,6	6,9	7,6	8,2	8,6 %	7,4 %
Honoraires remboursables (en millions d'euros)	149,1	160,2	173,5	200,8	222,8	11,0 %	10,6 %
Quantité moyenne d'actes par SF	1 893	1 878	1 801	1 800	1 784	- 0,9 %	- 1,5 %
Honoraires remboursables moyens par SF	45 670	45 800	45 154	47 784	48 401	1,3 %	1,5 %

Source : SNIIRAM EXE, France entière, tous régimes en date de remboursement et SNIR-PS pour les effectifs (SF libérales ayant perçu au moins un euro d'honoraires l'année étudiée)- les frais de déplacement ne sont pas compris dans les montants.

3.

L'activité des sages-femmes libérales par type d'actes

3.1. Le bilan en 2014

L'activité des sages-femmes peut être décrite dans un premier temps **en fonction du type d'actes réalisés**. Ces types d'actes correspondent aux différentes lettres-clés utilisées pour facturer les honoraires.

En 2014, les sages-femmes ont réalisé 8,2 millions d'actes dont **79 %** sont des actes cotés avec la lettre-clé **SF** (actes techniques spécifiques des sages-femmes). Cette activité majoritaire peut être décrite plus précisément grâce aux coefficients facturés avec cette lettre-clé (cf. infra, Zoom sur la lettre-clé SF).

Ensuite, viennent les consultations au cabinet cotées en **C** représentant **12 %** de l'activité et les visites au domicile cotées en **V** représentant **3 %** de l'activité.

Deux autres types d'actes sont par ailleurs concentrés sur un nombre très réduit de sages-femmes :

- les actes de soins infirmiers, cotés avec la lettre-clé **SFI** couvrent **4 %** de l'activité totale des sages-femmes, mais cette activité se concentre sur quelques sages-femmes de l'ordre de 40, qui réalisent plus de **80 %** de leurs honoraires en SFI ;
- les actes d'échographie cotés en **KE** représentent **2 %** de l'activité totale des sages-femmes, mais sont réalisés par des sages-femmes spécialisées en échographie¹ : elles sont de l'ordre d'une centaine de sages-femmes à réaliser plus de **80 %** de leurs honoraires en échographie. Les honoraires en KE de ces sages-femmes représentent **83 %** des honoraires totaux cotés en KE.

L'activité en soins de suivi post-natal cotée en **SP** concerne 41 000 actes cliniques, soit **moins de 1 %** des actes réalisés par l'ensemble des sages-femmes libérales. Il s'agit de séances individuelles, au cabinet ou au domicile, comportant des actions de prévention et de suivi éducatif en cas de besoins particuliers décelés pendant toute la grossesse ou reconnus après l'accouchement chez les parents ou chez l'enfant, en réponse à des difficultés ou des situations de vulnérabilité qui perdurent ou à des demandes des parents.

Entre 2013 et 2014, l'évolution a été très différenciée selon le type d'actes.

Alors que le nombre d'actes a augmenté de 8,6 %, les actes cotés en SF progressent de 7,2 % (l'évolution en honoraires est proche avec 7,1 %), les consultations (C) et les visites (V) respectivement de 27,9 % et de 31,3 %. Du fait, de leur revalorisation en avril 2013, les honoraires issus de la consultation et des visites ont progressé plus vite que le nombre d'actes avec une évolution respectivement de 36,2 % et de 39,7 %. Enfin, les actes d'échographie ont augmenté de 34,1 % (37,7 % en honoraires).

¹ Formation spécifique adaptée (AUEC, DU, DIU d'échographie obstétricale).

TABEAU 2

Ventilation de l'activité des sages-femmes libérales par type d'actes (lettre-clé)

Types d'actes	Quantité d'actes (en milliers)			Honoraires remboursables (en millions d'euros)			Nombre de bénéficiaires (en milliers)	
	2014	Part	Évolution 2013-2014	2014	Part	Évolution 2013-2014	Total	Part CMJ-C
Consultations (C)*	976,7	12 %	27,9 %	22,7	10 %	36,2 %	458	7 %
Visites (V)	272,0	3 %	31,3 %	6,6	3 %	39,7 %	160	7 %
Soins de sages-femmes (SF)	6 451,2	79 %	7,2 %	179,9	81 %	7,1 %	804	6 %
Échographies (KE)	175,2	2 %	34,1 %	10,7	5 %	37,7 %	82	13 %
Soins post-nataux (SP)	40,9	0 %	- 3,5 %	0,8	0 %	- 3,7 %	30	4 %
Soins infirmiers (SFI)	298,9	4 %	- 25,7 %	2,1	1 %	- 25,3 %	7	6 %
Total honoraires (hors frais de déplacement)	8 215,0	100 %	8,6 %	222,8	100 %	11,0 %	993	8 %
Frais de déplacement				14,2		11,9 %		
Total honoraires et frais de déplacement				237,1		11,0 %		

Source : SNIIRAM EXE, France entière, tous régimes en date de remboursement et SNIIRAM BEN pour la patientèle (attention une même patiente peut être comptée plusieurs fois si elle a bénéficié de plusieurs types d'actes).

3.2. Évolution de la structure d'activité des sages-femmes entre 2010 et 2014 (en nombre d'actes)

La structure d'activité des sages-femmes s'est transformée entre 2010 et 2014.

En effet, depuis 2010, **la part des actes cliniques (C-CG²-V-SP)** dans l'activité des sages-femmes **est passée de 8,4 % à 15,7 %** soit une augmentation moyenne du nombre d'actes cliniques de 25 % par an.

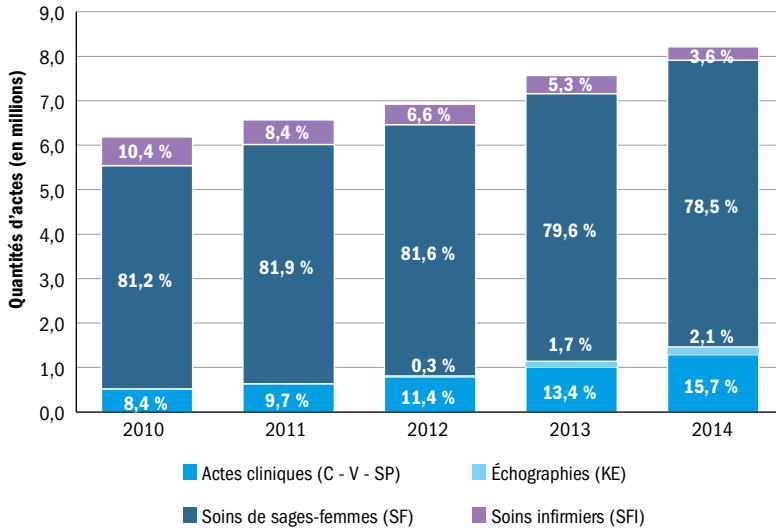
Au premier abord, la part des actes cotés en SF semble avoir diminué depuis 2010 (- 2,7 points). Il s'agit en fait d'un basculement des échographies, cotées en SF auparavant et qui sont cotées en KE depuis septembre 2012. Lorsque l'on fait la somme des actes cotés en SF et des actes cotés en KE, cette part passe de 81,2 % à 80,6 % des actes : la baisse est moindre avec - 0,6 point. En 2014, les actes d'échographie représentent 2,1 % des actes des sages-femmes.

Par contre, la part des actes de soins infirmiers (SFI) a fortement diminué pendant les cinq dernières années, passant de 10,4 % des actes réalisés par les sages-femmes libérales en 2010 à 3,6 % en 2014.

² La lettre-clé CG a été supprimée en avril 2013.

FIGURE 1

Évolution de la structure d'activité des sages-femmes entre 2010 et 2014 par type d'actes
(en nombre d'actes)



Source : SNIIRAM EXE, France entière, tous régimes en date de remboursement.

3.3. Zoom sur la lettre-clé SF : répartition par coefficient

3.3.1. En 2014

Les actes techniques spécifiques des sages-femmes cotés en SF représentent près de 80 % de l'activité des sages-femmes avec près de 6,5 millions d'actes pour 180 M€ d'honoraires perçus. **Près de 804 000 patientes** ont bénéficié d'au moins un acte coté en SF (81 % des patientes des sages-femmes libérales).

Pour mémoire, les sages-femmes facturent leurs actes en tarifant avec une lettre clé et un coefficient. Un couple lettre-clé/coefficient permet d'identifier l'acte réalisé par la sage-femme (par exemple, SF7 pour la rééducation périnéale), sauf quand un même couple lettre-clé/coefficient correspond à plusieurs actes différents (par exemple, SF15 peut être coté pour une préparation à la naissance ou un suivi de grossesse).

Parmi les actes cotés en SF, l'acte le plus fréquemment réalisé est celui de la rééducation périnéale coté SF7. Il représente **46 % des actes en SF (soit près de 37 % de l'ensemble des actes réalisés par les sages-femmes et remboursés)** et près d'un tiers des honoraires des sages-femmes pour la lettre-clé SF. 382 400 patientes ont eu au moins une séance de rééducation périnéale soit en moyenne 7,8 séances par patiente. Ces patientes représentent 38,5 % de la patientèle des sages-femmes libérales.

Selon une étude réalisée³ sur la consommation de soins dans les 6 mois suivants l'accouchement, les femmes ayant accouché **par voie basse sont 54 %** à avoir eu recours à la rééducation périnéale. Pour leur rééducation périnéale post-accouchement, elles sont environ trois-quarts à être suivies par une sage-femme et un quart à être suivies par un masseur-kinésithérapeute. Le nombre moyen de séances est de l'ordre de 8 séances.

Pour les femmes ayant accouché **par césarienne, elles sont 39 %** à avoir eu recours à la rééducation périnéale. Elles sont environ 60 % à être suivies par une sage-femme et près de 40 % à être suivies par un masseur-kinésithérapeute.

La préparation à la naissance et le suivi de grossesse représentent environ **43 % de l'activité en quantité d'actes** et 55 % des honoraires de la lettre clé SF.

TABLEAU 3

Ventilation des actes cotés en SF par coefficient

Actes	Quantité d'actes (en milliers)			Honoraires remboursables (en millions d'euros)			Nombre de bénéficiaires (en milliers)	
	2014	Part	Évolution 2013-2014	2014	Part	Évolution 2013-2014	Total	Part CMU-C
Rééducation périnéale (SF7)	2 964,5	46 %	8,6 %	58,1	32 %	8,6 %	382	4 %
Préparation naissance (SF6)	105,7	2 %	- 6,1 %	1,8	1 %	- 5,8 %	37	4 %
Préparation naissance (SF11,6)	990,8	15 %	- 1,2 %	32,2	18 %	- 1,1 %	216	2 %
Prépa. Nais ou Suivi grossesse (SF15)	856,3	13 %	3,1 %	36,3	20 %	3,2 %	306	5 %
Prépa. Nais ou Suivi grossesse ou Forfait journalier (SF12)	766,2	12 %	6,4 %	25,9	14 %	6,5 %	233	5 %
Forfait journalier (SF16 ou SF16,5)	380,8	6 %	30,6 %	18,1	10 %	32,3 %	279	6 %
Suivi grossesse (SF22)	47,3	1 %	1,9 %	2,9	2 %	2,1 %	7	6 %
Suivi grossesse (SF9)	17,8	0 %	- 5,5 %	0,5	0 %	- 6,1 %	4	10 %
Suivi gynécologique (8 coefficients*)	82,9	1 %	96,9 %	1,6	1 %	99,7 %	72	8 %
Accouchements (4 coefficients**)	1,8	0 %	10,6 %	0,6	0 %	19,4 %		
Autres	237,0	4 %	6,5 %	4,0	2 %	17,5 %		
TOTAL Actes en SF	6 451,2	100 %	7,2 %	179,9	100 %	7,1 %	804	6 %

Source : SNIIRAM EXE, France entière, tous régimes en date de remboursement et SNIIRAM BEN pour la patientèle.

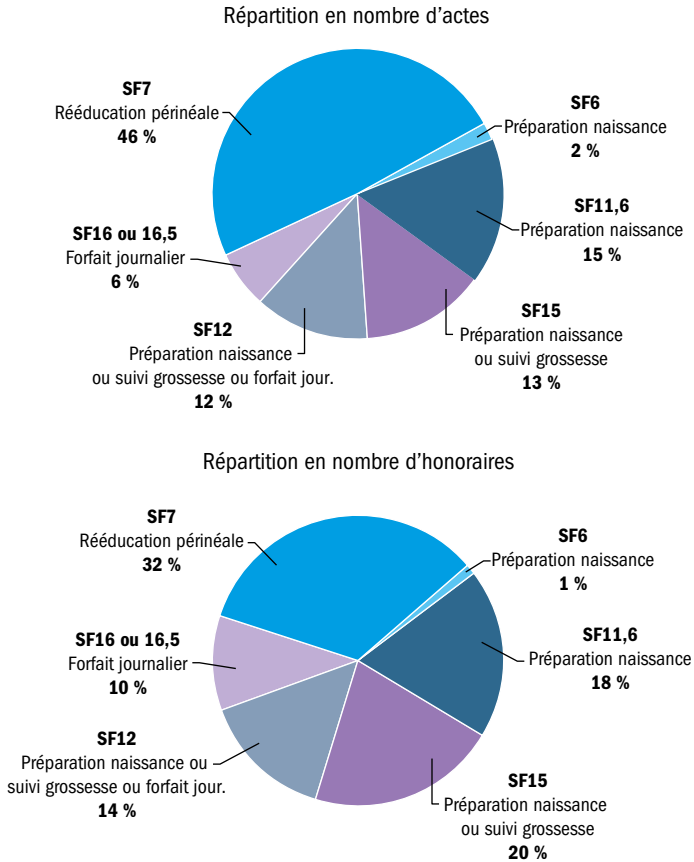
*Suivi gynécologique : SF avec les coefficients 3,4 ou 1,7 ou 4,1 ou 2,05 ou 13,7 ou 22,4 ou 5,1 ou 14,9.

**Accouchements : SF avec les coefficients 112 ou 124,8 ou 136 ou 151,2.

³ En 2014, les accouchements par voie basse et les accouchements par césarienne représentent environ 85 % des accouchements. Compte des critères de sélection sur les femmes et sur leurs enfants, cette étude concerne 440 512 femmes ayant accouché par voie basse et 85 914 femmes ayant accouché par césarienne. Étude CNAMTS-DGOS/DAS/DCES- 2015.

FIGURE 2

Ventilation des actes cotés en SF les plus fréquents par coefficient



Source : SNIIRAM EXE, France entière, tous régimes en date de remboursement (2014).

Alors que le nombre d'actes cotés en SF progresse de 7,2 % entre 2013 et 2014, les actes de rééducation périnéale cotés SF7 progressent plus rapidement avec une hausse de 8,6 % du nombre d'actes et des honoraires.

Les actes avec l'évolution la plus dynamique sont les **forfaits journaliers de surveillance** en cas de sortie d'établissement, réalisés notamment **dans le cadre du PRADO⁴**, cotés en SF16 puis en SF16,5 depuis juillet 2014. Ils représentent 6 % des actes cotés en SF et du fait de la montée en charge continue du dispositif PRADO maternité, ils augmentent de 30,6 % en nombre et de 32,3 % en honoraires.

Les actes de suivi gynécologique qui représentent 1 % de l'activité cotée en SF, du fait d'une création encore récente de ces actes (fin 2012 et avril 2013) continuent leur montée en charge.

Les préparations à la naissance cotées en SF6 et cotées en SF11, 6 baissent respectivement de 6,1 % et 1,2 % en nombre d'actes.

⁴ Voir article de la CNAMTS sur le PRADO Partie III-2.

3.3.2. Évolution de la structure des actes cotés en SF depuis 2010 (en nombre d'actes)

Entre 2010 et 2014, les actes cotés en SF progressent de 6,5 % en moyenne par an, passant de 5 millions d'actes en 2010 à 6,5 millions d'actes en 2014. On arrive à 6,6 millions d'actes si les actes d'échographie cotés en KE depuis septembre 2012 (anciens SF) sont ajoutés.

Parmi les actes les plus fréquents des actes cotés en SF (94 % des actes en SF en 2014), **la part des actes de rééducation périnéale (SF7) reste stable entre 2010 et 2014** avec 46 % environ.

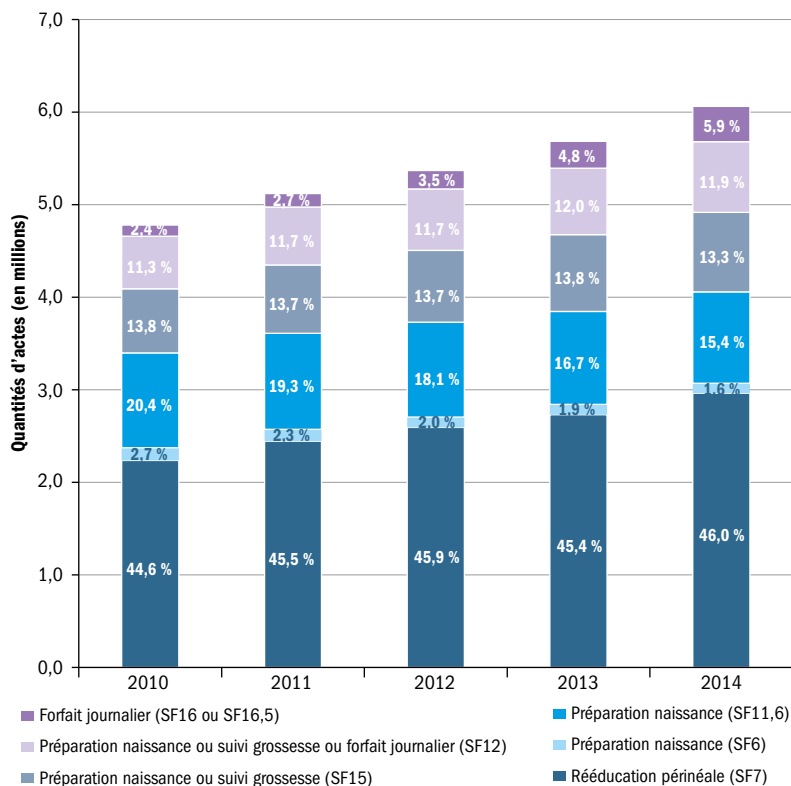
Même tendance que celle observée en 2014, les préparations à la naissance cotées en SF11,6 et cotées en SF6 voient leur part baisser : de 20,4 % en 2010 à 15,4 % en 2014 pour les actes en SF11,6 et - 0,9 points sur la période pour les SF6.

La part du SF12 et du SF15 sont stables avec respectivement près de 12 % et 13,5 % de l'activité des sages-femmes.

Nette augmentation de la part du SF 16 et SF16,5 avec une hausse de 3,5 points entre 2010 et 2014, malgré le changement de lettre-clé des échographies du 1^{er} trimestre (passage de la cotation SF16 à KE16 en septembre 2012).

FIGURE 3

Évolution de la structure d'activité des sages-femmes entre 2010 et 2014 pour la lettre-clé SF (en nombre d'actes)



Source : SNIIRAM EXE, France entière, tous régimes en date de remboursement.
Attention : les coefficients de certains actes ont évolués au cours des années.

ANNEXE : nomenclature en vigueur au 1^{er} janvier 2015 et avant le 11 mars 2016

Désignation de l'acte	Lettre-clé	Passage à la CCAM au 11 mars 2016
Consultation au cabinet par la sage-femme	C	NON
Consultation au cabinet par la sage-femme	C DOM	NON
Visite au domicile du malade par la sage-femme	V	NON
Visite au domicile du malade par la sage-femme	V DOM	NON
Accompagnement médical de la grossesse réalisé par la sage-femme	CG	NON
Séances de suivi postnatal	SP	NON
Actes en SF		
Prélèvement cervicovaginal pour frottis cytologique	SF	OUI
Pose d'un dispositif intra-utérin	SF	OUI
Changement d'un dispositif intra-utérin	SF	OUI
Ablation d'un dispositif intra-utérin par un matériel intra-utérin de préhension, par voie vaginale	SF	OUI
Pose d'implant pharmacologique souscutané : Pose d'implant contraceptif souscutané	SF	OUI
Ablation ou changement d'implant pharmacologique souscutané : Ablation d'implant contraceptif souscutané	SF	OUI
Observation et traitement à domicile d'une grossesse nécessitant, sur prescription du médecin, une surveillance intensive	SF	NON
Observation et traitement à domicile d'une grossesse pathologique, à partir de la 24 ^e semaines d'aménorrhée, comportant l'enregistrement du rythme cardiaque foetal, sur prescription d'un médecin : grossesse unique	SF	NON
Observation et traitement à domicile d'une grossesse pathologique, à partir de la 24 ^e semaines d'aménorrhée, comportant l'enregistrement du rythme cardiaque foetal, sur prescription d'un médecin : grossesse multiple	SF	NON
Observation et traitement au cabinet d'une grossesse pathologique, à partir de la 24 ^e semaines d'aménorrhée, comportant l'enregistrement du rythme cardiaque foetal, sur prescription d'un médecin : grossesse unique	SF	NON
Observation et traitement au cabinet d'une grossesse pathologique, à partir de la 24 ^e semaines d'aménorrhée, comportant l'enregistrement du rythme cardiaque foetal, sur prescription d'un médecin : grossesse multiple	SF	NON
Examen de fin de grossesse (avec un maximum de deux) au dernier mois (sauf urgence), comportant l'enregistrement du rythme cardiaque foetal et éventuellement une amnioscopie : grossesse unique	SF	NON
Examen de fin de grossesse (avec un maximum de deux) au dernier mois (sauf urgence), comportant l'enregistrement du rythme cardiaque foetal et éventuellement une amnioscopie : grossesse multiple	SF	NON
Préparation à la naissance et à la parentalité : première séance pour la patiente ou le couple	SF	NON
Préparation à la naissance et à la parentalité : séances dispensées à 1 seule femme ou couple, la séance par patiente ou couple	SF	NON
Préparation à la naissance et à la parentalité : séances dispensées à 2 ou 3 femmes ou couples simultanément, la séance par patiente ou couple	SF	NON
Préparation à la naissance et à la parentalité : séances suivantes dispensées à 4 femmes ou couples et plus simultanément et jusqu'à un maximum de six personnes ou couples, la séance par patiente ou couple	SF	NON

Désignation de l'acte	Lettre-clé	Passage à la CCAM au 11 mars 2016
Accouchement simple	SF	NON
Accouchement gémellaire	SF	NON
Surveillance d'un accouchement par une sage-femme avec monitoring d'au moins deux heures, comportant notamment la surveillance cardiocardiographique du travail avec tracés et, éventuellement, prélèvement(s) pour mesure du PH foetal quel qu'en soit le nombre	SF	NON
Surveillance d'un enfant dont l'état nécessite un placement en incubateur ou des soins de courte durée (décret n° 98 - 900 du 09/10/1998), par vingt-quatre heures	SF	NON
Prélèvements pour mesure du pH foetal au cours de l'accouchement, quel qu'en soit le nombre	SF	NON
Forfait journalier de surveillance en cas de sortie de l'établissement de santé, pour la mère et l'(les) enfant(s), à domicile, du jour de sortie à J7 : Pour un enfant : pour les deux premiers forfaits	SF	NON
Forfait journalier de surveillance en cas de sortie de l'établissement de santé, pour la mère et l'(les) enfant(s), à domicile, du jour de sortie à J7 : Pour un enfant : pour les autres forfaits	SF	NON
Forfait journalier de surveillance en cas de sortie de l'établissement de santé, pour la mère et l'(les) enfant(s), à domicile, du jour de sortie à J7 : Pour deux enfants ou plus : pour les deux premiers forfaits	SF	NON
Forfait journalier de surveillance en cas de sortie de l'établissement de santé, pour la mère et l'(les) enfant(s), à domicile, du jour de sortie à J7 : Pour deux enfants ou plus : pour les autres forfaits	SF	NON
Rééducation périnéale active sous contrôle manuel et/ou électrostimulation et/ou biofeedback	SF	NON
Examen échographique au cours du premier trimestre comportant au minimum : identification et vitalité du contenu utérin, datation de la grossesse, y compris l'examen éventuel des ovaires	SF	NON
Examen échographique au cours du second trimestre comportant au minimum : localisation placentaire, bilan morphologique foetal complet, biométrie et vitalité, y compris l'examen éventuel des ovaires : un fœtus	SF	NON
Examen échographique au cours du second trimestre comportant au minimum : localisation placentaire, bilan morphologique foetal complet, biométrie et vitalité, y compris l'examen éventuel des ovaires : deux foetus ou plus	SF	NON
Examen échographique au cours du troisième trimestre comportant au minimum : localisation placentaire, présentation et vitalité foetale, biométrie et morphologie, y compris l'examen éventuel des ovaires : un fœtus	SF	NON
Examen échographique au cours du troisième trimestre comportant au minimum : localisation placentaire, présentation et vitalité foetale, biométrie et morphologie, y compris l'examen éventuel des ovaires : deux foetus ou plus	SF	NON
Actes en KE		
Examen échographique au cours du premier trimestre comportant au minimum : identification et vitalité du contenu utérin, datation de la grossesse, y compris l'examen éventuel des ovaires	KE	NON
Examen échographique au cours du second trimestre comportant au minimum : localisation placentaire, bilan morphologique foetal complet, biométrie et vitalité, y compris l'examen éventuel des ovaires : un fœtus	KE	NON
Examen échographique au cours du second trimestre comportant au minimum : localisation placentaire, bilan morphologique foetal complet, biométrie et vitalité, y compris l'examen éventuel des ovaires : deux foetus ou plus	KE	NON

Désignation de l'acte	Lettre-clé	Passage à la CCAM au 11 mars 2016
Examen échographique au cours du troisième trimestre comportant au minimum : localisation placentaire, présentation et vitalité foetale, biométrie et morphologie, y compris l'examen éventuel des ovaires : un fœtus	KE	NON
Examen échographique au cours du troisième trimestre comportant au minimum : localisation placentaire, présentation et vitalité foetale, biométrie et morphologie, y compris l'examen éventuel des ovaires : deux fœtus ou plus	KE	NON
Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse uniembryonnaire au 1er trimestre	KE	OUI
Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse multiembryonnaire au 1er trimestre	KE	OUI
Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse unifoetale au 2 ^e trimestre Avec ou sans : échographie-doppler des artères utérines de la mère ; échographie-doppler des vaisseaux du cordon ombilical À l'exclusion de : échographie d'une grossesse unifoetale à partir du 2 ^e trimestre avec échographie-doppler des artères utérines de la mère et des vaisseaux du fœtus, pour souffrance foetale	KE	OUI
Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse multifoetale au 2 ^e trimestre Avec ou sans : échographie-doppler des artères utérines de la mère ; échographie-doppler des vaisseaux du cordon ombilical À l'exclusion de : échographie d'une grossesse unifoetale à partir du 2 ^e trimestre avec échographie-doppler des artères utérines de la mère et des vaisseaux du fœtus, pour souffrance foetale	KE	OUI
Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse unifoetale au 3 ^e trimestre Avec ou sans : échographie-doppler des artères utérines de la mère ; échographie-doppler des vaisseaux du cordon ombilical À l'exclusion de : échographie d'une grossesse unifoetale à partir du 2 ^e trimestre avec échographie-doppler des artères utérines de la mère et des vaisseaux du fœtus, pour souffrance foetale	KE	OUI
Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse multifoetale au 3 ^e trimestre Avec ou sans : échographie-doppler des artères utérines de la mère ; échographie-doppler des vaisseaux du cordon ombilical À l'exclusion de : échographie d'une grossesse unifoetale à partir du 2 ^e trimestre avec échographie-doppler des artères utérines de la mère et des vaisseaux du fœtus, pour souffrance foetale	KE	OUI
Échographie non morphologique de la grossesse avant 11 semaines d'aménorrhée	KE	OUI
Mesure de la longueur du canal cervical du col de l'utérus, par échographie par voie vaginale	KE	OUI
Échographie de surveillance de la croissance foetale	KE	OUI
Échographie de surveillance de la croissance foetale avec Échographie-doppler des artères utérines de la mère et des vaisseaux du fœtus	KE	OUI
Échographie d'une grossesse unifoetale à partir du 2 ^e trimestre avec échographie-doppler des artères utérines de la mère et des vaisseaux du fœtus, pour souffrance foetale	KE	OUI
Échographie d'une grossesse multifoetale à partir du 2 ^e trimestre avec échographie-doppler des artères utérines de la mère et des vaisseaux des fœtus, pour souffrance foetale	KE	OUI
Échographie du petit bassin [pelvis] féminin pour surveillance de l'ovulation	KE	OUI

Désignation de l'acte	Lettre-clé	Passage à la CCAM au 11 mars 2016
Échographie-doppler du petit bassin [pelvis] féminin pour surveillance de l'ovulation	KE	OUI
Actes en SFI		
Prélèvement par ponction veineuse directe	SFI	NON
Saignée	SFI	NON
Prélèvement aseptique cutané ou de sécrétions muqueuses, prélèvement de selles ou d'urine pour examens cytologiques, bactériologiques, mycologiques, virologiques ou parasitologiques	SFI	NON
Injection intraveineuse directe isolée	SFI	NON
Injection intraveineuse directe en série	SFI	NON
Injection intraveineuse directe chez un enfant de moins de cinq ans	SFI	NON
Injection intramusculaire	SFI	NON
Injection d'un sérum d'origine humaine ou animale selon la méthode de Besredka, y compris la surveillance	SFI	NON
Injection sous-cutanée	SFI	NON
Injection intradermique	SFI	NON
Injection d'un ou plusieurs allergènes, poursuivant un traitement d'hyposensibilisation spécifique, selon le protocole écrit, y compris la surveillance, la tenue du dossier de soins, la transmission des informations au médecin prescripteur	SFI	NON
Injection d'un implant sous-cutané	SFI	NON
Injection en goutte à goutte par voie rectale	SFI	NON
Pansement de stomie	SFI	NON
Pansement de trachéotomie, y compris l'aspiration et l'éventuel changement de canule ou sonde	SFI	NON
Ablation de fils ou d'agrafes, dix ou moins, y compris le pansement éventuel	SFI	NON
Ablation de fils ou d'agrafes, plus de dix, y compris le pansement éventuel	SFI	NON
Autre pansement	SFI	NON
Pansements de brûlure étendue ou de plaie chimique ou thermique étendue, sur une surface supérieures à 5 % de la surface corporelle	SFI	NON
Pansement d'ulcère étendu ou de greffe cutanée, sur une surface supérieure à 60 cm ²	SFI	NON
Pansement d'amputation nécessitant détersion, épiluchage et régularisation	SFI	NON
Pansement de fistule digestive	SFI	NON
Pansement pour pertes de substance traumatique ou néoplasique, avec lésions profondes, sous aponévrotiques, musculaires, tendineuses ou osseuses	SFI	NON
Pansement chirurgical nécessitant un méchage ou une irrigation	SFI	NON
Pansement d'escarre profonde et étendue atteignant les muscles ou les tendons	SFI	NON
Pansement chirurgical avec matériel d'ostéosynthèse extériorisé	SFI	NON
Pose de sonde gastrique	SFI	NON
Alimentation entérale par gavage ou en déclive ou par nutri-pompe, y compris la surveillance, par séance	SFI	NON
Alimentation entérale par voie jéjunale avec sondage de la stomie, y compris le pansement et la surveillance, par séance	SFI	NON

Désignation de l'acte	Lettre-clé	Passage à la CCAM au 11 mars 2016
Séance d'aérosol	SFI	NON
Lavage d'un sinus	SFI	NON
Injection vaginale	SFI	NON
Soins gynécologiques au décours immédiat d'un traitement par curiethérapie	SFI	NON
Cathétérisme urétral chez la femme	SFI	NON
Cathétérisme urétral chez l'homme	SFI	NON
Changement de sonde urinaire à demeure chez la femme	SFI	NON
Changement de sonde urinaire à demeure chez l'homme	SFI	NON
Éducation à l'autosondage comprenant le sondage éventuel, avec un maximum de dix séances	SFI	NON
Réadaptation de vessie neurologique comprenant le sondage éventuel	SFI	NON
Instillation et/ou lavage vésical (sonde en place)	SFI	NON
Pose isolée d'un étui pénien, une fois par vingt-quatre heures	SFI	NON
Soins de bouche avec application de produits médicamenteux au décours immédiat d'une radiothérapie	SFI	NON
Lavement évacuateur ou médicamenteux	SFI	NON
Extraction de fécalome ou extraction manuelle des selles	SFI	NON
Pulvérisation de produit(s) médicamenteux	SFI	NON
Réalisation de test tuberculinique	SFI	NON
Lecture d'un timbre tuberculinique et transmission d'informations au médecin prescripteur	SFI	NON
Préparation, remplissage, programmation de matériel pour perfusion à domicile : infuseur, pompe portable, pousse-seringue	SFI	NON
Pose de perfusion par voie sous-cutanée ou rectale	SFI	NON
Pose ou changement d'un dispositif intraveineux	SFI	NON
Changement de flacon(s) ou branchement sur dispositif en place	SFI	NON
Arrêt et retrait du dispositif de la perfusion, pansement éventuel, tenue du dossier de soins et transmission des informations au médecin prescripteur	SFI	NON
Organisation de la surveillance de la perfusion (ne peuvent être notés, à l'occasion de cet acte, des frais de déplacement ou des majorations de nuit ou de dimanche) : de moins de huit heures	SFI	NON
Organisation de la surveillance de la perfusion (ne peuvent être notés, à l'occasion de cet acte, des frais de déplacement ou des majorations de nuit ou de dimanche) : de plus de huit heures	SFI	NON
Administration et surveillance d'une thérapeutique orale au domicile (1) des patients présentant des troubles psychiatriques avec établissement d'une fiche de surveillance, par passage	SFI	NON
Administration et surveillance d'une thérapeutique orale au domicile (1) des patients présentant des troubles psychiatriques avec établissement d'une fiche de surveillance, par passage, au-delà du premier mois	SFI	NON
Surveillance et observation d'un patient lors de la mise en oeuvre d'un traitement ou lors de la modification de celui-ci, sauf pour les patients diabétiques insulino-dépendants, avec établissement d'une fiche de surveillance, avec un maximum de quinze jours, par jour	SFI	NON
Séance d'entretien de cathéter(s) en dehors des perfusions : cathéter péritonéal : soins au sérum physiologique et pansement	SFI	NON

Désignation de l'acte	Lettre-clé	Passage à la CCAM au 11 mars 2016
Séance d'entretien de cathéter(s) en dehors des perfusions : cathéter veineux central ou site implantable : héparinisation et pansement	SFI	NON
Pansement de cathéter(s) veineux central ou péritonéal sans héparinisation	SFI	NON
Injection d'analgésique(s), à l'exclusion de la première par l'intermédiaire d'un cathéter intrathécal ou péri-dural	SFI	NON
Injection intraveineuse par l'intermédiaire d'un site implanté, y compris l'héparinisation et le pansement	SFI	NON
Injection intraveineuse par l'intermédiaire d'un cathéter central, y compris l'héparinisation et le pansement	SFI	NON
Prélèvement sanguin sur cathéter veineux central extériorisé ou chambre implantable	SFI	NON
Préparation, remplissage, programmation de matériel pour perfusion à domicile, infuseur, pompe portable, pousse-seringue	SFI	NON
Branchement de la perfusion et mise en route du dispositif	SFI	NON
Changement de flacon(s)	SFI	NON
Arrêt et retrait du dispositif, y compris l'héparinisation et le pansement	SFI	NON
Organisation de la surveillance de la perfusion (ne peuvent être cotés, à l'occasion de cet acte, des frais de déplacement ou des majorations de nuit ou de dimanche) : de moins de huit heures	SFI	NON
Organisation de la surveillance de la perfusion (ne peuvent être cotés, à l'occasion de cet acte, des frais de déplacement ou des majorations de nuit ou de dimanche) : de plus de huit heures	SFI	NON
Séance d'aérosols à visée prophylactique	SFI	NON
Injection intramusculaire ou sous-cutanée	SFI	NON
Injection intraveineuse	SFI	NON
Injection intraveineuse d'un produit de chimiothérapie anticancéreuse	SFI	NON
Forfait pour séance de perfusion intraveineuse courte, d'une durée inférieure ou égale à une heure, sous surveillance continue	SFI	NON
Supplément forfaitaire pour surveillance continue d'une perfusion intraveineuse au-delà de la première heure, par heure (avec un maximum de cinq heures)	SFI	NON
Forfait pour séance de perfusion intraveineuse d'une durée supérieure à une heure, y compris le remplissage et la pose de l'infuseur, pompe portable ou pousse-seringue (comportant trois contrôles au maximum)	SFI	NON
Forfait pour l'organisation de la surveillance d'une perfusion, de la planification des soins, y compris la coordination des services de suppléance et le lien avec les services sociaux, à l'exclusion du jour de la pose et de celui du retrait, par jour	SFI	NON
Forfait pour arrêt et retrait du dispositif d'une perfusion intraveineuse d'une durée supérieure à vingt-quatre heures, y compris l'héparinisation et le pansement	SFI	NON
Séance de perfusion intraveineuse d'antibiotiques, quelle que soit la voie d'abord, sous surveillance continue, chez un patient atteint de mucoviscidose, avec un maximum de trois séances par vingt-quatre heures, la séance	SFI	NON
Surveillance et observation d'un patient diabétique insulino-traité dont l'état nécessite une adaptation régulière des doses d'insuline en fonction des indications de la prescription médicale et du résultat du contrôle extemporané, y compris la tenue d'une fiche de surveillance, par séance	SFI	NON

Désignation de l'acte	Lettre-clé	Passage à la CCAM au 11 mars 2016
Injection sous-cutanée d'insuline	SFI	NON
Séance hebdomadaire de surveillance clinique et de prévention, d'une durée d'une demi-heure, pour un patient insulino-traité de plus de 75 ans	SFI	NON
Pansement lourd et complexe pour un patient diabétique insulino-traité, nécessitant des conditions d'asepsie rigoureuses et une détersion avec défibrination	SFI	NON
Irrigation colique dans les suites immédiates d'une stomie définitive, incluant le pansement et la surveillance de l'évacuation, avec un maximum de vingt séances, par séance	SFI	NON
Dialyse péritonéale, avec un maximum de quatre séances par jour, par séance	SFI	NON
Dialyse péritonéale par cycleur : branchement ou débranchement, par séance	SFI	NON
Dialyse péritonéale par cycleur : organisation de la surveillance, par période de douze heures	SFI	NON

3.

Le métier de sage-femme libérale

Florence DOUGUET et Alain VILBROD

Laboratoire d'études et de recherche en sociologie (LABERS)



La présente étude porte sur les sages-femmes libérales (exercice exclusif ou mixte) qui représentent 26 % de l'effectif des sages-femmes actives en 2014 (**cf. Partie I, pages 39 et suivantes**) : elle a été réalisée en France métropolitaine, fondée d'une part sur un questionnaire adressé à un échantillon représentatif (voir encadré ci-dessous), et d'autre part sur plus de 130 entretiens.

Encadré 1 – Méthode

556 sages-femmes ont répondu, en 2014, à une enquête par questionnaire (soit environ 12 % des sages-femmes exerçant en libéral en France métropolitaine au 1^{er} janvier 2014 – elles étaient alors 4 667). L'échantillon a été bâti, par envois raisonnés, en tenant compte de la répartition de ces professionnelles par sexe, par tranche d'âge, par région (avec une attention aux différences parfois significatives selon les départements au sein d'une même région), par statut et par niveaux d'unité urbaine d'implantation de leur cabinet.

- Le sex-ratio des hommes sages-femmes est légèrement inférieur à celui de la population de référence (1,4 % contre 1,9 %).
- En termes d'âge, les sages-femmes libérales de moins de 25 ans, qui représentent 5 % de cet ensemble, ont été seulement 1 % à répondre. Cette sous-représentation aboutit à minorer quelque peu la part des sages-femmes ayant un exercice mixte, puisque les plus jeunes adoptent volontiers cet exercice partagé entre salariat et travail en libéral, le temps que leur clientèle soit constituée. C'est la seule tranche d'âge peu représentative. Toutes les autres tranches d'âge, sexagénaires comprises, sont justement représentées. Globalement l'écart concernant la moyenne d'âge des sages-femmes est faible (43,8 ans en France métropolitaine en 2014 et 43,2 ans pour l'échantillon).
- En termes de répartition géographique, pour neuf départements seulement, l'écart entre les sages-femmes en activité et celles qui ont renseigné le questionnaire est compris entre 5 % et 10 % ; jamais plus. Au niveau des régions, une seule est très légèrement sur représentée (la Bretagne à + 2,45 %) et une autre légèrement sous-représentée (l'Île-de-France à - 2,83 %).
- Environ 31 % des sages-femmes qui exercent en libéral avaient par ailleurs, en 2014, une activité salariée. Celles qui sont dans ce cas parmi les sages-femmes interrogées représentent 28 % et sont donc légèrement sous-représentées.
- Il est vraisemblable que la répartition de l'échantillon selon le type d'unité urbaine, sur-représente légèrement les sages-femmes qui exercent dans les villes moyennes (10 000 à 50 000 habitants) au détriment des grandes agglomérations, mais les comparaisons sont délicates, compte tenu de catégories non-identiques entre les données statistiques disponibles et celles ici collectées.

Au final, l'échantillon est relativement fidèle à la population des sages-femmes libérales dans son ensemble.

1.

Les activités réalisées

1.1. La prégnance des activités traditionnelles centrées sur le suivi prénatal et postnatal

Les activités des sages-femmes libérales sont fortement axées autour des séances de préparation à la naissance (séances individuelles et/ou collectives)

et la rééducation périnéale¹ : 89,4 % d'entre elles indiquent ainsi réaliser « très souvent » et « assez souvent » des séances de préparation à la naissance et 86,7 % pratiquent la rééducation périnéale². Si ces activités sont prédominantes au sein de la profession, elles sont néanmoins un peu moins fréquentes – toute proportion gardée – chez les sages-femmes très récemment installées en libéral. Ainsi, 74,1 % de celles qui se sont installées en 2014 (n = 27) mènent « très souvent » et « assez souvent » des séances de préparation à la naissance (contre 89,4 % de l'ensemble de leurs consœurs) et 70,4 % pratiquent « très souvent » et « assez souvent » la rééducation périnéale (contre 86,7 %). Au-delà de la première année de l'exercice libéral, les écarts entre les unes et les autres ne sont plus significatifs.

Les consultations en lactation et les conseils pour l'allaitement maternel sont également des activités prépondérantes chez ces professionnelles, puisque 84 % déclarent les mener « très souvent » et « assez souvent ». L'importance prise par ces tâches est à mettre en lien avec la progression de l'allaitement maternel dans notre pays et les recommandations nationales et internationales de santé publique préconisant cette pratique (Programme national nutrition santé_PNNS, Organisation mondiale de la santé_OMS, etc.) : 69 % des enfants recevaient, en maternité, du lait maternel en 2010 contre moins de la moitié à la fin des années 1970³. À l'instar des deux actes précédents, ces consultations en lactation sont un peu moins fréquentes parmi les sages-femmes nouvellement installées mais leur progression est très rapide au-delà de la première année d'exercice : 59,3 % de celles qui ont débuté en 2014 les réalisent « très souvent » et « assez souvent » ; cette proportion passe à 84,9 % chez celles qui se sont installées en 2013. Les jeunes sages-femmes libérales débentent souvent en qualité de remplaçantes ou de collaboratrices et celles-ci n'ont pas toujours le choix de leurs activités (les titulaires des cabinets pouvant leur confier certaines tâches et souhaiter en conserver d'autres).

Les consultations, visites, suivis de grossesses physiologiques et de grossesses pathologiques et les suites de couches, qui ne représentaient qu'une faible part de l'activité des sages-femmes libérales en 2004 (5 % du montant des actes remboursés)⁴, prennent plus de place aujourd'hui. Les actes suivants sont réalisés « très souvent » et « assez souvent » par plus de la moitié des sages-femmes : le suivi de suites de couches à domicile (71,8 %), la surveillance des grossesses physiologiques (67,4 %), les consultations prénatales (55,4 %), la

¹ Les activités des sages-femmes libérales ont été répertoriées sur ce qu'elles mettent effectivement en œuvre, et sur la façon dont elles les nomment, et non pas sur la nomenclature « officielle » des actes professionnels à partir de laquelle elles vont coter et rédiger les feuillets de remboursement des soins effectués. Pour chacune des 28 activités alors listées, en réponse à la question « Quelles activités pratiquez-vous et à quelle fréquence ? », les enquêtées avaient le choix entre 5 items : « Très souvent » ; « Assez souvent » ; « De temps en temps » ; « Rarement » et « Jamais ».

² Depuis plusieurs années, ces deux activités sont repérées – sur la base de différents indicateurs – comme étant majoritaires parmi l'ensemble des sages-femmes libérales en exercice. Les données de la CNAMTS indiquent ainsi que la rééducation périnéale représentait, en 2014, près de la moitié (46 %) des actes réalisés par les sages-femmes libérales et près d'un tiers de leurs honoraires ; la préparation à la naissance constituait, quant à elle, 42 % de leur activité et plus de la moitié (53 %) de leurs honoraires. L'enquête menée en 2004 par l'ONDPS soulignait déjà que 86,8 % des sages-femmes libérales avaient réalisé, au cours de leur dernière journée de travail, des actes de préparation à la naissance et 77,8 % des actes de rééducation périnéale. CNAMTS, *Observatoire conventionnel des sages-femmes 2015* [données SNIIRAM EXE]. ONDPS, *Analyse de trois professions : sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie médicale*, Rapport 2004, Tome 3, 2004, p. 43.

³ KERSUZAN C., GOJARD S., TICHIT C., THIERRY X., WAGNER S., NICKLAUS S., « Prévalence de l'allaitement à la maternité selon les caractéristiques des parents et les conditions de l'accouchement. Résultats de l'Enquête Elfe Maternité, France métropolitaine », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 27, 2014, p. 441.

⁴ Cour des comptes, « Le rôle des sages-femmes dans le système de soins », *Rapport Sécurité Sociale 2011*, Chapitre V, p. 182.

surveillance des grossesses pathologiques (54,3 %) et les visites postnatales (53,1 %). Le rôle des sages-femmes libérales dans la surveillance des grossesses s'est accru. D'après les résultats de l'enquête périnatale de 2010, seules 15,6 % de femmes enceintes avaient consulté une sage-femme libérale dans le cadre de la surveillance de leur grossesse (ce suivi étant majoritairement assuré par des médecins, surtout par des gynécologues-obstétriciens hospitaliers ou de ville)⁵ ; et une part encore plus faible de ces femmes (8,4 %) avait été visitée à domicile par une sage-femme libérale pendant leur grossesse. Si les différences liées à l'ancienneté dans le métier ne sont pas significatives en ce qui concerne le suivi des grossesses physiologiques, elles le sont davantage pour ce qui concerne le suivi des grossesses pathologiques : 39,7 % des sages-femmes qui ont démarré leur activité libérale entre 1975 et 1994 pratiquent « très souvent » et « assez souvent » des suivis de grossesses pathologiques quand c'est le cas de 56,2 % de leurs collègues qui ont débuté au cours des vingt années suivantes (1995-2014).

Les actes de nature plus administrative liés aux suivis de grossesse font aussi partie de l'activité des sages-femmes libérales. Depuis, la publication de la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique, les sages-femmes sont autorisées à effectuer la déclaration de grossesse. 37,6 % d'entre elles disent procéder « très souvent » et « assez souvent » à de telles déclarations alors que la dernière enquête périnatale indiquait qu'en 2010, cette activité était encore réalisée très massivement par des médecins, en l'occurrence par des gynécologues-obstétriciens et généralistes, dans 96,5 % des cas⁶. La quasi-totalité (97,1 %) des sages-femmes qui assurent « très souvent » et « assez souvent » des suivis de grossesses physiologiques procèdent aussi « très souvent » et « assez souvent » à des déclarations de grossesse. Dans une moindre mesure, 8,4 % des sages-femmes libérales délivrent des arrêts de travail à leurs patientes.⁷

La pratique de l'examen des nouveau-nés se développe également. En 2004, seules 8,6 % des sages-femmes libérales indiquaient avoir procédé à l'examen de nouveau-nés durant leur dernière journée de travail⁸. Cette activité – appréhendée à partir de sa fréquence – concerne désormais près des deux tiers des sages-femmes libérales : 65,9 % d'entre elles déclarent suivre « très souvent » et « assez souvent » des nouveau-nés (surveillance du poids, de la croissance, etc.).

Au regard de ce premier groupe d'activités majoritaires, il apparaît que la place des sages-femmes libérales dans le suivi prénatal et postnatal semble s'être renforcée, conformément au souhait des Pouvoirs Publics. Dans le domaine prénatal, ce renforcement est de mise pour l'accompagnement des grossesses à bas risque ainsi que pour le suivi des grossesses pathologiques (suivi effectué sur prescription médicale). Ces observations vont dans le sens des résultats issus de la dernière enquête périnatale qui soulignent que, pour de nombreuses femmes enceintes, la sage-femme (qu'elle soit libérale ou salariée) est désormais

⁵ Ministère du Travail, de l'emploi et de la santé et INSERM, *Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003, 2011*, p. 21 et p. 68.

⁶ *Ibid.*

⁷ Depuis 2012, les sages-femmes peuvent prescrire des arrêts de travail (qui ne peuvent excéder 15 jours et ne peuvent faire l'objet d'aucun renouvellement ou de prolongation au-delà de ce délai) à une femme enceinte lorsqu'elle constate son incapacité physique à continuer ou reprendre le travail, à la condition qu'il ne s'agisse pas d'une grossesse pathologique.

⁸ ONDPS, *Rapport 2004, op. cit.*, p. 43.

considérée comme une professionnelle de premier recours⁹. En revanche, cette évolution ne semble pas s'être réalisée « aux dépens des actes n'impliquant aucune prise de risque (préparation à l'accouchement, rééducation périnéale) » comme le recommandait la Cour des comptes en 2011¹⁰.

1.2. L'essor de nouvelles activités en lien avec l'extension des compétences

À côté de ce premier groupe d'activités « traditionnelles », on repère un deuxième groupe d'activités pouvant être qualifiées de « nouvelles ». Ces nouvelles pratiques résultent de l'élargissement progressif du champ de compétences de la profession. Ainsi en va-t-il de l'entretien du 4^e mois. Issu du plan Périnatalité 2005-2007 « Humanité, proximité, sécurité, qualité »¹¹ il a été rendu obligatoire par la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. Cet entretien – individuel ou de couple – doit être systématiquement proposé à la femme enceinte et repose sur la réalisation d'un bilan médical et psychosocial de la situation de la future mère et de son environnement. Près de 80 % des sages-femmes libérales (78,9 %) indiquent réaliser « très souvent » et « assez souvent » l'entretien du 4^e mois. En 2010, à peine un quart des femmes enceintes bénéficiaient de cet entretien ; à cet égard, les sages-femmes libérales semblent avoir été partie prenante dans le déploiement de ce dispositif¹². Dans la continuité de cette activité, 43 % des sages-femmes aident « très souvent » et « assez souvent » les futurs parents à rédiger leur projet de naissance. Ce projet, introduit également par le plan Périnatalité 2005-2007, permet aux parents d'énoncer leurs souhaits quant au déroulement de la grossesse et à la naissance de leur enfant. Il y a quelques années encore, celui-ci ne suscitait pourtant pas une forte adhésion chez les femmes enceintes, en raison de son caractère formel (document écrit) et technique (contenu centré sur les actes). Sur ce point, on peut lire dans le rapport d'évaluation du plan Périnatalité 2005-2007 : « Dans les focus groupes réalisés [en 2009-2010], moins de 10 projets formels ont été recensés parmi 100 femmes rencontrées »¹³. Ces deux activités centrées sur la parentalité sont étroitement articulées dans la pratique des sages-femmes libérales : 85 % de celles qui réalisent « très souvent » et « assez souvent » l'entretien périnatal accompagnent aussi « très souvent » et « assez souvent » les femmes dans l'élaboration de leur projet de naissance.

Dans le domaine de la gynécologie, la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi « HPST », précise que « l'exercice de la profession de sage-femme peut comporter la réalisation de consultations de contraception et de suivis gynécologiques de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique ». Depuis 2009, les sages-femmes sont donc

⁹ BLONDEL B., KERMARREC M., « La situation périnatale en France en 2010 », *Études et Résultats*, n° 775, 2011, page 3.

¹⁰ Cour des comptes, *op. cit.*, p. 194.

¹¹ Ministère de la Solidarité, de la santé et de la protection sociale, *Plan Périnatalité 2005-2007. Humanité, proximité, sécurité, qualité*, 2004.

¹² 21,4 % des femmes ayant accouché en mars 2010 avaient bénéficié de l'entretien périnatal : BLONDEL B., KERMARREC M., *op. cit.*, page 3.

¹³ Ministère de la Santé et des sports, Direction générale de la santé, *Évaluation du plan Périnatalité 2005-2007, Rapport final*, 2010.

en mesure d'assurer des consultations de gynécologie préventive auprès de toutes les femmes, et non pas uniquement auprès des femmes au cours de leur grossesse ou de l'examen postnatal. À ce titre, elles peuvent réaliser un frottis cervico-vaginal : 37,6 % d'entre elles réalisent cet acte « très souvent » et « assez souvent ». Les sages-femmes sont aussi désormais habilitées à prescrire des contraceptifs hormonaux, intra-utérins et locaux : 43,6 % des sages-femmes libérales prescrivent ou renouvellent une contraception « très souvent » et « assez souvent », 38,7 % réalisent des frottis et 24,1 % procèdent à la pose de stérilets. Les sages-femmes qui ont développé ces activités sont aussi celles qui ont suivi des formations dans le domaine correspondant : par exemple, 57,3 % de celles qui réalisent « très souvent » et « assez souvent » des prescriptions de contraception se sont formées sur ce plan et depuis leur installation en libéral, contre 31,6 % de celles qui en font de « temps en temps », 9,4 % de celles qui en réalisent « rarement » et 0,9 % de celles qui n'en font « jamais ». La fréquence de ces nouvelles activités est sensible aux effets d'âge et concerne davantage les professionnelles les plus jeunes : 50 % des sages-femmes âgées de 30 ans et moins prescrivent « très souvent » et « assez souvent » une contraception contre 43,6 % de l'ensemble de leurs consœurs (tous âges confondus) ; les constats sont identiques pour ce qui concerne la réalisation du frottis (58,8 % contre 38,7 %) et la pose du stérilet (34,9 % contre 24,1 %). Si l'on raisonne par périodes de cinq années, on observe que la fréquence de ces activités est aussi fortement corrélée à l'ancienneté de l'installation en secteur libéral.

TABLEAU 1

Période d'installation des sages-femmes libérales qui prescrivent ou renouvellent la prescription d'une contraception « très souvent » et « assez souvent »

<i>Non-réponse</i>	0,4 %	(1)
1970-1974	0,4 %	(1)
1975-1979	0,4 %	(1)
1980-1984	1,2 %	(3)
1985-1989	3,3 %	(8)
1990-1994	5,4 %	(13)
1995-1999	8,7 %	(21)
2000-2004	14,1 %	(34)
2005-2009	23,5 %	(57)
2010-2014	42,6 %	(103)
Total	100 %	(242)

1.3. D'autres activités non conventionnelles et non conventionnées

Il existe un troisième groupe d'activités menées moins régulièrement que les précédentes et que l'on dira moins conventionnelles voire « alternatives ». Il s'agit d'activités axées sur l'accompagnement de la femme enceinte, telle

la sophrologie, pratiquée par près d'un tiers des sages-femmes interrogées (30,6 % de « très souvent » et de « assez souvent »). La fréquence de cette activité progresse d'une tranche d'âge à l'autre : 25,5 % des sages-femmes âgées de 30 ans et moins la pratiquent « très souvent » et « assez souvent » quand c'est le cas de 42,9 % de leurs consœurs âgées de 50 ans et plus. Viennent ensuite, la préparation à la naissance en piscine (18,3 %), le yoga (13,4 %), l'acupuncture (7,9 %)¹⁴, l'haptonomie¹⁵ (5,8 %), l'ostéopathie (3,8 %). D'autres pratiques concernent davantage les nouveau-nés en période postnatale : les conseils au massage des bébés (18,2 % de « très souvent » et de « assez souvent »), l'éveil du bébé par le toucher (15,1 %) ou encore le portage en écharpe (11,1 %).

Contrairement aux activités évoquées plus haut, la plupart de ces activités non conventionnelles ne sont pas remboursées par la Sécurité sociale (les mutuelles peuvent néanmoins prendre en charge certaines d'entre elles). Les sages-femmes sont tenues de respecter les tarifs définis dans le cadre des accords conclus avec les syndicats professionnels et l'Assurance Maladie, en utilisant la cotation de la liste des actes et prestations arrêtés par le Code de la sécurité sociale. Cette liste concerne principalement les consultations, les visites à domicile, les séances de suivi postnatal, les séances de préparation à l'accouchement, les actes de gynécologie et d'échographie, la rééducation périnéale et les indemnités kilométriques. En dehors de ces actes conventionnés, les sages-femmes sont autorisées à proposer à leur patientèle des prestations non remboursées, dont elles peuvent fixer librement les tarifs. Dans la pratique, les conditions dans lesquelles les sages-femmes réalisent ces activités sont très variables, ce qui rend délicat les tentatives de comparaison : par exemple, les activités de sophrologie peuvent être intégrées aux séances de préparation à la naissance, lesquelles vont alors être facturées dans le cadre d'un dépassement d'honoraires ; ces mêmes activités peuvent être réalisées au cours de séances consécutives aux séances de préparation à la naissance ou bien être proposées au cours de séances indépendantes et faire l'objet d'honoraires spécifiques.

1.4. Quelques activités marginales ou en voie de raréfaction

Enfin, peuvent prendre place une dernière catégorie d'activités, que l'on peut qualifier de relativement « marginales », au sens où elles sont pratiquées par moins de 5 % des sages-femmes libérales. Cela concerne les soins infirmiers qui ne sont réalisés « très souvent » et « assez souvent » que par 3,8 % des sages-femmes libérales enquêtées. En 2009, ces soins ne représentaient déjà que 3 % des montants remboursés par l'Assurance Maladie¹⁶. La profession estime que ces soins infirmiers (notamment en post-partum) pourraient faire

¹⁴ Depuis un arrêté en date du 2 novembre 2009, les sages-femmes sont autorisées à réaliser des actes d'acupuncture, sous réserve que la professionnelle possède un DIU d'acupuncture obstétricale délivré par une université de médecine.

¹⁵ « Cet accompagnement favorise le développement de la relation affective, active, entre la mère, le père et l'enfant. Il aide à l'instauration et au développement du sentiment de parentalité ». Source : <http://www.haptonomie.org/fr/espace-public/accompagnement-haptonomique-pre-et-postnatal.html>

¹⁶ Cour des comptes, *op. cit.* p. 182.

l'objet d'une délégation de tâches¹⁷. Seules 3,8 % de ces professionnelles réalisent « très souvent » et « assez souvent » des échographies. Cette activité est encore plus marginale que la première dans la mesure où la majorité des sages-femmes (90,8 %) indiquent ne jamais réaliser d'échographies contre à peine la moitié d'entre elles pour les soins infirmiers (48,2 % des professionnelles n'en dispensent jamais). Les sages-femmes concernées par cette activité sont peu nombreuses parmi les plus jeunes : sur les 21 sages-femmes qui réalisent « souvent » et « très souvent » l'échographie, une seule est âgée de moins de trente ans, 6 sont trentenaires, 6 sont quadragénaires et 8 sont cinquagénaires.

Ce panorama des activités menées par les sages-femmes libérales tend à démontrer qu'elles couvrent l'ensemble du champ de la périnatalité : elles contribuent à assurer la continuité des soins tout au long du parcours des femmes, leur offrant ainsi la possibilité d'un suivi complet ou dit « global » ou tout au moins d'un suivi « semi-global » (dans la mesure où l'accouchement n'est généralement pas réalisé par la sage-femme libérale).

1.5. Des visites à domicile en forte progression sous l'effet du PRADO

La majorité des sages-femmes libérales réalisent des visites à domicile dans le cadre du PRADO (81,3 %) ¹⁸. Parmi celles qui ont précisé le nombre de visites menées dans ce cadre au cours des 30 jours précédents l'enquête, 47,3 % ont réalisé 1 à 6 visites et 52,7 % en ont réalisé 7 à 10 et plus ¹⁹. L'enquête produite en 2012 par l'UNSSF auprès d'un échantillon de 182 sages-femmes libérales indiquait qu'à peine un tiers de ces professionnelles participaient au PRADO : 38 % des sages-femmes libérales avaient été contactées par leur CPAM pour participer au PRADO et 30 % d'entre elles participaient ou souhaitaient participer au programme tandis que 14 % refusaient d'y participer ²⁰. La part des sages-femmes réalisant des visites dans le cadre du PRADO progresse d'autant plus que leur installation est récente.

¹⁷ ONDPS, *Compte-rendu de l'audition des sages-femmes du 7 avril 2010*, p. 9.

¹⁸ Généralisé par la CNAMTS à partir de 2012, le Programme d'accompagnement de retour à domicile (PRADO) des femmes ayant accouché, est un dispositif destiné aux patientes qui sortent d'un séjour en maternité, afin de faciliter leur retour à domicile, d'anticiper leurs besoins, tout en favorisant les liens entre professionnels de santé hospitaliers et de ville, ceci en vue de garantir une continuité dans le parcours de soins périnataux. Au lendemain de la naissance de l'enfant, un conseiller de l'Assurance Maladie se rend à la maternité auprès de la femme venant d'accoucher et déclarée éligible par l'équipe médicale pour lui proposer le service d'accompagnement de retour à domicile. Si la femme ne connaît pas de sage-femme, elle choisit une sage-femme libérale dans la liste que lui propose le conseiller et signe un bulletin d'adhésion au service. Le conseiller prend alors contact avec la sage-femme retenue pour s'assurer de sa disponibilité et planifier la première visite à domicile. Si la sortie a lieu dans le cadre d'une sortie dite standard selon les définitions de la HAS, la première visite a lieu si possible dans les 48 heures suivant la sortie de maternité (et au plus tard dans les 7 jours). La sage-femme libérale se rend à domicile pour un suivi de la mère et de l'enfant (pesée, allaitement, cicatrisation, etc.). La deuxième visite est recommandée et planifiée selon l'appréciation de la sage-femme qui assure le suivi. Si l'état de la mère et/ou celui de l'enfant le justifient, la sage-femme peut programmer des visites complémentaires.

¹⁹ Les mères ayant intégré le programme en 2013 ont bénéficié, en moyenne, de près de 2 visites de sages-femmes libérales contre 0,47 pour celles n'ayant pas intégré le dispositif. Source : CNAMTS, Observatoire conventionnel des sages-femmes 2015 [données PMSI].

²⁰ Source : Union nationale syndicale des sages-femmes (UNSSF), *Enquête Satisfaction PRADO*, 2012, 30 p. Ces résultats sont à considérer avec une certaine prudence dans la mesure où les sages-femmes interrogées étaient toutes affiliées à l'UNSSF et que celle-ci a encouragé ses adhérentes à boycotter le dispositif au début de son expérimentation, ceci pour défendre l'idée d'une prise en charge continue et non morcelée des femmes et revendiquer le rôle pivot des sages-femmes dans l'accompagnement des grossesses dites physiologiques. Cf. UNSSF, « A toutes les sages-femmes », communiqué du 1^{er} mars 2010.

TABLEAU 2

Période d'installation en libéral des sages-femmes pratiquant des visites dans le cadre du PRADO

<i>Non réponse</i>	0,2 %	(1)
Années 1970 et avant	0,4 %	(2)
Années 1980	3,1 %	(14)
Années 1990	14,4 %	(65)
Années 2000	41,2 %	(186)
Années 2010	40,7 %	(184)
Total	100 %	(452)

1.6. Une plus faible implication dans le cadre de l'HAD

En comparaison au PRADO, la proportion de sages-femmes libérales effectuant des visites à domicile dans le cadre de l'hospitalisation à domicile (HAD) est moins importante. À peine un quart (24,6 %) des professionnelles interviennent auprès de patientes hospitalisées à domicile. Sur ce point, il importe de rappeler que le plan Périnatalité 2005-2007 prévoyait de créer des places d'hospitalisation à domicile et de renforcer la participation des sages-femmes libérales dans le suivi des grossesses pathologiques et des retours de maternité après un accouchement difficile²¹. Les sages-femmes qui sont impliquées dans l'HAD sont aussi celles qui mènent une part importante de suivis de grossesses pathologiques : deux tiers des sages-femmes (66,4 %) qui effectuent des visites dans le cadre de l'HAD déclarent réaliser « très souvent » à « assez souvent » de tels suivis.

Les professionnelles qui interviennent dans le cadre de l'HAD réalisent significativement moins de visites que dans le cadre du PRADO : 71,3 % des sages-femmes ont ainsi effectué 1 à 6 visites au titre de l'HAD au cours des 30 derniers jours et 28,7 % en ont réalisé 7 et plus. Ces sages-femmes travaillent plus souvent avec des associées ou des collaboratrices (50,4 %) qu'en solo (43,8 %).

Sur un autre versant, l'hospitalisation à domicile est perçue comme un mode de prise en charge onéreux pour l'Assurance Maladie (montant élevé du forfait journalier) et assez peu rentable pour les sages-femmes libérales elles-mêmes : celles-ci disent perdre en revenu lorsqu'elles ne sont pas sollicitées pour effectuer des visites à domicile alors même qu'elles s'étaient rendues disponibles dans ce but.

²¹ Ministère de la Solidarité, de la santé et de la protection sociale, *plan Périnatalité 2005-2007*, op. cit., p. 23.

1.7. La réalisation de l'accouchement en plateau technique : une pratique peu développée

Si le travail des sages-femmes salariées des hôpitaux et plus encore des cliniques est essentiellement axé sur l'accouchement, cette même activité demeure très rare parmi les sages-femmes libérales : les accouchements ne représentaient qu'à peine 0,05 % de leurs actes en 2009²². Un tel constat s'explique par l'absence de maisons de naissance²³ ainsi que par le faible accès des sages-femmes libérales aux plateaux techniques des maternités hospitalières. Depuis la loi 31 du juillet 1991 portant réforme hospitalière (loi dite « Evin »), le Code de la santé publique permet en effet aux sages-femmes libérales d'accéder aux plateaux des établissements de santé pour y réaliser l'accouchement de leurs propres patientes. Pour cela, un contrat doit être conclu entre l'établissement et la sage-femme, notamment pour préciser les conditions d'utilisation du plateau technique, la rémunération des actes ainsi que le montant de la redevance versée par la professionnelle à l'établissement²⁴.

Seules 7,9 % des sages-femmes libérales ont accès à un plateau technique afin de pouvoir y réaliser des accouchements. Pour autant, toutes n'utilisent pas la possibilité offerte, puisqu'uniquement 5,8 % des sages-femmes indiquent avoir réalisé des accouchements en plateau technique (soit 32 sur 556). Parmi celles-ci, toutes n'ont pas précisé le nombre d'accouchements réalisés dans ce cadre au cours des 30 jours précédents l'enquête. Néanmoins, sur les 18 sages-femmes ayant apporté cette précision, 14 ont réalisé entre 1 et 3 accouchement(s) en plateau technique et 4 en ont réalisé 5 et plus.

La réalisation de l'accouchement en plateau technique est corrélée avec l'ancienneté du diplôme et de l'installation en secteur libéral : la majorité de celles qui déclarent avoir mené au moins un accouchement en plateau technique au cours du mois écoulé ont ainsi obtenu leur diplôme dans le courant des années 1990 et 2000 (68,8 %) ; la pratique est, à l'inverse moins fréquente parmi les plus anciennes et les plus jeunes diplômées. En outre, l'accouchement en plateau technique concerne de façon plus importante les sages-femmes qui se sont installées en libéral au cours d'une période récente : la moitié de celles qui ont cette pratique (16 sur 32) se sont installées au cours des années 2010, alors que cette même activité n'est menée que par deux sages-femmes installées durant les années 1980 et par aucune de celles qui se sont installées dans les années 1970 ou avant. Enfin, les sages-femmes qui réalisent l'accouchement en plateau technique ont plus souvent une expérience préalable de cette activité en tant que salariées : 43,8 % d'entre elles occupaient un poste en salle de naissance juste avant leur passage en secteur libéral (contre 24,9 % de celles qui ne le pratiquaient pas).

²² CAVILLON M., *op. cit.*, p. 3.

²³ ONDPS, *Compte-rendu de l'audition des sages-femmes du 7 avril 2010*, *op. cit.*, p. 7.

²⁴ Le montant de la redevance est fixé par un arrêté du 28 mars 2011 : 30 % des honoraires pour un accouchement.

1.8. L'accouchement à domicile : une pratique minoritaire

À l'heure où les Pouvoirs Publics mettent l'accent sur le développement des maisons de naissance²⁵, ils sont en revanche bien plus réticents vis-à-vis de l'accouchement à domicile, en raison des risques qui lui sont associés. L'organisation du système de soins n'offrirait pas les conditions nécessaires au repli des femmes en cas de complication. De plus, les sages-femmes qui pratiquent l'accouchement à domicile ne sont que très rarement couvertes par des contrats d'assurance en cas de problème, compte tenu de leur coût très élevé. Dans ces conditions, la Cour des comptes recommande de « faire strictement respecter l'interdiction de réaliser des accouchements à domicile programmés sans couverture assurantielle »²⁶.

Si la demande d'accouchement à domicile progresse, cette pratique demeure en réalité marginale²⁷. Ainsi, parmi l'ensemble des sages-femmes libérales, 11,9 % signalent pratiquer ou avoir pratiqué des accouchements à domicile. La question, telle qu'elle était posée, ne permettait pas d'opérer une distinction entre les accouchements qui sont/étaient programmés à domicile et ceux qui ne le sont/ne l'étaient pas (accouchements dont le déroulement n'était pas initialement prévu à domicile). Pour 59 % de ces sages-femmes, le premier accouchement à domicile a été réalisé dans les années 2000 et 2010. En revanche, la proportion de celles qui ont réalisé au moins un accouchement durant le mois précédent l'enquête est nettement moins élevée : 4 % (soit 22 professionnelles sur les 556 enquêtées). L'écart constaté entre les deux réponses tient probablement au fait que des sages-femmes ont pu mener des accouchements à domicile par le passé mais n'en réalisent plus à présent. Ainsi, 7,9 % de l'ensemble des sages-femmes indiquent avoir arrêté de pratiquer des accouchements à domicile ; dans ce cas, l'année du dernier accouchement se situe aussi le plus fréquemment dans les années 2000 et 2010, ce qui tendrait à montrer que cette pratique ne s'inscrit pas toujours dans la longue durée. Les principales raisons mises en avant par celles qui ont arrêté d'effectuer des accouchements à domicile tiennent au coût élevé des assurances professionnelles, à une surcharge d'activité et aux risques médicaux. La part des sages-femmes pratiquant l'accouchement à domicile – 4 % – reste clairement minoritaire. Cette proportion est proche de celle relevée dans l'enquête produite par le CNOSF en 2008 : 4,4 % des sages-femmes libérales interrogées dans le cadre de cette étude déclaraient réaliser des accouchements à domicile (soit

²⁵ Présentées comme une alternative aux maternités hospitalières, les maisons de naissance répondent à une demande croissante de « démedicalisation » de la grossesse et de l'accouchement. Gérées par des sages-femmes, ces structures – encore non opérationnelles à ce jour – seront destinées aux femmes dites « à bas risque obstétrical ». La loi n° 2013-1118 du 6 décembre 2013 a autorisé l'expérimentation de ces maisons de naissance durant deux années dans notre pays et le décret n° 2015-937 du 30 juillet 2015 est venu préciser les conditions de leur très prochaine expérimentation (ces maisons devront être liées par convention à un établissement de santé, devront être situées dans des locaux attenants à ceux de l'établissement partenaire, etc.).

²⁶ Cour des comptes, *op. cit.*, p. 198. Alerté par cette même Cour des comptes en 2013, le ministère de la Santé a saisi le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes pour que celui-ci rappelle à ses adhérentes les sanctions encourues en l'absence d'assurance professionnelle (radiation de l'Ordre pouvant conduire à une interdiction – provisoire ou définitive – d'exercice et sanctions pénales). De son côté, la Haute Autorité de Santé indique « D'autres lieux d'accouchement peuvent être actuellement choisis par les femmes présentant un faible niveau de risque, notamment les espaces dits « physiologiques » (internes à une maternité) ou le domicile » tout en ajoutant que « ces questions sont en dehors du champ des recommandations ». Haute Autorité de Santé, *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Recommandations professionnelles. Argumentaire*, 2007, p. 99.

²⁷ FILLAUT T., HONTEBEYRIE J., « Accoucher à domicile : de l'obligation à l'option », *La revue du praticien*, vol. 63, 2013, p. 329.

72 sur les 1 615 ayant répondu au questionnaire)²⁸. Enfin, pour ce qui concerne les 22 sages-femmes qui indiquent avoir cette pratique, 8 ont réalisé un seul accouchement au cours des 30 jours écoulés et 14 en ont réalisé 3 et plus.

Comparées à leurs consœurs qui n'ont pas l'expérience professionnelle des accouchements à domicile, celles qui ont ou ont eu cette pratique présentent la particularité d'avoir plus souvent accouché elle-même à domicile : près d'un quart (24,2 %) de ces dernières ont ainsi elles-mêmes donné naissance chez elle à au moins un de leurs enfants contre 6,4 % de celles qui ne réalisent pas et n'ont jamais réalisé d'accouchements à domicile. Sur les vingt-deux sages-femmes déclarant avoir réalisé au moins un accouchement à domicile au cours du mois écoulé, dix ont expérimenté personnellement ce type d'accouchement²⁹. Celles qui sont concernées ou ont été concernées par l'accouchement à domicile sont plus âgées que la moyenne voire exercent leur métier tardivement (elles sont majoritairement quinquagénaires et sexagénaires). Ainsi, la fréquence de cette pratique augmente régulièrement à mesure que l'on passe des sages-femmes les plus jeunes aux plus âgées.

TABLEAU 3

Les sages-femmes pratiquant ou ayant réalisé des accouchements à domicile

Année de naissance des sages-femmes	Ensemble des sages-femmes*	Sages-femmes pratiquant ou ayant pratiqué l'accouchement à domicile*
Années 1990	0,9 % (5)	0 % (0)
Années 1980	23,9 % (133)	16,7 % (11)
Années 1970	29 % (161)	21,2 % (14)
Années 1960	29,9 % (166)	31,8 % (21)
Années 1950 et avant	16 % (89)	30,3 % (20)

*Parmi celles ayant précisé leur année de naissance.

De la même façon, on observe que parmi les 22 professionnelles ayant pratiqué au moins accouchement à domicile au cours des 30 derniers jours, plus de la moitié (13) sont également des quinquagénaires et des sexagénaires.

²⁸ MOULINIER C., « Synthèse des résultats de l'enquête auprès des sages-femmes libérales », *Contact Sages-femmes*, 2009, n° 20, p. 8.

²⁹ Ces observations rejoignent celles de Juliette Hontebeyrie qui souligne que la moitié des sages-femmes libérales (N = 36) qui pratiquent l'accouchement à domicile ont elles-mêmes accouché à domicile. Hontebeyrie Juliette, « Quelques éléments de connaissance à propos du profil sociodémographique des sages-femmes pratiquant l'accouchement à domicile », *La Revue Sage-Femme*, n° 12, 2013, p. 235-286.

2.

De la pratique hospitalière à la pratique libérale

2.1. La mobilité géographique avant et après l'obtention du diplôme

Avant même l'installation en libéral, la mobilité des sages-femmes est déjà assez marquée, si l'on met en perspective la région dont elles sont originaires et celles où elles se sont formées : près de 30 % d'entre elles se sont inscrites dans une école des sages-femmes en dehors de leur région. C'est la Bretagne qui accueille la plus forte proportion d'étudiantes originaires d'une autre région (25 sur 49) qui à la suite vont partir vers le libéral. On pourrait penser que l'Île-de-France, bien pourvue en écoles (environ 13 % des inscrites de l'Hexagone) voit arriver nombre d'étudiantes sages-femmes résidant en dehors de cette région. C'est peut-être vrai pour les futures sages-femmes dans leur ensemble mais les trois quarts de celles qui s'y sont formées et qui, à la suite, se sont dirigées vers le libéral, étaient originaires d'Île-de-France.

Avec des diplômes obtenus tout au long des années (21 % au cours de dix dernières années - 2004-2013 - et 28,9 % entre 1994 et 2003), le taux de celles qui travaillent dans la région où elles ont obtenu leur diplôme est de 55,4 %. On ne quitte pas spécialement plus la Lorraine et l'Île-de-France (52,3 % et 56 % de celles qui travaillent en libéral y ont été formées) que d'autres régions, et ce sont l'Auvergne, la région Centre et le Limousin qui voient l'installation de la plus forte proportion de sages-femmes formées ailleurs. Toute proportion gardée, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur conserve les deux tiers des sages-femmes libérales qui s'y sont formées (contre 44 % des sages-femmes actives, salariées et libérales confondues) ; c'est le cas des trois quarts de celles qui se sont formées en Bretagne, sans nécessairement en être originaires. Dans tous les cas, la mobilité des sages-femmes libérales est d'assez forte ampleur.

2.2. Les trajectoires professionnelles avant l'installation en libéral

Au-delà des 7 % des professionnelles qui ne sont pas passées par un emploi salarié, si ce n'est de brefs remplacements immédiatement après l'obtention de leur diplôme, les autres sages-femmes ont occupé en moyenne 2,76 emplois différents avant leur installation en libéral. On observe toutefois de fortes variations autour de cette tendance centrale : 16,3 % n'ont connu qu'un seul emploi salarié, 28 % deux emplois, 21 % trois emplois, 16 % quatre emplois et 11,5 % cinq emplois et plus. Pour plus de quatre sages-femmes sur dix, leur trajectoire menant au libéral n'a été, au maximum, ponctuée que de deux emplois salariés.

Si l'on reconstitue les trajectoires des unes et des autres, on relève, emploi après emploi, une tendance à l'allongement de leur durée. Pour celles qui ont

connu cinq emplois salariés et plus, la durée du premier d'entre eux s'est élevée à 2,6 ans. Celle du deuxième emploi est sensiblement équivalente (2,4 ans). Ensuite, le troisième emploi court en moyenne sur 3,6 ans, l'avant-dernier sur 3,9 ans et le dernier assuré juste avant l'installation en libéral est de 5,3 ans. Il n'y a pas de grands écarts selon que le dernier emploi a été, de fait, le seul occupé ou qu'au contraire il s'inscrit comme la dernière étape après un ou plusieurs emplois précédents avant l'arrivée en libéral. Ainsi, dans le premier cas, sa durée sera de 5,1 ans au lieu de 5,3 ans. Elle sera par contre de 4,4 ans au lieu de 3,9 ans pour une sage-femme qui n'aura connu que deux emplois salariés.

La part des sages-femmes salariées employées dans les maternités publiques a régulièrement augmenté au fil des années. Elle représentait 65 % en 1990, 68 % en 2000, 72 % en 2004 et 77 % en 2014. Si l'on retient 2004 comme date de référence, compte tenu d'une ancienneté dans le secteur libéral d'environ 10-11 ans en moyenne, le dernier emploi occupé par les sages-femmes présentement en libéral n'a été qu'à hauteur de 52,5 % un emploi dans une maternité publique. Les sages-femmes libérales ont donc, bien plus nettement que la moyenne, occupé des emplois en clinique privée (31,7 %) voire en hôpital privé (1,4 %) ³⁰. Certes, leur trajectoire, pour celles qui ont connu plusieurs emplois différents, tend à aller tendanciellement du privé vers le public, mais la surreprésentation du secteur privé demeure. Pour celles qui ont connu cinq emplois salariés différents, le premier d'entre eux était à 49,3 % dans le secteur public, puis le second à 49,9 %, le troisième à 53,2 % et l'avant-dernier à 59,2 %, avant donc de redescendre à 52,5 %, mais l'espace de travail salarié fréquenté par les sages-femmes libérales est plus souvent que la moyenne celui des maternités privées.

Les cliniques sont réputées avoir tendance à spécialiser plus leurs sages-femmes par secteur et cette spécialisation se fait en faveur du secteur de la naissance, qui représente 83 % des sages-femmes mono-secteur (contre 54 % en établissements publics), notait en 2005 une étude de l'Irdes ³¹. Les données collectées vont effectivement dans ce sens : même si le travail en salle de naissance progresse un peu au fil de la carrière (24,6 % dans un premier emploi pour celles qui en ont connu cinq différents et, au total, en dernier emploi, 27,6 %), ce dernier taux est inégalement réparti : 24,7 % des sages-femmes libérales travaillant en dernier lieu dans le secteur public étaient affectées à une salle de naissance contre 37 % en clinique privée. À l'inverse, celles qui, au fil de leur dernier emploi, ont connu une polyvalence de leurs tâches ou une mixité de leur travail, avec, chez un même employeur, des fonctions différentes selon les périodes, représentent 46,2 % des emplois en clinique privée et 53,8 % dans le secteur public. Plus à la marge, 3,4 % des sages-femmes libérales issues du secteur public ont connu en dernier lieu une fonction de cadre contre 0,5 % dans le privé ; un suivi des grossesses pathologiques à hauteur de 3,1 % contre 1,6 % et à l'inverse un travail en bloc obstétrique pour 1,7 % là où en clinique ce fut le cas de 3,3 % d'entre elles.

³⁰ Le total n'est pas de 100 % puisqu'elles peuvent être passées par d'autres types d'emploi, comme en PMI (2,2 %), dans le secteur humanitaire (0,9 %), etc.

³¹ MIDY F et al., *op.cit.*

Les différences entre secteurs se retrouvent aussi en matière de quotité de travail. En 1997, près de 30 % des sages-femmes salariées travaillaient à temps partiel et il était plus développé dans le secteur privé (33 %) que dans le secteur public (28 %). En 2009, selon la Drees, l'écart s'était même accentué : les sages-femmes hospitalières occupant un emploi à temps partiel étaient plus nombreuses dans le secteur privé (40 %) que dans le secteur public (30 %)³². Les sages-femmes libérales ayant connu plusieurs emplois salariés ont vu, de fait, la part du travail à temps plein s'orienter tendanciellement à la baisse : celles qui ont connu cinq emplois différents travaillaient au départ à 85,9 % à temps plein. Dans le dernier emploi occupé (et qui peut être le seul effectué avant le libéral), 61,5 % seulement de ces sages-femmes travaillaient à temps plein. On ne relève pas de différences notables selon que les sages-femmes libérales aient, en dernier lieu, travaillé dans les secteurs public ou privé. Par contre, il n'en va pas de même des emplois où elles ont alterné à plusieurs reprises temps plein et temps partiel : ce fut le cas de 14 % de celles issues du secteur public et de 9 % de celles venant du secteur privé.

Si parfois les jeunes sages-femmes connaissent une ou plusieurs courtes périodes de chômage, l'accès continue cependant à se réaliser rapidement dans l'emploi³³. Néanmoins, l'entrée dans la profession se fait de plus en plus par un contrat à durée déterminée. Pour 4,3 % des sages-femmes libérales, leur dernier emploi salarié a consisté en un remplacement et 31,7 % d'entre elles avaient un contrat à durée déterminée.

TABLEAU 4

Situation professionnelle au fil des derniers emplois salariés occupés

	Dernier emploi	Avant dernier Emploi	Rang 3	Rang 4	Rang 5 et plus
Remplacement	4,3 %	2,9 %	5,6 %	7,1 %	1,6 %
CDI	58,6 %	52,9 %	47,2 %	34 %	39,1 %
CDD	31,7 %	37,4 %	38,3 %	46,8 %	43,8 %
Vacataires ou auxiliaires	1,9 %	1,0 %	1,1 %	2,6 %	6,2 %
Intérim	1,9 %	3,7 %	4,8 %	6,4 %	6,2 %
Humanitaire	0,8 %	1,4 %	2,6 %	2,6 %	3,1 %
Autres	0,8 %	0,7 %	0,4 %	0,5 %	0 %
Total des observations	517	420	269	156	64

³² CAVILLON M. (2012), « La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs », *Études et Résultats*, n° 791, Drees, p. 4.

³³ Au-delà de l'enquête diligentée en 2014 par le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes (CNOSF) nombre d'études plus localisées et d'articles publiés dans la presse professionnelle soulignent les récentes difficultés inhérentes à l'insertion professionnelle au sortir de la formation. MICHEAU J., ALLIOT F. (2014), *Le marché du travail des sages-femmes : transition ou déséquilibre ?* Lasertyuiop, CNOSF, rapport d'étude, p. 33. PASCUAL J. (2014), « Quel travail pour les sages-femmes ? », *Profession sage-femme*, n° 214, p. 19. ARS Rhône-Alpes (2012), *État des lieux de la profession de sages-femmes en région Rhône-Alpes*, 2013, p. 13. GREF Bretagne, *Insertion à 3 ans des diplômés de 2008. Diplôme d'État de sage-femme*.

Au fil des différents emplois, pour celles qui en ont eu plusieurs avant leur arrivée en libéral, la progression vers l'obtention d'un CDI est nette.

Dans le dernier emploi salarié occupé, la part de CDD est quasi la même dans le secteur privé (33,2 %) et dans le secteur public (32,5 %). La part de CDI est légèrement supérieure dans le secteur public (61,6 %) que dans le secteur privé (56,5 %), la différence provenant de situations d'intérim (2,7 % dans le secteur privé contre 0,3 % dans le secteur public). Si l'on se base toujours sur le dernier emploi salarié, mis en relation avec l'année d'obtention du diplôme d'État, le milieu des années 2000 marque une rupture. Auparavant, la part de CDD oscillait entre 25 % et 30 % ; après 2005, elle passe rapidement à un taux compris entre 41 % et 65 % selon les années. Sur les 33 sages-femmes qui ont obtenu leur diplôme entre 2011 et 2013 et n'ont pas tout de suite gagné le libéral, 26 étaient en CDD dans leur dernier emploi salarié.

2.3. Les formations complémentaires effectuées

Avant leur installation, 82,3 % des sages-femmes qui vont aller vers le libéral ont suivi au moins une formation complémentaire (moyenne : 1,54). L'avancée en âge et en ancienneté est corrélée au nombre de formations suivies. Dans la tranche d'âge 50-54 ans, 13,5 % ne s'étaient inscrites à une formation ; c'est le cas de 39,6 % des moins de 30 ans, un rapport de 1 à 3 donc. Sur un ensemble de 42 formations différentes, la rééducation périnéale, toutes méthodes confondues, arrive très largement en tête avec 25,7 % de toutes les formations suivies. Rapportées aux 387 sages-femmes qui se sont effectivement inscrites en formation continue, 63,3 % d'entre elles se sont vues ainsi dispenser une telle formation. Il s'agit, (cf. § 3.6), de la formation majeure des sages-femmes libérales. Toutefois, mise en relation avec l'âge des sages-femmes, la diminution de cette formation est continue entre celles qui ont plus de 34 ans (47 % environ s'y étaient inscrites) et celles qui en ont moins (34,7 %). La dispersion concernant les autres types de formation est très forte. Les formations en sophrologie ont été suivies par 9,5 % des sages-femmes aujourd'hui en libéral, au cours de leur précédent travail salarié. L'homéopathie par 7,9 %, et la gynécologie par 5,9 %.

2.4. Une installation en libéral de plus en plus rapide

Les sages-femmes s'installent en libéral aux alentours de 35 ans³⁴ et l'ancienneté des unes et des autres dans des emplois salariés est alors de 11,3 ans, mais ce ne sont là que des moyennes. De fait, selon les périodes, les variations sont importantes. Le milieu des années 1980 marque une relative rupture. Avant ces années-là, l'installation en libéral s'effectuait après 17-18 ans de travail salarié. À partir de 1985, les années d'expériences préalables chutent à 13,5 ans puis au début des années 1990 à 11,5 ans avant de descendre à 9,8 ans au début des années 2000. On manque évidemment de recul pour avancer des données précises pour la période la plus récente,

³⁴ MIDY F., CONDINGNY S. et CONDINGNY M-L., relevaient déjà un tel âge moyen en 2005. « La profession de sage-femme : trajectoires, activités et conditions de travail », *Questions d'économie de la santé*, Irdes, n° 102, 2005.

sauf à constater une tendance au raccourcissement de l'ancienneté préalable dans un ou plusieurs emplois salariés. Il existe par ailleurs de fortes disparités selon les régions : les sages-femmes libérales de moins de trente ans représentent aujourd'hui 14,1 % de l'ensemble au niveau national, pas moins de 20 % en Rhône-Alpes ou de 17,2 % en Languedoc-Roussillon, mais seulement 8,7 % en Nord-Pas-de-Calais.

TABLEAU 5

L'installation au fil des quatre premières années après l'obtention du diplôme d'État

	Effectif des sages-femmes			
	en libéral l'année de l'obtention de leur DE	en libéral entre 1 et 4 ans après l'obtention de leur DE	en libéral entre l'année de leur DE et 4 ans après	ayant obtenu leur DE durant cette période
Avant 1975	0	0	0	15
1975-1979	0	3	3 soit 5,7 %	37
1980-1984	1	1	2 soit 3,2 %	62
1985-1989	2	4	6 soit 9,5 %	63
1990-1994	2	14	16 soit 14,6 %	109
1995-1999	1	15	16 soit 21,9 %	73
2000-2004	4	8	12 soit 17,1 %	70
2005-2009	5	27	32 soit 51,6 %	62
2010-2013	27	35	62	63
	42	108	149	299 / 554

Avant 1975, il n'y a pas d'installation en libéral avant cinq années d'expérience professionnelle en maternité. Avant le milieu des années 1980, cela est aussi très rare (3 sur 37 entre 1975 et 1979, 2 sur 62 entre 1980 et 1984) et, en dehors des installations directes au sortir de la formation, aucune sage-femme ne s'est installée avec moins de deux ans d'ancienneté. À la suite, la part de celles qui franchissent le pas avant cinq ans de pratique évolue très vite. En revanche, on n'observe pas vraiment d'évolution, au fil des années, de la part de celles qui s'installent avant deux années d'expérience : depuis le début des années 1990, le taux reste quasi inchangé : 11 à 12 %. Exception faite de celles qui s'installent quasi directement en libéral, les autres sages-femmes tendent à considérer qu'il y aurait comme une sorte de période probatoire de trois-quatre ans avant de quitter le salariat.

2.5. L'installation directe au sortir de la formation : d'un épiphénomène à une pratique qui devient assez ordinaire

Alors qu'avant 2000, l'installation en libéral l'année d'obtention de son diplôme d'État est rare ; depuis cette tendance s'accélère : entre 2000 et 2004, 5,7 % des sages-femmes se dirigent vers le libéral dès l'obtention de

leur Diplôme d'État ; entre 2005 et 2009, c'est le cas de 8 % d'entre elles, puis sur la période la plus récente, les années 2010-2013, quelque 42,8 % d'entre elles se sont installées l'année de leur DE directement. Sur 53 sages-femmes libérales âgées aujourd'hui âgées de 23 à 27 ans, 22 se sont ainsi directement installées à leur compte.

L'étude porte ici sur des effectifs limités certes, et il est logique qu'ayant interrogé notamment des jeunes sages-femmes libérales (pour autant sous-représentées dans notre échantillon), plus on évoque des périodes proches, plus, d'évidence, on obtient des taux importants. Il n'empêche que l'on saisit un phénomène, sans nul doute encore plus ample, compte tenu de cette sous-représentation. En s'arrêtant uniquement sur les dernières années, on peut prendre une mesure encore plus exacte de l'accélération de ce phénomène d'installation en libéral quasi directe depuis trois à quatre ans.

TABLEAU 6

L'installation en libéral des sages-femmes ayant obtenu leur diplôme d'État depuis 2000

Année d'obtention du DE	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Installation l'année du DE	1	0	0	3	0	1	1	1	1	2	1	3	9
Installation l'année suivante	1	0	1	0	1	1	3	2	0	1	2	3	15
Installation 2 ans après son DE	0	0	0	0	0	0	2	1	1	4	3	3	3
Installation 3 ans après son DE	2	0	1	1	0	0	4	0	0	6	2	0	
Installation 4 ans après son DE	0	0	0	1	0	0	2	3	0	0	1	0	
Installation 5 ans et plus après son DE	8	11	12	15	13	9	6	5	5	0	0	0	
Effectifs de l'échantillon	12	11	14	19	14	11	18	12	7	13	9	9	27

On observe par ailleurs, depuis une vingtaine d'années, un resserrement des écarts d'âge parmi les étudiantes, allié à un léger rajeunissement : la moyenne d'âge à l'obtention du Diplôme d'État était de 25,8 ans au cours des années 1991-1995, et de 25,1 ans durant les années 2001-2005 et se situe aujourd'hui autour de 23,5 ans³⁵. L'âge n'a pas d'incidence sur l'installation directe : c'est avant tout le contexte présent, entre restructuration et concentration des maternités, fermeture des plus petites d'entre elles, contraintes financières fortes qui explique que les jeunes diplômées, parfois bon gré mal gré, se tournent vers le libéral sans passer en quelque sorte par « la case » maternité, faute de s'y voir proposer un emploi stable.

Pour autant, face aux tensions du marché du travail qui les confrontent *a priori* toutes peu ou prou aux mêmes difficultés, certaines franchissent le pas du libéral et d'autres ne le font pas.

³⁵ Ces chiffres confirment les données publiées par la Drees. Ainsi en 2008, en première année d'études de sage-femme, 20,2 % des étudiantes avaient moins de 20 ans et 78,1 % entre 20 et 22 ans. En 2013 ces proportions étaient respectivement de 27,4 % et de 69,3 %. Cf. JAKOUBOVITCH S. (2009), « La formation aux professions de la santé en 2008 », *Documents de travail*, n° 139, Drees, p. 25 ; CASTERAN-SACRESTE B. (2015), « La formation aux professions de la santé en 2013 », *Document de travail*, n° 195, Drees, p. 30.

2.6. Les ressorts du choix du libéral à la suite d'un emploi salarié

Dans cet emploi salarié désormais quitté ou, plus rarement, associé à la pratique libérale, qu'est-ce qui était le plus difficile à supporter ? Sur la base des propos recueillis spontanément lors des 130 entretiens réalisés, ont été proposés dans le questionnaire un certain nombre d'items à retenir et à hiérarchiser. De fait, les réponses se répartissent assez également, sans vraiment qu'émerge une raison plutôt qu'une autre dans cette liste, sauf en ce qui concerne l'entente avec les personnels que sont les aides-soignantes, les auxiliaires de puériculture, etc. Au total, pas plus de 4,1 % des sages-femmes mentionnent des difficultés à ce niveau là. Tout juste observe-t-on que, selon l'année d'obtention du diplôme d'État, la faible considération par les médecins évolue un peu à la baisse (16,4 % pour celles qui ont été diplômées entre 1984 et 1993 contre 13,1 % pour celles ayant obtenu leur diplôme entre 2004 et 2013) ; idem pour le poids de la hiérarchie administrative. La question des faibles revenus et des relations trop superficielles avec les patientes varient plutôt à la hausse, mais ce ne sont là que des écarts de faible ampleur (2 à 3 points). Il n'en va pas tout à fait de même, dès lors que l'on met en relation ces difficultés ressenties avec le fait d'avoir en dernier lieu exercé dans les secteurs public ou privé. Faible considération et faibles revenus sont plus affaire du secteur privé (respectivement 17,4 % contre 13,1 % pour le secteur privé et 17,2 % contre 13,7 % pour le secteur public) et à l'inverse le poids de la hiérarchie administrative est plus vivement ressenti par les sages-femmes qui en dernier lieu exerçaient dans des maternités publiques (16,9 % contre 12,7 %).

Complétant cette question à choix multiples, une autre porte sur les raisons du choix du libéral.

TABLEAU 7

Les raisons du choix de l'exercice libéral

	Tous choix confondus (N = 1 607)
Relations différentes avec les patientes	25,1 %
Maîtrise des horaires de travail	20,2 %
Possibilité de valoriser d'autres activités	14,8 %
Lassitude du cadre de travail antérieur	13,7 %
Satisfaction de « monter sa propre affaire »	7,8 %
Autres	6,1 %
Impossibilité de trouver un emploi dans un autre cadre	6,0 %
Revenus plus conséquents	4,5 %
Choix de ses collègues de travail	1,8 %
Total des choix	100 %

Les raisons du choix du libéral sont très contrastées. Les résultats portent sur la totalité des réponses obtenues (trois choix possibles, d'où les 1 607 réponses

collectées). En premier choix il est question d'abord des relations différentes avec les patientes (29,3 %) et de la maîtrise des horaires (23 %). En deuxième choix, ce sont encore les deux mêmes items qui reviennent, mais il y a peu d'écart entre le second (16,9 %) et ce qui a trait à la valorisation d'autres activités. Enfin, en troisième choix cette même valorisation d'autres activités est citée en premier (23 %) avant la maîtrise des horaires de travail. Dans tous les cas, ce qui renvoie à des revenus plus conséquents ou à la satisfaction de « monter sa propre affaire » ne sont guère des raisons retenues³⁶. Deux variables tendent à accroître les écarts entre ces réponses : la forme d'exercice du métier et l'ancienneté du diplôme d'État. Si les sages-femmes remplaçantes mettent, comme leurs collègues, d'abord en avant la possibilité offerte de nouer des relations différentes avec les patientes (23,5 %), à la suite est évoquée par elles l'impossibilité de trouver un emploi dans un autre cadre (14,7 %). Cela tend à rappeler que ce statut de remplaçante n'est souvent guère un choix mais plutôt un accommodement pour des jeunes diplômées, y compris pour compléter un autre emploi en maternité, voire en libéral ailleurs. Celles qui ont été diplômées à partir de 2005 évoquent, de façon croissante, l'impossibilité de trouver un emploi dans un autre cadre (5 % pour les titulaires du diplôme d'État obtenu entre 2002 et 2004, 9 % pour les diplômées entre 2005 et 2007, 11,1 % pour 2008-2010 et 16,6 % pour 2011-2013) et *a contrario* tendent à reléguer la possibilité de valoriser d'autres activités, puisque leur fréquent statut de remplaçante ou de collaboratrice ne leur laisse guère ce type d'ouverture.

Être remplaçante en début de carrière n'est toutefois pas quelque chose de vraiment nouveau : 31,9 % des sages-femmes libérales ont débuté comme remplaçantes, et l'augmentation de cette proportion est assez faible au fil des années. Elle pouvait déjà être de 37,5 % pour celles diplômées entre 1994 et 1996 là où, pour celles qui ont obtenu leur diplôme entre 2012 et 2014, elle est de 36,5 %.

Avant 1995, créer un cabinet en y travaillant toute seule était fréquent, cela l'est moins à la suite, et jusqu'aux années 2005, ce n'est plus nécessairement une voie très suivie (28,7 %). Depuis lors, ce mode d'exercice remonte (33,5 % entre 2006 et 2014), au détriment d'une nouvelle installation à plusieurs ou au sein d'un cabinet déjà existant. Par ailleurs, cela en est quasiment fini du rachat d'un cabinet – ce que l'on nomme plutôt « un droit de présentation à clientèle » – (moyenne générale : 5,3 %) ou d'une part de clientèle au sein d'un cabinet où travaille(nt) déjà une ou plusieurs autres sages-femmes (moyenne générale de 2 %). Pour un début de l'exercice libéral compris entre 2009 et 2011, les taux sont respectivement de 3,1 % et de 1 %, puis pour la période 2012-2014 de 0,7 % dans les deux cas. Débuter comme collaboratrice (moyenne de 5,6 %) varie assez peu selon les années, et il en va de même du choix de débuter en libéral sans disposer d'un cabinet (moyenne de 2,2 %).

³⁶ Plusieurs études localisées tendent à souligner combien les sages-femmes qui s'installent en libéral n'en attendent pas de revenus plus conséquents. Voir par exemple MOYON M. (2014), *L'exercice libéral des sages-femmes en Pays-de-la-Loire : les difficultés et axes d'amélioration*, mémoire de diplôme d'État de sage-femme, Nantes, p. 41.

3.

L'installation en libéral

3.1. L'ancienneté dans la carrière libérale

Pour une moyenne d'âge de 43,2 ans, 61,6 % des sages-femmes ont au maximum 10 ans d'ancienneté dans l'exercice libéral. L'ancienneté moyenne est alors de 8 ans et 7 mois.

TABLEAU 8

Ancienneté dans l'exercice libéral

0 à 5 années	38,9 %
6 à 10 ans	22,7 %
11 à 15 années	17,5 %
16 à 20 années	10,1 %
21 à 25 années	5,8 %
26 à 30 années	3,2 %
31 à 35 années	1,4 %
36 années et plus	0,4 %

3.2. Les modes et statuts d'exercice

Au fil de leur carrière professionnelle dans le secteur libéral, la situation des unes et des autres évolue et leur trajectoire peut aussi être ponctuée d'interruptions³⁷. Les différents modes et statuts d'exercice rappellent qu'environ 85 % d'entre elles possèdent un cabinet, le partage étant à peu près égal entre le fait de travailler en solo ou à plusieurs associées.

³⁷ Quelque 20,7 % des sages-femmes libérales ont interrompu leur carrière à un moment donné, mais cette interruption n'a été le fait d'un retour temporaire vers le salariat que pour seulement 2,7 % d'entre elles. Ce sont les congés maternité (7,7 %) ou maladie (2 %) qui sont d'abord évoqués puis, plus incidemment, des pauses, des arrêts momentanés pour se rapprocher de son conjoint et des missions humanitaires.

TABLEAU 9

Situation professionnelle

Travail en solo	44,1 %
Travail à plusieurs associées	42,5 %
Collaboratrice	5,4 %
Travail avec une ou plusieurs collaboratrices	4,9 %
Remplaçante	2,2 %
Autres	0,9 %

Travailler seule ne veut pas dire pour autant être isolée : quelque 29,3 % des sages-femmes qui exercent seules ont leur cabinet intégré au sein d'une structure collective, qu'il s'agisse d'une maison médicale, d'une maison de santé pluriprofessionnelle, d'un pôle santé, etc. C'est le cas de 9,4 % de celles qui sont plusieurs associées au sein d'un même cabinet et de 11,1 % des sages-femmes libérales qui travaillent avec une ou plusieurs collaboratrices.

Selon l'âge des unes et des autres, il existe des différences notables de situation.

TABLEAU 10

Situation professionnelle selon l'âge

	Remplaçante	Collaboratrice	Travail en solo	Travail à plusieurs	Total
62 ans et plus	0	1	10 (4,1 %)	9 (3,5 %)	3,7 %
59-61 ans	0	2	10 (4,1 %)	10 (3,8 %)	4,0 %
56-58 ans	0	0	15 (6,2 %)	18 (6,9 %)	6,0 %
53-55 ans	0	0	22 (9,1 %)	21 (8,1 %)	7,9 %
50-52 ans	0	1	20 (8,2 %)	21 (8,1 %)	7,7 %
47-49 ans	0	1	22 (9,1 %)	28 (10,7 %)	9,2 %
44-46 ans	1	2	23 (9,5 %)	34 (13,0 %)	11,0 %
41-43 ans	0	2	25 (10,3 %)	29 (11,1 %)	10,3 %
38-40 ans	1	1	18 (7,4 %)	22 (8,4 %)	7,7 %
35-37 ans	0	4	21 (8,6 %)	18 (6,9 %)	7,9 %
32-34 ans	1	2	16 (6,5 %)	18 (6,9 %)	6,8 %
29-31 ans	1	2	21 (8,6 %)	12 (4,6 %)	6,6 %
26-28 ans	4	9	15 (6,2 %)	16 (6,1 %)	8,1 %
23-25 ans	4	3	5 (2,1 %)	5 (1,9 %)	3,1 %
Total	N = 12	N = 30	100 % N = 243	100 % N = 261	100 %

Compte tenu des faibles effectifs, nous n'avons pas calculé les pourcentages pour les deux premières catégories.

Un quart (25,3 %) des sages-femmes libérales ont une activité mixte et donc un autre emploi, *a priori* salarié, à côté d'une activité libérale. Le fait d'avoir en parallèle un emploi salarié ne cesse de progresser selon les années de début de l'installation en libéral : de 10,2 % pour celles qui se sont installées entre 1995 et 1999, on passe pour les années 2000-2004 à 17,4 %, pour les années

2005-2009 à 22,6 % et pour les années 2010-2014 à 25,3 %. Si l'on considère les plus jeunes dans le métier, à savoir les 140 sages-femmes qui ont débuté en libéral entre 2012 et 2014, 32,9 % d'entre elles ont une activité mixte.

Alors que la structure des emplois salariés en maternité penche de plus en plus en faveur du secteur public, la répartition, sans être égale, ne présente pas de tels écarts en ce qui concerne l'activité salariée à temps partiel des sages-femmes libérales. Si 48,4 % d'entre elles ont un emploi en maternité d'hôpital public, 45,3 % travaillent en clinique privée (6,3 % n'ont pas précisé le lieu de leur autre emploi). Les astreintes liées à un emploi salarié à côté de l'exercice libéral paraissent plus importantes en secteur public que privé. Ainsi en va-t-il des gardes de nuit (51,4 % en secteur hospitalier contre 44,3 % en clinique) ou des gardes en semaine (51,5 % contre 45,5 %). Par contre les gardes de week-end touchent aussi bien secteur public (48 %) que privé (49,3 %). Toute prudence gardée, puisque cela ne porte que sur une population de 81 sages-femmes, dès lors que l'on travaille en libéral avec une ou plusieurs associées ou collaboratrices, on penche plus vers le secteur privé (21) que public (17). À l'inverse, travailler seule dans un cabinet renvoie plus au secteur public (25) que privé (18).

3.3. Le lieu d'implantation du cabinet

L'implantation des cabinets de sages-femmes libérales est très inégalement répartie sur le territoire français³⁸. Afin de rééquilibrer l'offre de soins en sages-femmes libérales, un dispositif d'incitation et de régulation a été mis en œuvre à partir de septembre 2012, avec la détermination de zones « sans sages-femmes », « très sous dotées », « sous dotées » et « sur dotées ». Dans les zones « sans sages-femmes », « très sous dotées » et « sous dotées » en sages-femmes libérales, des mesures destinées à favoriser l'installation et le maintien ont été proposées à travers la création d'un « contrat incitatif sage-femme ». À adhésion individuelle, ce contrat permet à la sage-femme libérale conventionnée de percevoir une aide forfaitaire à l'équipement et de bénéficier d'une prise en charge de la totalité de ses cotisations sociales dues au titre des allocations familiales. Dans les zones « sur dotées » en sages-femmes libérales en revanche, l'accès au conventionnement ne peut intervenir que si une sage-femme libérale conventionnée cesse définitivement son activité dans la zone ou la réduit d'au moins 50 % par rapport à son activité des deux années précédentes.

³⁸ Chaque Agence régionale de santé (ARS), amenée dès la fin de l'année 2012 à déterminer des zones différentes selon la densité des sages-femmes libérales en activité, a produit un bilan très documenté de l'existant en matière d'offre de soins. Avant cela déjà, nombre d'Observatoires régionaux de santé (ORS) ont effectué, au milieu des années 2000, des bilans sans appel concernant les déséquilibres de l'offre. Voir par exemple, *Atlas des professions de santé*, ORS Nord-Pas-de-Calais, 2005, p. 59-63. Certaines régions se révèlent fort peu attractives ; c'est le cas par exemple de la Picardie et de l'Île-de-France, d'autres le sont bien plus, telle la région Rhône-Alpes. L'écart de densité des sages-femmes va ainsi, entre régions, de 1 à 4. Entre deux départements d'une même région, en 2011, il existait un écart de 1 à 3 pour les sages-femmes salariées et de 1 à 11 pour les sages-femmes libérales. Enfin, au sein d'un même département, selon les bassins de vie, il pouvait exister des écarts assez considérables.

TABLEAU 11

Implantation des cabinets selon les zones

Année de début de l'activité libérale	Zone Très sous dotée	Zone Sous dotée	Zone Intermédiaire et très dotée	Zone Sur dotée	Ne sait pas ou pas de zonage	Total
2009 et avant	16	38	155	101	26	336
2010	1	6	12	11	0	30
2011	3	7	12	11	2	38
2012	3	5	27	18	2	55
2013	8	20	27	9	2	66
2014	3	0	18	4	2	27

En 2012, pour 55 implantations, 27 se sont effectuées dans des zones aujourd'hui dites intermédiaires ou très dotées et 18 en zone classées sur dotées. Le glissement vers les zones intermédiaires mais aussi sous dotées, effet attendu des mesures de « zonage », se réalise en 2013 mais ne se confirme pas en 2014³⁹.

3.4. La distance entre le domicile et le lieu d'exercice professionnel

Les sages-femmes libérales sont amenées régulièrement à se déplacer pour se rendre sur leur lieu de travail : environ 46 % de celles qui se sont installées avant les années 2000 résident dans le bourg ou la ville où est situé leur cabinet. À la suite, la situation est variable, mais celles qui se sont installées en libéral en 2013 et 2014 ne sont plus que 37,4 % à résider là où elles travaillent, pour une moyenne globale de 41,5 %. Depuis 2010 – année de leur début en libéral – jusqu'à 2014, la part de celles qui résident à une distance comprise entre 20 et 30 kilomètres passe de 11,1 % à 15,4 % (pour une moyenne globale de 10,6 %) et la part de celles qui résident à 30 kilomètres et plus de leur cabinet passe de 11 % à 13,2 %. Au total 28,6 % vivent à une distance de plus de 20 kilomètres de leur cabinet. Pour celles qui se sont installées avant 2000, cette proportion est de 14,6 %. Ces chiffres, pour autant, ont tendance à passer sous silence des situations plus complexes (existence de cabinets secondaires, conciliation d'un travail en libéral et en maternité, remplacements dans deux ou trois cabinets différents, le cas échéant en sus de son propre cabinet, etc.)

³⁹ La CNAMTS dresse un bilan plutôt positif des mesures prises mais quelques études laissent à penser cependant que le déplacement des implantations de nouveaux cabinets se réalise vers les zones dites intermédiaires ou très dotées, plutôt que vers les zones sous dotées ou très sous dotées, qui se révèlent peu attractives, notamment du fait de la relative absence de services publics (crèche, école, etc.) et de l'éloignement des zones où les conjoints vont pouvoir trouver un emploi. CNAMTS, Répartition de l'offre de soins de sages-femmes sur le territoire, DDGOS – DOS DPROF, consulté sur le site : www.unssf.org.

3.5. Les relations avec les autres professionnels

Les sages-femmes libérales qualifient généralement leurs relations de « bonnes » avec les autres professionnels du champ de la périnatalité. Il s'agit là de la réponse la plus fréquente, et ceci, quelle que soit la profession considérée. C'est avec leurs homologues salariées que les sages-femmes libérales entretiennent les meilleures relations : 74,1 % d'entre elles déclarent entretenir de « très bonnes relations » et de « bonnes relations » avec les sages-femmes de la Protection maternelle et infantile (PMI), 73 % avec les sages-femmes des maternités et 66,6 % avec leurs collègues des réseaux de périnatalité. Les relations avec les autres professionnels sont moins fréquemment qualifiées de « très bonnes » et de « bonnes ». Ainsi en va-t-il de celles entretenues avec les médecins généralistes (61 %), les gynécologues-obstétriciens (57 %), les cadres des maternités (51,2 %), les masseurs-kinésithérapeutes (46,9 %) et enfin les pédiatres (45 %). Les rapports sont plus fréquemment qualifiés de « très difficiles » et de « difficiles » avec ces quatre dernières catégories de professionnels qu'avec les trois premières (aux deux extrêmes : 10 % des sages-femmes ont répondu entretenir de mauvaises relations avec les pédiatres contre 2,7 % avec les sages-femmes de PMI).

L'exercice des sages-femmes libérales trouve place dans « un champ contraint »⁴⁰, dans la mesure où elles n'ont pas le monopole des actes qu'elles réalisent. De fait, avec les masseurs-kinésithérapeutes, les relations peuvent parfois être assez tendues : la rééducation périnéale, qui constitue une activité centrale pour nombre de sages-femmes libérales, est également de la compétence des masseurs-kinésithérapeutes. Les activités de massages et autres thérapies manuelles constituent un autre domaine partagé, et par conséquent potentiellement concurrentiel, avec les masseurs-kinésithérapeutes (massages des nouveau-nés, ostéopathie, thérapie posturale, etc.). Avec les pédiatres, les crispations se cristallisent autour de l'accompagnement à l'allaitement et du suivi postnatal du nouveau-né. Avec les gynécologues-obstétriciens et les médecins généralistes, les points de tensions, et même de conflits, se situent davantage au niveau du suivi des grossesses et de la contraception. 53,7 % des sages-femmes qui entretiennent des relations difficiles ou très difficiles avec les gynécologues réalisent des actes de contraception « très souvent » ou « assez souvent » ; c'est le cas de 29,6 % de celles qui réalisent ces mêmes actes « de temps en temps » et de 14,8 % de celles qui ne le font que « rarement ».

C'est avec les sages-femmes de PMI que les sages-femmes libérales entretiennent les meilleurs rapports. Pour autant, certaines sages-femmes libérales peuvent n'entretenir aucune relation avec certains professionnels. Si les sages-femmes libérales ont généralement de bien meilleurs rapports avec leurs collègues sages-femmes salariées qu'avec les autres professionnels, on constate aussi l'absence, plutôt fréquente, de relations entretenues avec ces mêmes consœurs. À l'inverse, si les sages-femmes libérales entretiennent plus souvent de mauvaises relations avec les masseurs-kinésithérapeutes et les pédiatres, on observe que l'absence de toutes relations avec ceux-ci reste assez exceptionnelle.

⁴⁰ MICHEAU J., HAVETTE S., *Démographie et activités des sages-femmes libérales en Île-de-France*, Rapport d'étude Plein Sens, URPS Sages-femmes d'Île-de-France, 2014, p. 9. La synthèse est disponible dans cet ouvrage, Partie I-3b.

TABLEAU 12


Sages-femmes libérales n'ayant aucune relation avec certains professionnels

Sages-femmes de la PMI	35,4 %
Sages-femmes maternités	24,6 %
Collègues des réseaux de périnatalité	17,6 %
Médecins généralistes	17,5 %
Gynécologues-obstétriciens	17,3 %
Cadres maternités	10,1 %
Masseurs-kinésithérapeutes	6,5 %
Pédiatres	2,5 %

3.6. Les formations complémentaires effectuées depuis l'installation en libéral

Depuis leur installation, les sages-femmes libérales se sont souvent tournées vers des formations complémentaires en lien avec l'évolution de leurs activités. Le suivi des formations renvoie notamment à la nécessité de pouvoir faire valoir des compétences particulières dans un contexte de concurrence et aussi de possibilité de se distinguer des collègues alentour, de prendre place dans des « échanges » au fil desquels on adresse vers d'autres sages-femmes des patientes requérant des soins, un suivi, etc., particuliers et en retour, la possibilité de se voir adresser, par les consœurs, des femmes en fonction de ses propres spécialisations⁴¹. La moyenne est de 3,1 formations, le double de celles suivies durant leur carrière salariée, et ce, sur une durée moyenne sensiblement équivalente. Seules 2,7 % d'entre elles déclarent n'en avoir suivies aucune. La rééducation périnéale vient encore en tête (37,5 %) mais il n'y a plus d'écarts avec les autres formations, comme observé, avant le passage au libéral. À la suite, la formation en gynécologie remporte 30,5 % des suffrages (mais 34 % chez celles de moins de 35 ans dont 38,4 % chez les moins de 30 ans), celles en homéopathie (27,3 %), en contraception (21 %), en allaitement (19,4 %) et en préparation à la naissance (14,7 %) ne sont pas très sensibles aux effets d'âge. Aucune autre formation précise n'a été suivie par plus de 10 % des sages-femmes libérales ; celles qui s'en rapprochent le plus (9 % environ chacune) étant le yoga et la méthode De Gasquet (méthode de préparation à l'accouchement, à la croisée de la kinésithérapie, de l'ostéopathie et de l'obstétrique). En lien avec les nouvelles compétences des sages-femmes, la gynécologie, avec notamment l'obtention requise d'un diplôme universitaire spécifique, est donc assez largement investie. Il n'en va pas vraiment de même en ce qui concerne l'initiation à l'entretien du 4^e mois (6,8 %) et l'ensemble des formations tournées vers la législation spécifique à la pratique libérale ou vers la préparation à l'installation d'un cabinet ne sont pas du tout courues (2,1 %).

⁴¹ Voir par exemple les témoignages dans l'article de Christine COINTE, « La génération Y se lance en libéral », *Profession sage-femme*, n° 218, 2015, p. 17.



PARTIE III
VERS DE NOUVEAUX
MODES D'ORGANISATION

1.

En ville : l'exercice du métier de sage-femme en maisons et pôles de santé pluriprofessionnels

Florence DOUGUET et Alain VILBROD

Laboratoire d'études et de recherche en sociologie (LABERS)



1.

Le contexte réglementaire

1.1. Les évolutions récentes

Dans un contexte de crise de la démographie médicale et d'inégale répartition de l'offre de soins sur le territoire, les Pouvoirs Publics encouragent les professions de santé libérales à développer des modes d'exercice groupés et pluridisciplinaires. Dans une période de progression des maladies chroniques et des pathologies liées à l'âge, le déploiement de ces modes d'exercice vise à décroisser les prises en charge des patients et à éviter les ruptures dans leurs parcours de soins. Le regroupement des professionnels constitue également l'une des solutions préconisées pour faire face aux enjeux économiques liés à la maîtrise des dépenses de santé. **Introduites dans le Code de la santé publique (CSP) en 2007, les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ont été officiellement mises en place par la loi dite « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST) du 21 juillet 2009** afin d'ouvrir aux professionnels libéraux un mode d'exercice collectif et coordonné.

Les maisons de santé pluriprofessionnelles proposent à la population, sur un même territoire, un ensemble de services de santé de proximité en matière de soins et de prévention. Ces structures sont envisagées comme un moyen de **maintenir, voire de développer, l'offre de soins de proximité dans certaines zones sous-dotées**, de faire progresser la qualité de ces soins ambulatoires tout en améliorant les conditions d'exercice et de travail des professionnels concernés.

L'article L. 6323-3 du Code de la santé publique définit la maison de santé comme « une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens ». Les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours¹ (tels que des consultations de médecine générale, des actes infirmiers ou de kinésithérapie, etc.) et, le cas échéant, de second recours (consultations de cardiologie, de dermatologie, etc.). Les professionnels engagés dans une maison de santé pluriprofessionnelle « peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté par le ministre chargé de la santé. Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Il est transmis pour information à l'Agence régionale de santé. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé. »²

¹ Les soins de premier recours comprennent la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ; la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ; l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ; l'éducation pour la santé.

² Extrait de l'article L. 6323-3 du Code de la santé publique.

Le projet de santé s'articule donc autour d'un projet professionnel (qui aborde le management de la structure, l'organisation de la pluriprofessionnalité, l'accueil des étudiants en formation) et d'un projet d'organisation de la prise en charge (accès aux soins, continuité des soins, coopération externe, qualité de la prise en charge). Les professionnels sont aussi encouragés à mettre en place un système d'information commun destiné à favoriser le partage de données sur les besoins de prise en charge des patients.

Les maisons de santé, en qualité de personnes morales, peuvent adopter divers statuts juridiques : association loi 1901, contrat d'exercice en commun, société civile de moyens, société sociale et professionnelle, société d'exercice libéral, société civile immobilière, société de fait, groupement d'intérêt économique ou de coopération sanitaire de moyens, société interprofessionnelle des soins ambulatoires (SISA). Ce dernier statut autorise l'exercice en commun de certaines activités (activités de coordination, activités d'éducation thérapeutique) rémunérées par les Expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR), la facturation par la structure des honoraires à l'Assurance Maladie, tout en préservant l'exercice libéral des professions de santé. Les maisons de santé sont financées sur la base de leur activité par l'Assurance Maladie et peuvent recevoir des financements complémentaires³ en fonctionnement ou en investissement de la part des Agences régionales de la santé, de l'État et de l'Union européenne, des Conseils départementaux et régionaux ainsi que des aides de la Caisse nationale d'Assurance Maladie et de la Mutualité sociale agricole (MSA). Les demandes d'accompagnement financier pour l'immobilier sont faites par les collectivités territoriales auprès des départements et des régions.

1.2. Un développement continu, sans différences notoires entre MSP et PSP

Les dernières données issues de l'Observatoire des maisons de santé de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS)⁴ soulignent la progression continue et soutenue du nombre de maisons de santé pluriprofessionnelles en fonctionnement dans notre pays : 240 en mars 2013 ; 436 en mars 2014 ; 616 en mars 2015⁵. Il est attendu, d'ici la fin de l'année 2015, l'ouverture de 200 structures supplémentaires.

La maison de santé pluriprofessionnelle est à distinguer du pôle de santé (PSP), lequel constitue un autre mode d'exercice coordonné pluriprofessionnel. Le pôle de santé est une structure de soins de premier recours voire de second recours, qui peut participer à des actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire. À l'instar de la maison de santé, le pôle de santé doit établir un projet de santé, mais celui-ci peut recouvrir plusieurs formes de groupements territoriaux : il réunit différents professionnels, établissements

³ Seuls sont éligibles à une aide financière, les projets de maisons de santé qui respectent le cahier des charges national.

⁴ MANZI I., DE HAAS P., « Maisons de santé : caractéristiques par l'Observatoire des MSP », 3^e journées nationales de la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé, Tours, 20-21 mars 2015.

⁵ S'ajoutent à ces structures, 407 projets de maisons de santé déjà sélectionnés, soit un total de 1 023 structures au 1^{er} mars 2015.

et services médicaux et médico-sociaux, réseaux de santé, groupements de coopération sanitaire, sociale et médico-sociale, et le cas échéant des centres de santé et des maisons de santé. La maison de santé se distingue également du centre de santé, qui est une structure sanitaire de proximité gérée par des organismes à but non lucratif, des établissements de santé ou des collectivités territoriales, et qui rassemble des professionnels de santé salariés.

Dans la pratique, on observe que les modalités d'exercice des professionnels regroupés en PSP et en MSP sont relativement proches. À défaut d'être rassemblés sur un site unique, les professionnels des PSP développent des formes de coopération et de coordination sur un même territoire de proximité. Ces modalités de travail sont aussi de mise chez les professionnels de santé rassemblés au sein des MSP, que ceux-ci soient ou non réunis physiquement sous un même toit, ce qui n'est ni la règle ni une obligation pour être agréées. Au final, le type de structure influence peu l'organisation et les pratiques des professionnels. Les résultats présentés dans les pages suivantes concerneront donc, sans distinction, les professionnels de santé, et en particulier les sages-femmes, exerçant indifféremment en MSP ou en PSP.

2.

Le contexte breton

2.1. Entre territoires et zonage, la géographie de santé en Bretagne à l'aune des MSP et des PSP

À l'instar des autres Agences régionales de santé, l'ARS de Bretagne a été amenée, dans le cadre de la loi HPST, à définir des territoires « pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipements des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours ». Dans cette région, le choix a été fait de délimiter huit territoires de santé⁶, au sein desquels ont été notamment établies des zones concernant l'offre de soins de premier recours, classées en cinq catégories, à partir du schéma régional d'organisation des soins (SROS) : zones prioritaires, zones fragiles, zones à surveiller, zones avec peu de difficultés et zones sans difficultés.

Dans le cadre des mesures visant à favoriser une meilleure répartition géographique des cabinets de sages-femmes libérales (avenant n° 1 à la Convention nationale des sages-femmes libérales), une carte de 18 zones a été établie en septembre 2012⁷ et reste d'actualité. Une seule zone – celle de Ploërmel – est classée « très dotée », une autre – celle de Guingamp – a été classée « très sous-dotée », et celle de Morlaix a été classée « sous dotée ».

⁶ Voir en Annexe 1 en page 177, la carte extraite de l'*Atlas du Projet régional de santé en Bretagne 2012-2016*, publié en 2014.

⁷ Voir en Annexe 2 en page 178, la carte extraite de l'*Atlas de la Santé en Bretagne*, édition 2015, ARS de Bretagne.

Il n'existe donc pas, pour l'heure, en Bretagne, de régulation liée à des zones dites « sur-dotées » avec, à la clé, des conditions précises pour être autorisé à s'y installer. Par contre, des aides peuvent être allouées pour l'installation d'un cabinet libéral dans les deux zones précitées sous dotées.

2.2. Une implantation qui ne privilégie ni les zones sous-dotées ni les zones prioritaires

Depuis octobre 2012, l'ARS de Bretagne a régulièrement fait le point sur l'accompagnement en cours des projets de maisons de santé (MSP), de pôles de santé (PSP) et de MSP intégrées à des PSP et sur celles et ceux dont les projets de santé ont été effectivement validés. Les cartes publiées chaque année permettent de constater qu'un net déséquilibre perdure en matière d'implantation des équipements entre la partie Est et la partie Ouest de la région. 41 des 57 structures représentées sont situées dans la partie Est.

Rien ne ressort vraiment quant à l'implantation plus forte de ces MSP-PSP⁸ dans des zones définies comme prioritaires ou fragiles : 7 des 57 équipements répertoriés au 1^{er} janvier 2015 sont situés dans des zones prioritaires, la moitié dans des zones dites « fragiles » ou « à surveiller » et plus du tiers le sont dans des zones avec « peu de difficultés » ou « sans difficultés ».

3.

Caractéristiques de ces structures en Bretagne

3. 1. La moitié des MSP et PSP connaît une pleine activité

Seuls 11 des 21 MSP et PSP pour lesquels nous disposons d'informations précises sont pleinement actifs en octobre 2015, même si les projets de santé ont été validés par l'ARS, et si des associations ou des SISA ont été constituées, si des groupes de travail se réunissent, si des permis de construire sont déposés, etc. C'est la principale raison pour laquelle plus de la moitié des sages-femmes sollicitées n'ont pas répondu au questionnaire, qui leur est apparu peu adapté à leur situation encore très transitoire.

De fait, la mise en place de ces MSP et PSP est en évolution constante. Le fichier Finess dont nous avons disposé⁹ s'est ainsi révélé légèrement incomplet. Un

⁸ Par convention, sauf distinction explicite, on utilisera ici le sigle MSP-PSP pour évoquer indifféremment à la fois les maisons de santé, les pôles de santé et les maisons de santé intégrées à des pôles de santé.

⁹ Voir en Annexe 3 le tableau extrait des données de l'ARS de Bretagne sur la situation en juillet 2015.

PSP dont le projet de santé avait été validé n'a finalement pas vu le jour, une MSP n'est pas répertoriée, alors qu'une sage-femme y travaille depuis près de deux ans, une autre, pas encore en activité, ne comprendra pas de sage-femme, contrairement à ce qui est indiqué.

Nous avons réalisé les entretiens à partir de cette liste, complétée et amendée, sans avoir au préalable connaissance de la pleine activité ou non de la MSP ou du PSP.

3.2. Des structures de taille et de composition variables

Il est délicat de connaître exactement la composition et le nombre de professionnels qui sont intégrés à des maisons et pôles de santé, et ce d'autant plus que la moitié d'entre eux sont encore au stade du projet, agréés le plus souvent certes, mais avec des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes, etc. qui peuvent encore rejoindre ici et là un groupe déjà constitué, avec déjà certains qui les quittent pour diverses raisons. Ces maisons et ces pôles sont très hétérogènes, déjà en termes de taille. Le nombre de professionnels qui y exercent varie de 8 à 23 parmi 5 à 9 professions différentes.

3.3. Des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA) et des associations de professionnels essentiellement

Pour 22 des 23 MSP et PSP comprenant des sages-femmes libérales répertoriées par l'ARS, des précisions sont apportées en ce qui concerne le statut juridique de la structure. Dans 13 cas, il s'agit d'une SISA et dans 9 d'une association de professionnels de santé libéraux (APSL), et ce indifféremment, que le projet soit en cours ou validé. Les sages-femmes libérales rencontrées sont très inégalement au fait de ces statuts, surtout quand le projet n'est pas encore complètement abouti. SISA ou association ? Dans le questionnaire déjà, toutes ne répondent pas, l'une déclare qu'elle ne le sait pas, une autre que c'est à la fois une SISA et une association – ce qui peut en effet être le cas – et, de fait, la réalité peut s'avérer complexe. Créer une SISA est un passage obligé pour être agréé, et aussi pour qu'une indemnisation des actions des professionnels de santé impliqués soit possible, mais dans le cas d'un pôle par exemple, cela ne peut concerner qu'une partie des membres : « *Pour intégrer le pôle santé, on a fait une petite SISA, c'est-à-dire qu'il y a six ou sept maximum qui sont intégrés. Moi, je n'ai pas signé quoi que ce soit, mais je pense que dans les statuts, on fait partie de ça. Après on reste libre et indépendant. Moi je reste libérale indépendante, ceux qui sont en SCM⁴⁰, ils restent en SCM* ». Là où

⁴⁰ La société civile de moyens (SCM) est une structure juridique réservée aux professions libérales (avocats, chirurgiens-dentistes, médecins...) et dont l'objet est la fourniture de moyens (personnel, local, matériel) à ses membres, destinés à faciliter l'exercice de leur profession. Cette société ne permet pas l'exercice d'une activité.

La création d'une SCM est sans incidence sur la situation juridique de ses membres. Les associés (deux au minimum) mettent en commun certains moyens d'exploitation de leur activité afin d'en réduire le coût. Ils conservent une totale indépendance au titre de leur activité professionnelle : il n'y a ni partage de bénéfice, ni clientèle commune mais seulement contribution aux frais communs.

Source : Agence France Entrepreneur, <https://www.afecreation.fr/pid611/scm.html?pid=611>.

la moitié environ des sages-femmes sollicitées pour un entretien apportent une réponse tranchée et sans ambiguïté, les autres peinent à s'y retrouver : « *J'ai entendu parler de tout ce qui va être financier, les charges, le local, les charges communes, mais tout ça, c'est un peu compliqué... Je ne sais pas ; comme c'est tout nouveau, je pense qu'on est tous un peu perdus* ». Les locutions « *Je ne suis pas sûre* », « *Il me semble que* » renvoient à une place plutôt de second rang, parce que régulièrement elles n'ont pas été du premier cercle réuni par celui ou ceux qui ont pris l'initiative, parce que le montage juridique appelle des connaissances qu'elles n'ont pas.

3.4. Les médecins généralistes en première ligne

Chaque MSP ou PSP a dû désigner un référent, président ou représentant légal. Pour les 23 structures listées par l'ARS, les médecins généralistes sont les référents de 17 d'entre elles. Ces référents sont dépeints comme ayant porté à bout de bras le projet de santé, voire comme l'ayant largement rédigé en lien avec les délégués territoriaux de chacun des territoires de santé siégeant dans les antennes départementales de l'ARS. Les propos tenus laissent à penser que dans les situations où ce n'est pas un médecin mais un professionnel paramédical qui est le référent, celui ou celle à qui incombe cette tâche a dû redoubler d'énergie pour convaincre, rassembler, recruter même parfois, et, avant cela, apparaître aux yeux de ses différents interlocuteurs comme pleinement légitimes, même si non médecin¹¹ : « *C'est lui qui a rédigé le projet, c'est lui qui a discuté avec l'ARS, c'est lui qui représente les professionnels de santé avec les pharmaciens, c'est lui qui s'est chargé du recrutement des médecins, un "speed dating" à la fac de médecine* ». Cela vaut aussi pour la seule sage-femme aujourd'hui référente, qui a pris la suite d'un médecin qui a porté le projet pendant sept ans, et qui apprécie bien elle-même d'être épaulée : « *Mon mari est médecin dans une maison médicale, et du coup je m'appuie beaucoup sur son expérience* ». Interrogées dans le questionnaire sur le type de management qui a cours au sein de la MSP ou du PSP, les unes et les autres retiennent plus souvent le terme de « collégial » que les expressions « autour d'un professionnel "leader" » ou « responsabilité tournante, par alternance ». Pour autant, au fil des entretiens, ressort bel et bien la présence régulière d'un porteur et leader assez charismatique, « *qui a su faire éclore une équipe malgré l'accumulation parfois caricaturale d'obstacles juridiques, administratifs, ordinaires, financiers et autres* », correspondant aux traits dépeints par le sénateur Jean-Marc Juilhard¹² dans le rapport diligenté dès 2009. Cela n'empêche d'ailleurs pas, et mention en a été régulièrement faite, un management participatif, dès lors que d'autres professionnels de santé sont associés à l'animation du collectif¹³.

¹¹ HUART P., SCHALLER P., « Éléments pour une gestion stratégique d'une maison de santé », *Santé publique*, n° 26, 2014, p. 515.

¹² JUILHARD J.-M. et al., *Le bilan des maisons et pôles de santé et les propositions pour leur déploiement*, Rapport au Ministre de la Santé et des sports, 2009, p. 20.

¹³ On retrouve ici les observations émises par FOURNIER C., FRATTINI M.-O. et NAIDITCH M. dans quatre MSP des régions Nord-Pas-de-Calais et Pays-de-la-Loire, *Dynamiques et formes du travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé*, Les rapports de l'IRDES, 2014, p. 24.

3.5. Des projets de santé centrés sur la prise en charge des pathologies chroniques

Les projets de santé, condition *sine qua non* pour qu'une MSP ou un PSP soit agréé, doivent témoigner d'un exercice coordonné entre tous les professionnels de santé de la structure ou participants à ses activités. Ce sont sur ces bases que l'ARS instruit un dossier, octroie des financements, etc. La majeure partie des sages-femmes n'ont pas participé à son élaboration. En effet, en Bretagne les protocoles mis en place, les actions coordonnées n'incluent quasiment pas de sages-femmes. *A priori* aucun spécialiste n'est partie prenante de projet de santé et si telle ou telle ont fait mention de relation suivie avec un gynécologue, ce n'est jamais dans le cadre d'une MSP ou d'un PSP. Le fait de ne pas avoir été engagées dans les premiers temps de la définition d'un projet n'explique qu'en partie l'absence de thématiques où ces sages-femmes pourraient être partie prenante. Ici comme ailleurs, ce sont avant tout les médecins généralistes et les infirmier(e)s, et en second rang, d'autres professionnels de santé tels que des diététiciennes, des masseurs-kinésithérapeutes, des pédicures-podologues ou des orthophonistes, qui mettent en place la coordination des soins. Les protocoles portent généralement sur le diabète, l'hypertension, la prise en charge des personnes âgées... **La périnatalité reste très largement hors champ.** Des projets sont parfois en gestation, concernant les difficultés d'allaitement ou le diabète de grossesse, mais aucune sage-femme ne nous a exposé les avancées concrètes d'un protocole les associant à d'autres professionnels de la MSP ou du PSP. Cela ne veut pas dire que des interactions ne se nouent pas, que des collaborations ponctuelles voire plus ou moins « protocolées » n'ont pas cours, mais, même impulsés, à leur dire, par les animateurs conseils recrutés à cette fin, ou par les « *consultants de l'ARS* » épaulant les initiateurs dans le montage de leur dossier, les projets coordonnés incluant des sages-femmes tendent à rester lettre morte pour le moment. Certaines ne désespèrent pas, mais la plupart paraissent se faire une raison et évoquent notamment le fait que la patientèle de ces MSP-PSP est souvent très âgée. De ce fait il doit y avoir, elles comprennent que c'est vers les pathologies chroniques associées à la prise d'âge qu'elles doivent s'orienter au premier chef. Toutes celles qui se sont exprimées sur ce point au fil du questionnaire répondent clairement par la négative concernant la rédaction d'un projet de périnatalité ; les propos des unes et des autres, au fil des entretiens, ne démentent pas vraiment cela : « *J'ai l'impression d'être un petit peu électron libre pour l'instant* ».

3.6. Peu de partage d'informations entre professionnels

L'utilisation d'un dossier médical commun aux différents professionnels composant la structure est peu fréquente : une sage-femme impliquée dans deux PSP signale un système informatique permettant le partage des dossiers des patients dans l'une des deux structures ; une autre – installée au sein d'une MSP ouverte depuis deux ans – y fait également référence, mais en pointant ici les difficultés liées à la mise en œuvre de ce support. Dans les MSP et PSP en cours d'ouverture, les professionnels n'abordent pas systématiquement ce thème lors de l'élaboration du projet de santé et quand ils le font, cela

suscite de nombreuses interrogations : quel budget consacrer à ce système d'information ? Faut-il s'appuyer sur le dossier médical personnalisé (DMP)¹⁴ ? Faut-il élaborer un dossier propre à la structure ? Faut-il partager l'intégralité ou une partie seulement des informations qu'il contient ? Le dossier doit-il être accessible à l'ensemble des professionnels du site ou à certains seulement ? Sur ce point, une sage-femme engagée dans une MSP en cours d'ouverture explique que les médecins refusent de recourir au dossier partagé, estimant que ce dossier « médical » ne concerne pas les autres professionnels. Bien souvent aussi, les aides financières escomptées de la part de l'ARS pour la mise en place d'un système d'information partagé ne sont pas obtenues (ce point du projet de santé n'ayant pas été validé) ; les professionnels doivent alors se tourner vers des alternatives moins coûteuses pour le collectif. En revanche, l'accès à une messagerie électronique sécurisée est plus répandu : la moitié des sages-femmes signalent l'existence d'un tel système au sein de leur MSP ou PSP. Pour autant, celles-ci ne sont pas nombreuses à l'utiliser : certaines continuent à travailler avec des dossiers papier et avouent avoir « *quelques difficultés avec l'informatique* », d'autres utilisent un logiciel dédié à leur profession et donc incompatible avec ceux de leurs collègues (« *on travaille avec un logiciel vraiment gynéco-obstétrique* »), d'autres encore estiment ne pas avoir besoin de cette messagerie dans la mesure où elles n'ont pas d'informations à y échanger avec les médecins traitants de la structure. Au final, la messagerie sécurisée serait essentiellement utilisée par les infirmières et les médecins généralistes (pour la transmission de résultats d'examen, l'échange de données concernant les traitements de patients communs, etc.) ; d'autres professionnels peuvent y avoir recours mais de façon moins fréquente (massesurs-kinésithérapeutes ou orthophonistes par exemple).

Encadré 1 – La première maison de santé pluriprofessionnelle de Bretagne : une structure peu commune

Le village breton de 1 300 habitants où est située cette MSP se trouve à quelque 20 kilomètres de la petite ville la plus proche (20 000 habitants). On ne peut pas manquer la dite « maison de soins ». À l'entrée du bourg, elle voisine avec une pharmacie, qui s'est déplacée du centre du village, un cabinet où officient deux chirurgiens-dentistes, un opticien et une société d'ambulances. La MSP proprement dite, qui date de quelques années, est déjà trop à l'étroit dans ses murs, et provisoirement, un bâtiment préfabriqué abrite, tout à côté, un masseur-kinésithérapeute et la sage-femme libérale. Près de la porte d'entrée est accolée pas moins d'une douzaine de plaques de différentes factures. Sont en effet hébergés là, 3 médecins, 1 pédicure-podologue, 1 ostéopathe, 1 diététicienne, 2 orthophonistes, 4 infirmier(e)s (qui assurent une permanence chaque matin de 8h à 9h pour les prises de sang), 2 psychomotriciens, 1 premier masseur-kinésithérapeute qui est aussi sophrologue, 1 psychologue, 1 orthésiste et 1 cardiologue (qui consulte une demi-journée par semaine, en occupant le bureau de l'un des trois médecins).

Ce fut la première MSP de Bretagne. Elle reste assez peu commune, de par son dynamisme, même si elle ne répond pas en tout point à « l'idéal type » d'une maison de santé pluriprofessionnelle (il n'y a pas, par exemple, pour l'heure, de système d'information partagé et le nouveau mode de rémunération (NMR) n'est pas de mise au sein de cette MSP, constituée en SCM et non pas en SISA). Créée à l'initiative d'un médecin installé de longue date dans le village, elle a bénéficié de l'appui de la Mairie

¹⁴ Le DMP (dossier médical personnel) est un dossier informatisé accessible par internet ; il permet aux professionnels de santé de partager les informations sur un même patient.

puis de l'ARS, quand le dispositif des MSP s'est mis en place (un projet d'une maison réunissant médecins et professions paramédicales était alors déjà bien avancé depuis 2 ou 3 ans).

Trois traits au moins caractérisent cette MSP, traits qu'on ne retrouve dans aucune autre.

- Le projet a été longuement mûri avant même que soit envisagé quelque mur que ce soit : « *avant de construire les murs, on crée une équipe* ». La municipalité a soutenu d'emblée cette initiative, et c'est un collectif qui a conçu l'architecture et l'aménagement interne, jusqu'au moindre détail (« *J'ai dit, je veux une rotonde avec du verre clair, de la musique, un éclairage doux, des peintures douces* ». Très bientôt, dans la future extension, sera notamment rajoutée une salle de réunion, qui servira aussi aux cours collectifs de préparation à la naissance, à des séances thématiques ouvertes au public, mais qui fera aussi office de salle de convivialité avec une petite cuisine pour les déjeuners (déjà nombre de professionnels déjeunent ensemble le midi dans la MSP).
- L'initiateur de cette MSP, qui en quelque sorte « fait autorité », a rassemblé autour de lui des professionnels paramédicaux de toute spécialité : « *Il faut que les gens qui sont dans cette MSP s'entendent bien, et que s'arrête cette séparation bien connue entre médicaux et paramédicaux. (...) Il ne faut pas garder ces barrières et on doit travailler avec des gens qui sont aussi capables dans leur branche que nous dans la nôtre* ». Il est capable ainsi de convaincre des confrères de venir le rejoindre, mais aussi de rassembler deux cabinets infirmiers au départ assez peu enclins à travailler ensemble, ou encore de plaider la cause de la MSP auprès d'un ostéopathe : « *L'ostéo qui est avec nous, il est là parce qu'on a discuté longtemps, "tu viens parce qu'il y a un potentiel ici, il faut que tu restes, tu vas t'intégrer à la maison de soins, mais comme on ne peut pas avoir de partie commune - pas grave - [l'Ordre des médecins est opposé à ce que se côtoient directement médecins et ostéopathes], on ouvre une porte à part, et on prévoit de changer cela dès que ce sera possible"* ».
- Selon les jours, une et trois secrétaires accueillent tous les patients et gèrent les rendez-vous de quasi tous les professionnels : « *C'est une grande facilité, ce sont elles qui accueillent, qui vont prendre des rendez-vous chez les spécialistes. () Le secrétariat est le pivot. Ici on a réussi à mettre tout le monde d'accord parce qu'on a fait des concessions, au niveau des médecins surtout, qui assurent 80 % des charges* ». La salle d'attente est commune et très accueillante.

La sage-femme, originaire d'une autre région, s'est installée directement en libéral au sortir de sa formation, à 30 kilomètres de là, en collaboration. Elle travaille dans la MSP depuis un an et demi. Elle va quitter très prochainement son autre emploi libéral. Dès son arrivée, le médecin initiateur de la MSP a abandonné tout suivi de grossesse : « *Systématiquement, j'envoie, parce que c'est son domaine. Elle est plus performante que moi, sauf s'il y a une pathologie. À ce moment là, on se cause, elle me passe un coup de fil, on se voit dans le couloir, elle vient me voir : "il y a quelque chose dans le dossier qui ne va pas, qu'est ce qu'on fait ?"* ». Le deuxième médecin n'assure ni suivi de grossesse ni a priori de soins gynécologiques, contrairement au troisième, qui est à temps partiel. Ne plus effectuer d'accouchement ne pèse guère à cette sage-femme, qui assure suivis de grossesse, rééducation périnéale, entretien du 4^e mois, etc., qui s'inscrit dans la démarche PRADO (cf. **Partie III-2**), et se verrait bien se former en acupuncture. Le médecin initiateur a d'autres projets pour elle, y compris de formation complémentaire : « *J'aimerais bien qu'elle fasse des échographies. On aurait cela ici, ça serait pas mal, on pourrait assurer un suivi plus serré encore. On aurait un doute, on ferait une écho, et question investissement, il y a maintenant des échographes abordables* ».

Initiative d'un médecin que l'on peut qualifier de « leader charismatique », délégation de soins, sens affirmé du service public (mais co-présence de professionnels non-conventionnés), confiance partagée et rencontres informelles permanentes, pôle d'accueil et de secrétariat commun et convivial (seuls les deux cabinets infirmiers, l'ostéopathe et l'orthésiste ont leur propre numéro de téléphone), architecture et aménagement longuement réfléchis, sage-femme pleinement intégrée ; des traits rarement rassemblés, et « *la patientèle déborde* », y compris celle de la sage-femme.

4.

Les sages-femmes en Bretagne

Les sages-femmes exerçant en Bretagne étaient au nombre de 1 059 au 1^{er} janvier 2015. La moitié a effectué sa formation en Bretagne, et elles sont tendanciuellement plus jeunes que la moyenne nationale¹⁵. Au 1^{er} janvier 2014, 179 sages-femmes travaillaient en libéral et 48 avait un exercice mixte. Au 1^{er} janvier 2015, c'est le cas, respectivement, de 210 et de 53 d'entre elles, soit une augmentation, en un an, de 11,5 % (contre une augmentation de 11,9 % au niveau national). En trois ans, le nombre de sages-femmes exerçant en libéral et en activité mixte a augmenté en Bretagne de 44,5 %. La répartition des cabinets de sages-femmes libérales suit les zones de forte densité démographique¹⁶. La tranche des 36 à 40 ans est nettement sur-représentée (22 %), la Bretagne se classant au quatrième rang de l'Hexagone (moyenne : 13,9 %)¹⁷. Chez celles âgées de 35 ans et moins, cette région est proche de la moyenne nationale (24,4 % contre 26,5 %).

4.1. Les sages-femmes libérales en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP)

Encadré 2 – Méthodologie de l'étude

Quelque 29 sages-femmes libérales émergent, en juillet 2015, à 22 MSP et/ou PSP de Bretagne. Elles travaillent le plus souvent seules, mais cinq pôles en accueillent deux (Bain-de-Bretagne, Monfort communauté, Pipriac, Questembert et Vern-sur-Seiche) et une MSP (Lamballe) en accueille trois. Pour seulement 16 d'entre elles, on dispose, dans le fichier Finess mis à notre disposition par l'ARS de Bretagne, de leur quotité de travail au sein de cette maison ou de ce pôle de santé pluriprofessionnel : 11 sont à temps plein et, en moyenne, elles y travaillent à $\frac{3}{4}$ temps.

Un questionnaire leur a été adressé nominativement. Dix y ont répondu. À la suite, 22 entretiens ont été réalisés auprès de ces sages-femmes libérales¹⁸. Nous avons collecté ainsi des informations auprès de ces professionnelles, partie prenante de 18 des 22 MSP-PSP intégrant des sages-femmes libérales (il s'agit de huit MSP, de quatre PSP et de cinq MSP-PSP. Le statut d'un projet de santé en cours à Plancoët n'est pas encore déterminé). Six sages-femmes travaillent dans les Côtes d'Armor, trois dans le Finistère, neuf en Ille-et-Vilaine et quatre dans le Morbihan. Dans tous les cas, il s'agit d'implantations dans des secteurs à forte dominante rurale, à l'exception de Lamballe (13 000 habitants et un projet de MSP installée sur deux sites, à l'instigation de la commune). Seules deux MSP (Louargat et Malestroit) sont situées en zone prioritaire pour ce qui concerne l'offre de soins de 1^{er} recours (**cf. Partie III**).

¹⁵ ARS de Bretagne, DEMOPS 2014, *Observatoire de la démographie des professionnels de santé de Bretagne*, p. 101-102.

¹⁶ KERZERHO N., *Étude sur les sages-femmes libérales en Bretagne en 2014 : implantation, activités, organisations et perspectives*, Mémoire de Master Santé publique et environnement, Université de Bourgogne, 2014, annexe X.

¹⁷ ARS de Bretagne, *Projet régional de santé en Bretagne 2012-2016*, Atlas du PRS, 2014, p. 15.

¹⁸ L'un d'entre eux a été effectué auprès d'une sage-femme qui a récemment quitté une MSP et un autre a réuni conjointement la sage-femme et le médecin référent d'une MSP (voir Encadré 1). Six des vingt deux entretiens ont été menés par des étudiantes de l'Université de Bretagne-Sud (CARIOU K., CAUDAL J., COANT A., LE CLOAREC L.).

4.2. Leur parcours

D'anciennes salariées, installées récemment en libéral.

À deux exceptions près – une installation directement en libéral, pour l'une et pour l'autre, au sortir de la formation – toutes les sages-femmes intégrées dans une MSP ou un PSP en activité ou en projet ont auparavant travaillé en clinique ou en maternité hospitalière. Deux d'entre elles ont aussi travaillé en Protection maternelle et infantile (PMI) quelques années. Deux autres ont interrompu leur activité durant respectivement deux et quatre ans et deux autres encore ont eu l'occasion de travailler outre-mer (Mayotte et la Réunion). En moyenne, elles ont travaillé dix ans avant leur installation en libéral. Leur trajectoire dans des emplois salariés a été régulièrement marquée par une suite de contrats à durée déterminée (durant plus de trois ans en moyenne) puis par une titularisation, à l'exception de deux sages-femmes, qui étaient encore en CDD au moment de leur départ vers le libéral (une autre travaille toujours en maternité à mi-temps). Quelques-unes ont alterné remplacements en libéral et contrats précaires en maternité et une seule a aussi travaillé en intérim. Leur installation à leur compte est récente puisque, toujours en moyenne, elles n'ont pas plus de cinq années et demie d'expérience professionnelle en libéral. Parmi celles que nous avons interrogées sur ce sujet, la moitié est originaire d'une autre région (Île-de-France, Est et Nord), mais ce sont, dans quasi tous les cas, des maternités ou des cliniques bretonnes qu'elles ont quittées pour créer ou rejoindre un cabinet libéral. Leur installation s'est d'ailleurs généralement faite à quelques dizaines de kilomètres de là où elles travaillaient précédemment.

Parmi celles avec lesquelles nous nous sommes entretenus, trois seulement avaient le projet, au sortir de la formation, de s'installer en libéral à un moment donné, quitte auparavant « à avoir une expérience, si possible dans un grand hôpital ». Le choix de travailler plutôt en milieu rural est aussi régulièrement exprimé, en parallèle à une critique récurrente de la « surmédicalisation » des maternités. Dans le même temps, des possibilités d'installation se sont offertes à elles dans des zones encore relativement peu pourvues en sages-femmes libérales, qu'il s'agisse, pour un peu plus de la moitié d'entre elles, d'inaugurer un nouveau cabinet, ou bien de rejoindre, souvent directement sollicitées par d'anciennes collègues ou des « collègues de promotion », un cabinet qui avait besoin de s'adjoindre une nouvelle associée ou une collaboratrice, ou encore de remplacer une sage-femme sur le départ.

4.3. Entre travail d'équipe et opportunités saisies : des motivations multiples

La pratique libérale tend à isoler les sages-femmes qui font ce choix de carrière. C'est du moins ce qu'il ressort des propos des unes et des autres. Choix assumé et délibéré souvent, choix contraint parfois, faute d'un emploi possible autre qu'une suite de CDD, reste toujours peu ou prou le regret du travail en équipe qu'elles ont toutes connu. La perspective de retrouver un collectif jour (« retrouver l'équipe de l'hôpital ») cependant, d'autres leviers peuvent exister. Mais d'autres motivations se font jour toutefois. La proximité des médecins et d'autres professions paramédicales est perçue comme un possible vecteur de changement et d'opportunités offertes, voire avant cela, tout simplement, de

possibilités ainsi « *d'être mieux connues et reconnues* » : « *Le fait d'être dans un lieu où il y a des médecins qui sont fréquentés régulièrement, inévitablement, ça va faire une sorte de publicité ou de connaissance de ma présence et je pense que ça va ramener encore un peu plus de monde* ». Parfois elles attendent une meilleure collaboration avec les médecins généralistes qu'elles vont inévitablement côtoyer, mais ce n'est pas la règle, loin s'en faut. Elles pensent qu'à partir de cette structure, elles gagneront aussi en visibilité par rapport aux gynécologues : « *J'ai beaucoup plus besoin des avis des gynécos que des médecins traitants, qui en connaissent moins que moi dans le domaine* ». Le critère de l'âge ici paraît être souvent retenu : « *La nouvelle génération nous intègre vraiment dans le suivi des patientes, mais pas les anciennes. On n'existait pas quand ils étaient jeunes et ils n'en voient pas du tout l'intérêt* ».

Plus que le projet de MSP-PSP en lui-même, c'est la possibilité de rencontres, d'éventuelles coordinations qui motive. Cela aurait pu être une maison médicale, voire une initiative à prendre « *pour faire de toute façon une petite maison de santé toutes seules* ». Va alors pour une MSP ou un PSP qui se met en place ou à la porte de laquelle elles vont frapper. Plus que toute autre manière d'avoir connu ce projet (informations diffusées dans la presse ou dans des revues professionnelles, participation à une réunion ouverte à tous les professionnels de santé d'un canton, etc.), ce sont des collègues sages-femmes libérales qui ont entrepris celle qui va bientôt rejoindre une MSP ou un PSP. Le « *on est venu me chercher* » renvoie avant tout à ces autres sages-femmes qui, en quelque sorte, choisissent ainsi celles avec lesquelles elles voisineront : « *Si tu ne viens pas là, quelqu'un va prendre ta place* ». À deux reprises seulement, a été évoquée la démarche d'une « *personne de l'ARS* » qui l'a sollicitée : « *C'est cette personne qui m'a appelée, en me disant «vous êtes sage-femme sur la commune. Est-ce que vous ne seriez pas intéressée de travailler en commun avec les médecins, de travailler en réseau ?* ».

Les effets de la concurrence se font aussi nettement sentir : « *une sage-femme tout récemment installée m'a englouti un quart voire un tiers de ma clientèle* ». Au fil des toutes dernières années, la donne en effet a grandement évolué et plusieurs ont fait état de nouvelles installations de cabinets libéraux, là où auparavant elles étaient peu nombreuses. Elles ont alors été attentives aux possibilités de rebond, d'élargissement, ailleurs, de leur patientèle qui tendait à diminuer peu à peu, quitte alors à inaugurer un cabinet secondaire, avec l'aval, pas toujours aisé à obtenir, de leur délégation départementale de l'Ordre des sages-femmes (voire parfois de deux délégations, si ce cabinet secondaire est susceptible de porter préjudice à un autre cabinet installé à 10 ou 15 kilomètres de là, dans le département voisin). C'est bien dans un tel contexte que plusieurs sages-femmes ont entrepris des démarches pour intégrer un projet de MSP ou de PSP, ou tout au moins pour se montrer réceptives à d'éventuelles sollicitations. D'autres sages-femmes, moins nombreuses que les premières, minimisent les effets de la concurrence et estiment qu'il peut y avoir du travail pour chacune du fait notamment du déploiement du PRADO. De plus, les « *spécialités* » déjà mises en œuvre ou projetées, tels l'échographie ou l'accouchement à domicile, permettent à certaines d'envisager un travail en complémentarité – plus qu'en concurrence – avec leurs collègues déjà installées sur le secteur (« *on ne fait pas le même travail* »). Celles-ci peuvent même compter sur leurs consœurs pour qu'elles leur adressent des patientes et leur permettent ainsi de développer leur activité dans le cadre de la MSP-PSP.

Autre raison évoquée, mais plus rarement, l'augmentation espérée de la patientèle devrait permettre d'asseoir le travail d'une jeune collègue récemment arrivée comme collaboratrice ou remplaçante attirée et encore insuffisamment sollicitée. On y tient d'autant plus qu'elle allège le travail, accepte des activités dont on se passerait bien (les rééducations périnéales notamment), rend possible la prise de congés sans risque que cette patientèle se détourne, et à plus long terme pourrait reprendre le cabinet.

4.4. Des activités proches de celles menées en libéral en dehors des MSP ou des PSP

« *L'essentiel, ce sont les consultations gynéco, les grossesses, les cours et la rééduc'* ; c'est à peu près équilibré ». Les activités que déploient ces sages-femmes ne diffèrent pas vraiment de celles de leurs autres collègues travaillant en libéral. Appelées, dans le questionnaire à choisir entre cinq variables (« très souvent », « assez souvent », de temps en temps », « rarement » et « jamais ») quelque 30 activités différentes, chez les sages-femmes qui se sont exprimées, la rééducation périnéale et la préparation à la naissance recueillent le plus de suffrages. La consultation prénatale est aussi citée comme une activité très fréquente voire assez fréquente. À la suite pointent des activités qui signalent que les nouvelles compétences dévolues aux sages-femmes peuvent être tendanciellement mieux valorisées : prescription ou renouvellement de contraception, frottis, plus secondairement pose de stérilet sont ainsi régulièrement citées en termes de fréquence forte ou assez forte. Nous avons souligné dans la contribution **Le métier de sage-femme libérale (cf. Partie II-2)** au présent ouvrage combien l'effet âge joue beaucoup dans le fait de mettre en œuvre ces compétences, or les sages-femmes interrogées sont majoritairement assez jeunes, et rapportées à leur ancienneté dans le métier, elles ressemblent beaucoup, dans les pratiques qui sont les leurs, à leurs homologues du même âge. La délivrance d'arrêts de travail, jamais très fréquente, paraît pour autant diviser les sages-femmes en deux groupes assez distincts : soit c'est une pratique qui peu à peu se développe et cela vaut pour un tiers d'entre elles environ, qui déclarent alors en délivrer assez souvent, soit c'est une activité très incidente voire qu'elles n'ont jamais eu l'occasion d'effectuer. Pour le reste, yoga, sophrologie, préparation en piscine, haptonomie, acupuncture, ostéopathie ne sont quasiment jamais cités. Les propos tenus lors des entretiens vont dans le même sens. Par ailleurs, toutes ou presque déclarent s'inscrire dans le PRADO. Deux seulement précisent qu'elles ne retiennent que des sollicitations portant sur leurs patientes : « *Que celles que j'ai suivies, sinon ça n'a pas de sens* ». Ces déplacements au domicile de mères sortant tout juste de la maternité ont oscillé, au cours des 30 derniers jours, de 2 à 14 ; une forte variation donc. S'inscrire dans la démarche de l'hospitalisation à domicile (HAD) recueille par contre des réponses mitigées. Cinq d'entre elles le mentionnent, mais cela représente très peu de sollicitations réelles. Revient la remarque déjà notée plus haut : à savoir que cette activité n'est pas très rentable. Cela les renvoie en outre à l'univers hospitalier qu'elles ont quitté pour la plupart sans regret (« *Et puis travailler avec des médecins de mauvais poil, j'ai donné* ») et leur impose d'entreprendre des démarches ressenties comme fastidieuses : « *Je ne suis pas payée comme celles de l'hôpital, et puis, s'implanter dans les rouages,*

moi, ça me prend beaucoup de temps ». De la même manière encore que leurs homologues libérales ne travaillant pas dans une MSP ou un PSP, le fait de ne plus effectuer d'accouchements ne leur pèse pas vraiment. Elles ne font montre globalement d'aucune nostalgie, et parfois même, alors que des propositions d'utilisation d'un plateau technique d'une maternité leur ont été faites, elles n'ont pas donné suite. Un tiers à peine de celles qui disposent de cette possibilité l'utilise. Parmi elles, celles qui ont abandonné les accouchements à domicile sont les plus enclines à saisir l'occasion : « *Pour moi, le plateau technique, c'est quelque chose de très chouette, ça fonctionne vraiment bien et en fait, moi, ça me demande le même engagement qu'un accouchement à la maison* ».

Encadré 3 – Le temps de travail individuel et collectif

Selon le point de situation opéré par l'ARS, sur les 16 sages-femmes dont la rubrique portant sur le temps de travail est renseignée, nous l'avons signalé, 11 travaillent à temps plein. Ce ne sont probablement que des évaluations ou des estimations. Dans les faits, elles travaillent généralement moins que le temps qui est stipulé. Ainsi dans deux PSP-MSP figure un emploi à plein temps d'un côté, un à 60 % dans l'autre, or c'est la même sage-femme qui est investie dans ces deux structures. À d'autres reprises encore, le temps de travail déclaré dans les questionnaires et/ou lors des entretiens ne correspond pas à ce qui figure sur ce point de situation. À Lamballe elles sont toutes trois effectivement à plein temps (elles peuvent même être ponctuellement quatre, avec une collaboratrice et l'une d'entre elles a essentiellement une activité en échographie), mais dans les autres cas c'est plutôt rare. Seules deux des neuf sages-femmes qui ont renseigné le questionnaire travaillent plus de 35 heures au sein de la MSP ou du PSP. On retrouve peu ou prou la même proportion dans les entretiens. Une seule, déjà mentionnée, a conservé un travail salarié en maternité. Elle y effectue 5 à 6 gardes de 12 heures, et la cadre sage-femme fait en sorte de programmer ses gardes en début de semaine, de façon à ce qu'elle puisse se consacrer à son emploi libéral l'autre partie de la semaine. Une autre remplace pour quasi toute l'année une sage-femme en congé maternité, tout en ayant elle-même ailleurs un cabinet libéral où elle ne travaille qu'à temps partiel, faute d'une patientèle suffisante. Deux autres encore « *vont compléter dans un autre cabinet* », et à côté de ces cas de figure, de fait, dans plus d'une situation sur quatre, il s'agit là d'un cabinet secondaire. On comprend alors en quoi leur investissement dans la dynamique de la MSP ou du PSP peut être limité. Dans l'ensemble des structures, des réunions pluriprofessionnelles sont organisées tous les deux à trois mois. Cette moyenne recouvre des écarts importants, allant d'une réunion mensuelle à une ou deux réunions annuelles. Plusieurs sages-femmes ont pointé les difficultés à arrêter des dates ou des créneaux communs aux différents professionnels composant la structure. Ces temps d'échanges, qui sont le plus souvent programmés à l'initiative des médecins, portent sur le projet de santé de la MSP ou du PSP (depuis sa définition, sa mise en œuvre, jusqu'à son actualisation), la rédaction de protocoles (sur les « *antivitamines K* » par exemple) et le fonctionnement de la structure (questions administratives et financières, problèmes liés à l'entretien des locaux, etc.). Les sages-femmes indiquent participer régulièrement à ces réunions bien qu'elles ne se sentent pas toujours concernées par les protocoles qui s'y discutent (lesquels sont rarement en lien avec le domaine de la périnatalité).

4.5. Une faible implication dans la mise en œuvre des projets de MSP-PSP

Sauf exception, les sages-femmes, aussi intéressées qu'elles puissent l'être, ne sont pas partie prenante au moment où des projets émergent et où de premières initiatives sont prises. Dans un seul cas, ce sont des professionnels paramédicaux et une sage-femme qui ont pris les devants et ont sollicité directement les élus. C'est aussi la première situation où une sage-femme a été durablement la référente d'une maison de santé, « *pour le titre* » dit-elle, avant de passer le relais il y a peu.

4.6. Une collaboration sous conditions avec les autres professionnels

Le souhait de développer leur activité et leur patientèle, avec l'appui des autres professionnels et secondairement l'aspiration à travailler de façon plus collective et moins isolée constituent les principales motivations des sages-femmes ayant fait le choix d'exercer au sein d'une MSP ou d'un PSP.

Qu'en est-il des relations entretenues avec les autres professionnels médicaux et paramédicaux une fois qu'elles ont intégré la structure ? Parmi les 10 professionnelles ayant répondu au questionnaire, 9 ont indiqué entretenir de « bonnes » et « très bonnes » relations avec leurs collègues et une les a qualifiées conjointement de « bonnes » et de « moyennes ». Au-delà de ces premiers résultats, l'exploitation des entretiens conduit à distinguer quatre configurations relationnelles qui se construisent essentiellement autour des modalités de partage de la patientèle. Ces configurations relationnelles varient d'une MSP-PSP à l'autre, et à l'intérieur d'une même structure, elles peuvent aussi varier en fonction des différents professionnels côtoyés (des liens peuvent se nouer avec certains mais pas avec d'autres).

Dans la première configuration, les sages-femmes collaborent rarement avec les autres professionnels et entretiennent, en dehors des temps de rencontres formalisés (réunions pluriprofessionnelles), très peu de relations avec eux. De fait, ces sages-femmes ne travaillent pas avec les médecins généralistes de la structure. Celles-ci estiment en effet que les compétences des médecins généralistes sont insuffisantes dans les domaines de la gynécologie et de l'obstétrique et préfèrent donc adresser leurs patientes – quand cela est nécessaire – à des médecins spécialistes (avec lesquels, elles avaient déjà l'habitude de collaborer) ou à des services de maternité, qui leur paraissent plus adaptés et mieux équipés pour ces prises en charge (possibilité de faire réaliser des échographies sur place par exemple). Le propos suivant résume à lui seul ce type de relations : « *On peut travailler à côté, mais pas ensemble* ».

Dans la deuxième configuration relationnelle les sages-femmes sont dans l'attente de coopérations avec les autres professionnels, mais celles-ci peinent à se mettre en place, y compris après une ou deux années de regroupement. Ces sages-femmes déplorent ainsi que les médecins ne leur adressent aucune patiente pour des suivis gynécologiques ou de grossesses et qu'ils les orientent systématiquement vers des gynécologues débordés. Dans ce cas de figure, ce sont les compétences des sages-femmes qui se trouvent dépréciées par les

médecins, y compris même parfois dénigrées auprès des patientes : « Vous n'avez pas peur d'être suivie par une sage-femme ? ».

Dans la troisième configuration, des coopérations peuvent se mettre en place mais sous certaines conditions. Les compétences des sages-femmes peuvent constituer des freins ou des atouts au travail collaboratif, tout dépend si celles-ci viennent empiéter ou non sur l'activité des autres professionnels. Ainsi par exemple, les masseurs-kinésithérapeutes d'une structure s'opposent à ce que les sages-femmes pratiquent la rééducation périnéale dans la mesure où cette tâche constitue une part importante de leur activité. Dans un autre contexte, les masseurs-kinésithérapeutes ne voient aucun inconvénient à ce que les sages-femmes proposent de la rééducation périnéale, au contraire même, ils leur adressent des patientes puisqu'ils ont suffisamment de travail et s'allègent ainsi de cette activité¹⁹ : « J'ai tellement d'organes à rééduquer que si tu t'occupes du périnée, cela ne me dérange pas ». Dans d'autres contextes encore, les masseurs-kinésithérapeutes et les sages-femmes travaillent en complémentarité, en articulant leurs compétences respectives ; les premiers étant spécialistes de la rééducation abdominale par exemple, les secondes de la rééducation périnéale : « on prend la méthode qui convient le mieux à la femme ».

Dans la dernière configuration, les sages-femmes travaillent de concert avec d'autres professionnels de la structure et font état de relations de « confiance » tout en soulignant que ces coopérations se réalisent au bénéfice des patientes. Le fait de se côtoyer, de se rencontrer, de mieux se connaître, etc., favoriserait l'émergence de nouvelles collaborations. Une sage-femme signale ainsi qu'un médecin généraliste – désormais mieux informé de ses nouvelles compétences – lui adresse des patientes pour des suivis gynécologiques, alors qu'il ne le faisait jamais avant le regroupement pluriprofessionnel.

La liste ci-après fournit un aperçu des modalités d'adressage des patientes entre les sages-femmes et les autres professionnels des MSP et PSP. Les liens avec les médecins généralistes sont les plus fréquents, tandis que d'autres professions ne sont jamais mentionnées compte tenu de leur éloignement du champ de la périnatalité (les chirurgiens-dentistes par exemple).

On remarquera ici que certaines professions ne sont pas conventionnées (psychologue et ostéopathe) et que d'autres pratiquent nombre d'actes sans remboursement possible (pédicure-podologue, diététicienne). Les sages-femmes ne sont pas en reste, semble-t-il, pour adresser des patientes à ces professionnels (aux psychologues en particulier) sans toujours tenir compte de ce non-conventionnement, et ce d'autant plus qu'ils sont régulièrement présents au sein même des MSP. On peut se demander si, d'un certain point de vue, les MSP et PSP ne favorisent pas des adressages faisant peu de cas de cette différence et, *de facto* contribuent à l'inégal accès aux soins selon les ressources financières des patients²⁰.

¹⁹ Cela peut être également le cas pour les médecins généralistes, certains confiant les suivis de grossesses ou certains actes de gynécologie (frottis, pose de stérilet) aux sages-femmes afin de se consacrer à d'autres tâches.

²⁰ DOUGUET F., VILBROD A., *Le rôle et les pratiques des sages-femmes libérales dans l'accompagnement des femmes enceintes et des mères en situation de vulnérabilité*, Rapport pour la Fondation de France, 2015, p. 90-91.

Professionnels d'une MSP ou d'un PSP qui adressent des patientes à la sage-femme et motifs (en nombre de citations dans les questionnaires)	
Médecin généraliste	Rééducation périnéale (9) Suivi gynécologique, contraception, frottis (7) Préparation à la naissance (5) Suivi de grossesses physiologiques (5)
Infirmier(e)	Suivi gynécologique (1) Suivi de grossesses (1)
Sage-femme*	Plus de place (1) Spécialité acupuncture (1)
Masseur-kinésithérapeute	Rééducation périnéale (1)
Professionnels d'une MSP ou d'un PSP vers lesquels les sages-femmes adressent des patientes et motifs (en nombre de citations dans les questionnaires)	
Médecin généraliste	Prescription ou prolongation d'arrêt de travail (4) Suivi grossesse pathologique après dépistage (5) Avis médical (3) Autre problème médical hors grossesse (2) Suivi d'un traitement (2) Besoin de masseur-kinésithérapeute (1) Suivi du nouveau-né (1)
Infirmier(e)	Prises de sang, bilans sanguins (3) Injections (1) Soins à domicile (1)
Psychologue	Sensibilité, dépression (2) Soutien aux patientes (1) Non précisé (1)
Ostéopathe	Manipulations/grossesse (1) Douleurs (1) Non précisé (1)
Pédicure-podologue	Problème statique (1)
Diététicienne	Suivi diabète gestationnel (1)
Laboratoire d'analyse	Bilan sanguin (1)
Masseur-kinésithérapeute	Problèmes de bassin (1)
Pharmacien	Conseils médicamenteux (1)
Sage-femme*	Spécialité ostéopathie interne (1)

*Structure comptant 2 sages-femmes.

4.7. Le cabinet de la sage-femme dans la structure

Encadré 4 – Les locaux

Les MSP-PSP ne sont pas toutes dotées d'un bâtiment commun : leurs professionnels ont la possibilité de continuer à exercer dans leurs locaux d'origine. Plusieurs sages-femmes ont ainsi conservé les mêmes locaux puisque leur cabinet leur semblait adapté à leur activité (situation, accès, superficie, équipement, etc.). En revanche, l'une des motivations mises en avant par celles qui ont choisi d'intégrer un bâtiment commun était de pouvoir disposer de locaux plus fonctionnels, répondant aux normes du moment (en matière d'accessibilité aux personnes à mobilité réduite notamment) et plus vastes aussi (elles insistent sur le fait que les sages-femmes ont besoin d'espace pour mener leurs activités comparées aux autres professionnels de santé). Les sages-femmes ayant

intégré un projet de MSP encore au stade de la conception du bâtiment, disent avoir eu la possibilité de faire part de leurs besoins en la matière lors de l'élaboration du projet architectural de la structure et être plutôt satisfaites du résultat. Néanmoins, au départ, il leur faut parfois négocier avec le collectif pour parvenir à imposer leurs souhaits : « Pour l'instant, moi ça me plaît pas, j'ai un couloir ! C'est pas simple ! ».

Selon les cas, les locaux communs sont installés dans un bâtiment pré-existant, rénové et restructuré (une ancienne supérette, une ancienne caserne de pompiers, une ancienne gendarmerie par exemple) ou dans un bâtiment neuf, édifié sur un terrain souvent mis à disposition ou acquis par la commune ou la communauté de communes (mais nous avons aussi entendu parler de terrains privés ; tout dépend des statuts de la structure). Signalons ce cas particulier : dans une commune, la mairie a imposé aux professionnels d'un futur PSP de s'installer dans trois bâtiments pré-existants distincts afin de ne pas s'engager dans la construction d'un nouveau bâtiment (dans ces conditions, les médecins seront répartis sur les trois sites). Le cas échéant, lorsqu'un pharmacien est impliqué dans le projet pluriprofessionnel, son officine peut être attenante au bâtiment. Dans les édifices les plus grands, on observe qu'une sectorisation par profession peut se mettre en place (les médecins sont tous installés au premier étage, les sages-femmes sont regroupées dans une autre zone, etc.).

La distance séparant l'ancien cabinet de la sage-femme de son nouveau cabinet intégré dans le bâtiment commun oscille entre 0 km (cas d'une MSP qui va ouvrir dans un grand bâtiment dans lequel le cabinet de la sage-femme est déjà installé) et 17 km (implantation du bâtiment sur une autre commune que celle où était déjà installé le cabinet indépendant). Au-delà de ces écarts, on observe que le bâtiment est le plus souvent implanté sur la même commune que le cabinet initial ou sur une commune voisine distante de quelques kilomètres. Au sein de ce bâtiment, les sages-femmes louent leurs locaux ou en sont propriétaires (le souhait de devenir propriétaire a d'ailleurs pu constituer une motivation pour certaines à rejoindre une MSP ou un PSP). Les locaux peuvent être loués à d'autres professionnels de la structure qui en sont les propriétaires en plus de leurs propres locaux (une sage-femme loue ainsi son cabinet aux trois infirmières de la MSP ou du PSP). Les locaux des sages-femmes se composent généralement d'une salle d'attente, d'un bureau de consultation médicale et d'une salle (plus vaste) dédiée aux séances de préparation à la naissance ; parfois, elles peuvent disposer d'une pièce supplémentaire (cas d'une sage-femme qui envisage d'y développer des activités d'acupuncture à l'issue de la formation qu'elle a entamée dans le domaine). Quand elles sont à deux sur le site, les sages-femmes peuvent partager la même salle de préparation à la naissance. Plus exceptionnellement, cette salle peut être partagée avec un kinésithérapeute ou avec d'autres intervenants extérieurs (association des « bébés yogi », association de parents sur le portage du nouveau-né). Ainsi, « regrouper les mètres carrés » permet de réduire le montant des charges professionnelles afférentes aux locaux. Si la salle d'attente peut être partagée avec une autre collègue sage-femme, elle ne l'est en revanche jamais avec les autres professionnels de santé – à une exception près – afin de ne pas « mélanger les femmes enceintes et leurs nouveau-nés avec les autres patients ». Pour autant, cette pratique est autorisée par le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, lequel stipule qu'une sage-femme peut partager l'ensemble des parties communes de son local professionnel, notamment la salle d'attente, avec d'autres professions de santé réglementées.

Par ailleurs, le bâtiment est aussi doté de locaux communs : une salle de pause, des sanitaires, une salle de réunion « pour travailler ensemble sur les différents

projets », un bureau partagé pour l'accueil d'autres professionnels ou encore un logement destiné à héberger les stagiaires. Moins souvent, les sages-femmes signalent la mise en commun de matériels : un système informatique, un appareil de monitoring, une table de gynécologie (utilisée par la sage-femme pour faire des frottis, poser des stérilets et utilisée par les médecins pour réaliser des sutures et des petits actes de chirurgie). Dans quelques constructions, diverses formes de « sectorisation » professionnelle ont pu se mettre en place : les cabinets médicaux sont réunis dans une même partie ou à un même étage du bâtiment (le cas échéant, ils peuvent être regroupés avec les cabinets infirmiers) tandis que les autres cabinets se répartissent dans d'autres zones du bâtiment.

Encadré 5 – Fonctionnement des structures : horaires et secrétariat

Les structures pluriprofessionnelles au sein desquelles exercent les sages-femmes sont ouvertes aux patients du lundi au vendredi, le plus souvent de 8h (ou 9h) à 20h, tout au long de l'année. Au-delà de ces horaires étendus, les différents professionnels sont conduits à moduler leurs propres horaires de travail en fonction du volume et du rythme de leurs activités respectives. Si quelques sages-femmes indiquent être présentes dans les locaux à plein temps (40 heures hebdomadaires), les autres n'y travaillent qu'à temps partiel, soit de façon contrainte (en raison d'un niveau d'activité insuffisant), soit par choix (plusieurs de celles que nous avons interrogées ont ainsi choisi de ne pas travailler le mercredi afin de se rendre disponibles pour leurs enfants). Par ailleurs, la plupart des sages-femmes étant amenées à intervenir au domicile de leurs patientes (principalement pour des visites à domicile réalisées dans le cadre du PRADO ou de l'HAD, voire pour des accouchements à domicile), elles ne mènent, de fait, qu'une partie de leurs activités au sein de leur cabinet. Cette présence discontinue au sein de la structure peut aussi tenir au fait que certaines d'entre elles occupent un autre emploi en parallèle, soit en tant que libérales dans un second cabinet implanté sur une autre commune, soit en tant que salariées au sein d'un établissement de santé. De ce fait, quelques-unes ont fait le choix de disposer d'un cabinet dit « *partagé* » au sein de la structure pluriprofessionnelle : une sage-femme exerce deux journées par semaine dans un cabinet partagé, lequel est occupé le reste du temps par une psychologue et par une diététicienne de la MSP ; une autre partage un cabinet avec des infirmières qui ne sont présentes que le matin. Si le projet de santé peut prévoir l'organisation de permanences des soins le week-end, celles-ci ne concernent que les seuls médecins, quelquefois les infirmières. Les sages-femmes font état de leurs difficultés à participer à ces permanences en raison de leur engagement dans le dispositif du PRADO (imposant des visites à domicile le week-end) et de leurs faibles effectifs au sein des MSP-PSP.

À l'exception d'une seule structure (**voir Encadré 1**), les MSP et PSP au sein desquelles exercent les sages-femmes ne disposent pas d'un secrétariat commun à l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux. Lorsque la structure est dotée d'un secrétariat, celui-ci est le plus souvent commun aux seuls médecins dans la mesure où ces praticiens disposaient déjà d'un secrétariat médical avant même d'intégrer la MSP-PSP. Seules deux sages-femmes parmi celles que nous avons interrogées disposent d'un secrétariat en propre, mais celui-ci n'est pas installé sur place : ces activités sont confiées à un service externe. Les autres sages-femmes assument donc, comme la majeure partie de leurs homologues exerçant en cabinet indépendant, ces tâches administratives : « *les secrétaires prennent les rendez-vous uniquement pour les médecins ; tous les autres, on gère notre secrétariat* ». Plusieurs raisons sont mises en avant pour expliquer l'absence de recours à un secrétariat. La principale est d'ordre financier : le recrutement d'une secrétaire serait trop coûteux pour les sages-femmes. Par ailleurs, compte tenu de la diversité de leurs activités, du rythme de leurs consultations, de l'écoute à apporter aux patientes, les unes et les autres estiment qu'il leur est plus facile de gérer par elles-mêmes la prise de leurs rendez-vous. Néanmoins,

il est aussi signalé que ces tâches sont chronophages et que la mise en place d'un secrétariat partagé contribuerait à renforcer les liens entre les différents professionnels engagés dans la structure. Le recrutement d'un professionnel dédié aux fonctions de coordination de la structure est exceptionnel : une seule sage-femme indique qu'une coordinatrice a d'ores et déjà été recrutée pour sa future MSP afin d'alléger la charge de travail de la quinzaine de professionnels qui y seront impliqués et ce poste sera partagé avec la MSP voisine.

5.

Jugements et perspectives des sages-femmes

5.1. Leurs revenus ont peu évolué

Le montant des revenus mensuels perçus par les sages-femmes – toutes activités confondues – oscille entre moins de 1 500 euros et 2 390 euros, et une sur deux déclare un revenu net de moins de 1 800 euros. Pour la moitié d'entre elles, ces revenus n'ont pas évolué depuis qu'elles ont rejoint une MSP ou un PSP. Les autres signalent une hausse sensible de leurs revenus qui tient à plusieurs raisons : la création d'un cabinet au sein de la MSP ou du PSP (un premier cabinet ou un cabinet secondaire), l'augmentation de leur patientèle et de leur niveau global d'activité et le développement de certains actes, en particulier les suivis gynécologiques, la contraception, les suivis de grossesses et les conseils en allaitement. La progression de l'activité est expliquée par l'amélioration de leur visibilité au sein de la MSP ou du PSP, la meilleure connaissance de leur profession et les coopérations engagées avec d'autres professionnels de la structure – pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, médecins généralistes notamment – qui leur adressent des patientes. Une sage-femme observe, à l'inverse, que ses revenus ont eu tendance à diminuer : les deux masseurs-kinésithérapeutes de la structure s'opposent en effet à ce qu'elle réalise de la rééducation périnéale dont ils veulent garder l'exclusivité et plusieurs sages-femmes se sont installées sur son périmètre d'activité depuis son intégration dans la MSP. En revanche, la nature des revenus des sages-femmes a peu évolué : les unes et les autres sont, comme en cabinet indépendant, payées à l'acte. Seules trois sages-femmes indiquent bénéficier d'autres rémunérations pour des temps consacrés au management de la structure, à la coordination ou à des actions de santé publique (un PSP organise des « soirées thématiques » qui font ainsi l'objet d'une rémunération). De la même façon, seules quelques sages-femmes précisent que leur structure a expérimenté ou adopté les nouveaux modes de rémunération tout en soulignant que ceux-ci les concernent assez peu (« on a été accepté dans les ENMR, mais c'est plus les médecins, un peu les kinés et les infirmiers »). Les autres sages-femmes indiquent que cette possibilité n'a jamais été évoquée (ni au moment du montage de la structure, ni après son ouverture) voire ignorent si ces modes de rémunération sont mis en place dans leur MSP-PSP. Enfin, plusieurs professionnelles semblent méconnaître ces possibilités (« ça ne me dit rien »).

Les sages-femmes engagées dans une MSP-PSP en cours d'ouverture font régulièrement état de leur incertitude, voire de leur inquiétude, quant au montant des charges locatives qu'elles vont devoir supporter lorsqu'elles rejoindront la structure. Par rapport à leur cabinet actuel, beaucoup craignent d'être confrontées à une augmentation de leurs charges, au point parfois d'hésiter à se maintenir dans le projet de regroupement ou même de songer à s'en retirer (**cf. Encadré 1**). Les sages-femmes estiment en effet ne pas avoir un niveau d'activité équivalent à celui des autres professionnels de la MSP-PSP (d'autant qu'elles ne travaillent pas toutes à plein temps), tout en ayant besoin de davantage d'espace pour réaliser leurs différentes activités. Or, le montant du loyer est le plus souvent calculé au prorata de la surface de chaque cabinet : « *Les charges seront forcément à temps plein, donc je vais être attentive à ça* ». De fait, certaines peuvent hésiter, quand l'alternative leur est offerte, entre l'achat et la location de leur cabinet. Qu'en est-il lorsqu'elles intègrent la structure ? Une seule sage-femme, installée dans une structure fonctionnelle, signale une baisse du montant de son loyer tout en précisant, qu'une fois ajoutées les dépenses communes (celles afférentes à l'entretien des locaux notamment), « *cela revient au même* ». Les autres indiquent que leurs charges se sont maintenues à un même niveau ou constatent, à l'inverse, leur élévation « *moi, je paye 1 200 euros, il faut arrêter* ». Cela explique le fait que certaines ont pu faire le choix – au départ, du moins – de conserver un autre emploi en parallèle (en tant que libérale ou salariée) ou de s'engager dans le projet uniquement parce qu'elles bénéficiaient de l'assurance d'un autre revenu par ailleurs « *si je n'avais pas ma retraite, je me ferais des frayeurs quelquefois* ».

5.2. La coopération interprofessionnelle est toujours attendue, reste toujours espérée...

Interrogées sur les perspectives qui sont susceptibles de s'ouvrir à elles, avec leur intégration récente ou à venir au sein d'une MSP ou d'un PSP, les sages-femmes confirment d'abord leur espoir que de réelles coopérations se mettent en œuvre. Pour l'heure, elles sont sinon incidentes, du moins faiblement instituées et à quelques rares exceptions près (diabète, détection de l'hypertension artérielle, suivi de grossesses pathologiques, diagnostic et traitement des infections urinaires hors grossesses) réalisées sans qu'il y ait de protocoles entrant pleinement dans la coordination des soins. Trois d'entre elles ont aussi mentionné l'extension souhaitée des manifestations ouvertes au public ou se déroulant dans des établissements scolaires, initiées par elles à partir de la structure et associant ou non d'autres professionnels de la MSP ou du PSP. Ont été citées ici des conférences, des soirées thématiques, à portée préventive, sur les phénomènes d'addiction chez les jeunes, la contraception, etc.

Sur un autre plan, le quart environ d'entre elles relie leur projet de formation continue à des activités nouvelles qu'elles aspireraient volontiers à développer, quitte à se mettre sur les rangs quand il s'agit de formations courues, la plus citée étant le DU de Suivi gynécologique de prévention, sexualité et régulation des naissances. Pour quelques autres, ce sont les nouveaux espaces, plus vastes que ceux dont elles disposent ailleurs ou disposaient auparavant qui leur ouvrent de nouvelles perspectives et les poussent à envisager des formations *ad hoc* afin par exemple d'effectuer des

consultations d'allaitement (cas de la sage-femme qui n'avait pas auparavant de cabinet) ou de prévoir des cours collectifs là où, étant trop à l'étroit, ce n'était pas vraiment envisageable. Nombre de ces sages-femmes intéressées à parfaire leur formation, à développer de nouvelles activités se verraient bien, quand c'est le cas, transformer peu à peu un cabinet secondaire en leur cabinet unique, à la condition que la patientèle suive.

Plus à la marge, est aussi évoquée la possibilité d'accueillir dans de bonnes conditions des étudiantes en maïeutique.

Interrogées sur les orientations qu'elles prendraient si elles devaient interrompre leur activité de sage-femme en MSP ou PSP, **quatre sur cinq réaffirment leur volonté de travailler en libéral**. PMI et coordination d'un réseau de soins et de santé recueillent aussi quelques suffrages et une seule changerait volontiers de profession.

5.3. Des sages-femmes déjà se retirent...

La situation des MSP-PSP est toujours fluctuante, y compris quand des projets de santé sont validés, et à plus forte raison quand des arbitrages restent à régler, des financements à confirmer, etc. Des sages-femmes peuvent aussi se retirer de la structure dont elles sont partie prenante. Parfois cela tient à des reconfigurations sur lesquelles elles n'ont guère de prise, parfois à des désaccords au sein de l'équipe initiale. Ici quatre illustrations rappellent qu'aucune situation n'est figée, aucune recension définitive.

- Sur la liste des MSP et PSP de l'ARS comprenant des sages-femmes, figure une MSP qui a connu des difficultés suite au départ du médecin généraliste pour une autre MSP plus attrayante située à quelques encablures, au grand dam du maire de la commune. La presse s'en était fait largement écho et la sage-femme qui y travaillait a aussi quitté la commune et n'est plus en activité au sein de cette MSP.
- Les dites « querelles de clocher » masquent des tensions possibles entre élus d'une même communauté de communes cherchant chacun à revitaliser la sienne avant tout. Apparaît ainsi sur cette même liste, une MSP-PSP dont le projet est avancé, avec la sage-femme qui pensait y ouvrir son cabinet secondaire là où, pour l'heure, elle loue une pièce une journée par semaine au médecin référent. Reste que des oppositions entre maires, là encore, hypothèque la réalisation de cette MSP : « *On a même entendu à certaines réunions "moi, j'aurai la maison de santé". Voilà, ce n'est même plus en fonction des patients mais en fonction de leurs désirs. Là un projet privé semble repartir, mais pour le coup sans l'ARS. C'est un constructeur privé qui investirait et il nous louerait, or l'ARS ne suivra que si c'est la communauté de communes* ».
- Une sage-femme a ouvert un cabinet secondaire dans une MSP dont le projet de santé était déjà arrêté, entrevoyant au moins une nouvelle installation d'une autre sage-femme dans la commune où elle est principalement implantée, et où déjà elle peine à avoir une activité satisfaisante. Son intégration s'est faite sous condition qu'elle ne réalise pas de suivis gynécologiques, ni de rééducation du périnée. Peu à peu les médecins, dit-elle, ont commencé à lui adresser de tels suivis voire quelques patientes pour des poses de stérilet, et désormais cette première clause n'a plus cours. Il n'en va pas de même

pour la rééducation périnéale, le masseur-kinésithérapeute entrevoyant une trop forte concurrence. « *Pour moi, c'est 40 % de mon activité, et du coup mon activité baisse plutôt qu'elle augmente. Il y a une autre maison de santé à 10 minutes, les médecins sont O.K. mais en même temps je me rapproche d'une collègue et je n'ai pas envie de la gêner* »

- Une des deux sages-femmes, qui figure aussi sur la même liste, dit ne plus être « en pratique » dans le PSP évoluant vers une MSP. Elle est insatisfaite des relations entre les médecins, les d'infirmier(e)s, et les masseurs-kinésithérapeutes et elle-même : « *Du coup, nous, sur trois heures de réunion, on avait 5 minutes. On passait des heures à parler des pansements ou des bronchiolites du nouveau-né* ». Sentiment exprimé d'être en porte à faux avec les autres professionnels, d'être dans une profession singulière « *à la fois prescripteur et prescrite* », de ne pas partager des préoccupations collectives essentiellement centrées sur les personnes âgées, elle dit se retirer aussi pour des raisons de coût, ne se retrouvant pas dans le projet architectural : « *Me retrouver dans une de ces maisons médicales, toutes sur le même modèle, je trouve ça triste à mourir, comme quand vous allez dans des hôpitaux sans âme, et puis financièrement, je n'aurais pas pu suivre ; même si j'étais restée, mon loyer aurait plus que doublé* ». Avec sa collègue sage-femme, elle se retire donc du projet de MSP et envisage de faire construire un nouveau cabinet, « *une maison de soins dont on prendra soin* », aux normes, mais moins dispendieuse, et hors de la MSP et aussi du PSP qui l'englobe.

Les sages-femmes qui travaillent, en Bretagne, dans une MSP ou un PSP qui fonctionne ou qui sont inscrites dans un projet de regroupement pluriprofessionnel, présentent un profil plutôt homogène en termes d'âge, d'ancienneté, de trajectoire professionnelle, et aussi en termes d'attentes formulées à l'égard de ce nouveau cadre de travail. Très peu d'entre elles ont été associées au montage du projet, affaire avant tout d'élus, de médecins, de délégués territoriaux de l'ARS puis, rapidement, d'infirmier(e)s, et **la plupart d'entre elles étant assez peu impliquées dans la dynamique qui porte la structure et la fait évoluer.**

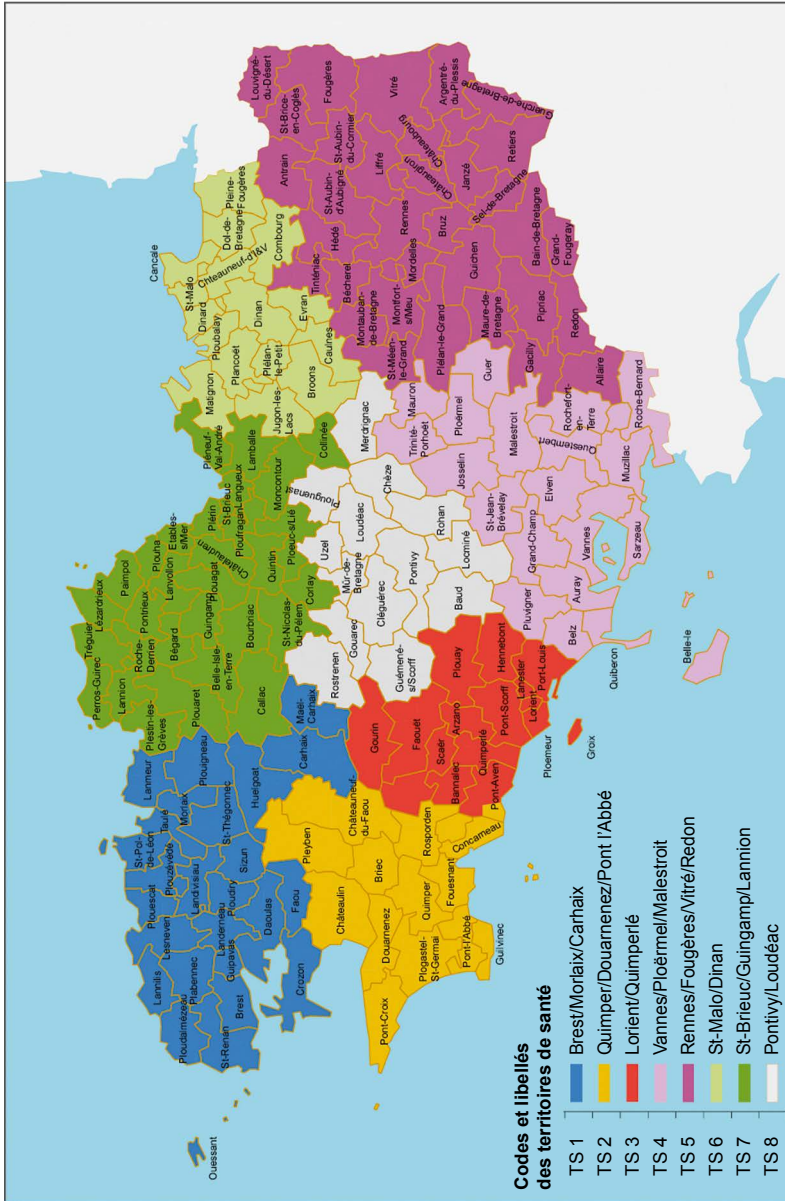
Aucune sage-femme n'a évoqué l'existence d'un protocole de coopération entre elle et un professionnel médical ou paramédical, au sens d'activités pouvant être transférées de manière dérogatoire, tel que le prévoit l'article 51 de la loi HPST. Si le périmètre de leurs interventions peut s'étendre, à partir d'ententes avec d'autres professionnels (médecins, et masseurs-kinésithérapeutes notamment) qui désormais leur adressent plus de patientes, ou vers qui elles-mêmes orientent plus facilement, pour tel ou tel soin, quelques patientes, il ne s'agit là que d'une éventualité, loin d'être la règle. La cohabitation dans une maison de santé commune, l'intégration dans un pôle commun **ne débouchent pas nécessairement sur des interactions entraînant des échanges plus denses**, des coopérations accrues autour de situations précises ou davantage d'activités menées conjointement.

Il est difficile de relever en quoi travailler dans une MSP ou un PSP change la donne en ce qui concerne déjà la valorisation de leurs compétences les plus récemment reconnues. Sans doute est-il encore trop tôt pour observer des évolutions notables, et il est probable que peu à peu des freins s'estomperont, que des réserves, de la part des médecins en particulier, se lèveront, que certaines activités de premier recours qu'elles peuvent déployer prendront

de l'ampleur. Reste que, **pour l'heure, l'impact de leur inclusion dans des regroupements de professionnels de santé, en matière de pratiques renouvelées, apparaît limité.** Si tendanciellement, avec l'ouverture de nombreuses MSP-PSP, des opportunités d'emploi s'offrent aux sages-femmes et participent à l'extension continue de la pratique libérale dans un contexte de plus en plus concurrentiel, la plupart de celles qui rejoignent les MSP-PSP sont déjà installées, veillent à ne pas être laissées de côté et sont intéressées par l'élargissement possible de leur clientèle.

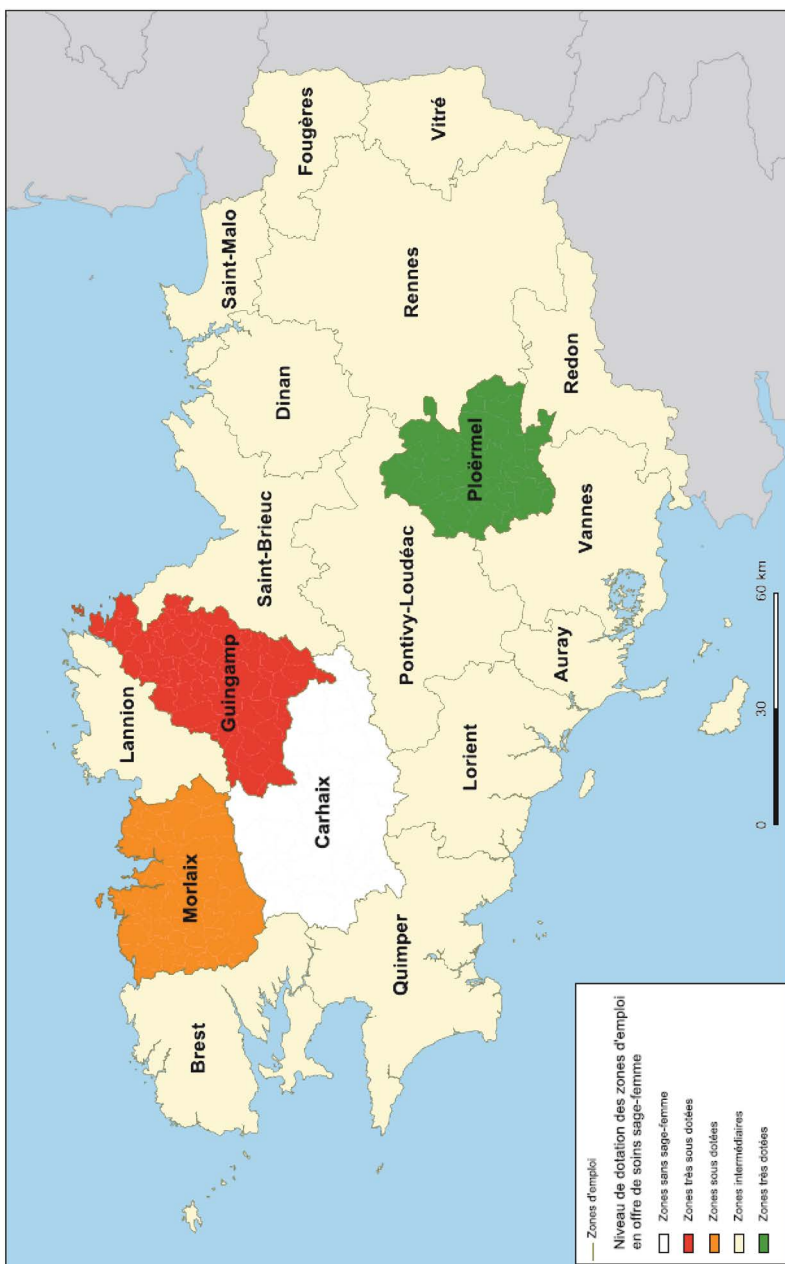
L'enquête auprès de ces sages-femmes a porté sur un nombre assez restreint de situations puisque limitées à une seule région. Il resterait à vérifier si ailleurs il en va différemment, si par exemple, à l'initiative d'associations, de délégations de l'Ordre, etc. un processus collectif se met en place, entre sages-femmes travaillant dans des MSP-PSP, afin que des protocoles de coopération ou encore des protocoles dans le domaine de la périnatalité soient inscrits à l'ordre du jour dans les structures où elles travaillent, voire avant cela même, que des routines de coordination soient de mise.

Annexe 1 : Les 8 territoires de santé bretons



Source et réalisation : ARS de Bretagne, octobre 2010 – Fonds de cartes Arctique © tous droits réservés, disponible à l'adresse internet suivante : http://www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/Politique_regionale_de_sante/Territoires_de_sante/carte_TS-cantons_01.jpg.

Annexe 2 : Offre de soins de sages-femmes libérales – Février 2014



Sources : CNAMTS, DGOS, ARS de Bretagne, DOSA.

Réalisation : ARS de Bretagne pour l'Atlas de la santé en Bretagne, édition 2015, page 45.

Carte réalisée avec Cartes & Données – © Artique.

Annexe 3 : Liste des PSP et MSP avec sages-femmes - Situation au 22 juillet 2015

Commune principale	Nom de la structure	État de l'avancement du projet	Profession du représentant légal	Nom de l'association des professionnels de santé libéraux	Territoire de santé	Zonage	Département	Nombre de sages-femmes	ETP
Antrain	PSP/MSP d'Antrain	Projet de santé validé	Médecin généraliste	SISA PROSALICA	TS 5	Sans difficultés	Ille-et-Vilaine	1	0,60
Bain-de-Bretagne	PSP de Bain-de-Bretagne	Projet de santé validé	Médecin généraliste	SISA Pôle de santé de Bain-de-Bretagne	TS 5	À surveiller	Ille-et-Vilaine	2	2
Bréhan	Inter pôles Centre Bretagne	Projet de santé validé	Médecin généraliste	SISA PSP TY LANN	TS 8	Fragile	Morbihan	1	0,50
Châteaulaudren	PSP/MSP Châteaulaudren	Projet de santé validé	Médecin généraliste	SISA du LEFF	TS 7	Fragile	Côtes d'Armor	1	0,4
Inguiniel-Plouay	PSP/MSP de Plouay Inguiniel	Projet de santé validé	Infirmière	APSL CC Plouay « Scorrff Blavet Santé »	TS 3	Peu de difficultés	Morbihan	1	
Lamballe	PROCOMSANTE	Projet de santé en cours	Médecin généraliste	PROCOMSANTE	TS 7	Fragile	Côtes d'Armor	3	3
Lanmeur	MSP de Lanmeur	Projet de santé validé	Médecin généraliste	SISA Pôle de Santé universitaire du Coglais	TS 1	Peu de difficultés	Finistère	1	0,60
Le Coglais	PSP/MSP du Coglais	Projet de santé validé	Médecin généraliste	SISA Pôle de santé du Coglais	TS 5	Fragile	Ille-et-Vilaine	1	1
Le Faou	Maison de Santé de l'Aulme maritime	Projet de santé validé	Médecin généraliste	APSAM SISA	TS1	À surveiller	Finistère	1	0,30
Le Vieux Marché/ Plouaret	Pôle de santé Ti Yec'hed Ar Vro	Projet de santé validé	Médecin généraliste	SISA Ti Yec'hed Ar Vro	TS 7	Fragile	Côtes d'Armor	1	0,6
Louargat	MSP de Louargat	Projet de santé validé	Médecin généraliste	APSL de Louargat	TS 7	Prioritaire	Côtes d'Armor	1	1
Malestroit	MSP Malestroit	Projet de santé validé	Sage-femme	APSL du Pays de Malestroit	TS 4	Prioritaire	Morbihan	1	1
Meigven	MSP de Meigven	Projet de santé validé	Médecin généraliste	YECHEM MAD	TS 2	Peu de difficultés	Finistère	1	

.../...

Commune principale	Nom de la structure	État de l'avancement du projet	Profession du représentant légal	Nom de l'association des professionnels de santé libéraux	Territoire de santé (*)	Zonage	Département	Nombre de sages-femmes	ETP
Mellac	MSP de Mellac	Projet de santé en cours	Médecin généraliste	APSL de Mellac	TS 3		Finistère	1	
Montfort Communauté	PSP/MSP de Montfort communauté	Projet de santé validé	Chef Projet santé Pays de Brocéliande	APS du Territoire de Montfort communauté	TS 5	Fragile	Ille-et-Vilaine	2	
Pipriac	MSP Pipriac	Projet de santé validé	Masseur kinésithérapeute	Association des professionnels de santé de Pipriac	TS 5	Fragile	Ille-et-Vilaine	2	
Plancoët		Projet de santé en cours	Pharmacien		TS 6	Fragile	Côtes d'Armor	1	1
Plélan le Grand	PSP de Plélan le Grand	Projet de santé validé	Médecin généraliste	Association des professionnels de santé de Brocéliande	TS 5	À surveiller	Ille-et-Vilaine	1	
Pleumeur Gautier-Lézardrieux	PSP/MSP de Lézardrieux	Projet de santé validé	Médecin généraliste	SISA de la Presqu'île	TS 7	Fragile	Côtes d'Armor	1	0,20
Plouasne	PSP Plouasne	Projet de santé validé	Infirmière	APSL de Plouasne	TS 6	Fragile	Côtes d'Armor	1	
Questembert	PSP/MSP de Questembert	Projet de santé validé	Médecin généraliste	SISA ASTEQ	TS 4	Peu de difficultés	Morbihan	2	1,10
Saint-Méen-le-Grand	PPS de St Méen et de ses environs	Projet de santé validé	Masseur kinésithérapeute	SISA du Pays de St Méen	TS 5	À surveiller	Ille-et-Vilaine	1	1
Vern-sur-Seiche	PSP/MSP de Verne sur Seiche	Projet de santé validé	Médecin généraliste	SISA Pôle de Santé de Vern sur Seiche	TS 5	Sans difficultés	Ille-et-Vilaine	2	1,80

Source : FINESS, ARS de Bretagne – Traitement LABERS.

(*) Les codes et libellés des territoires de santé (TS) sont référencés dans la légende de la carte de l'Annexe 1 sur les 8 territoires de santé bretons en page 177.

2.

Entre la ville et l'hôpital : le Programme d'accompagnement de retour à domicile (PRADO)

Thomas JAN et Gwladys NABI

Caisse nationale de l'Assurance Maladie
des Travailleurs Salariés (CNAMTS)



1.

Les raisons de la mise en place du programme PRADO

1.1. Réponse à des objectifs de santé et économiques

De nombreux pays de l'OCDE cherchent à optimiser, voire réduire, la durée moyenne de séjour en établissement de santé tout en maintenant la qualité des soins et en améliorant la qualité de prise en charge des patients, notamment en répondant à leur attente d'être soignés à leur domicile.

En réponse à cet enjeu, des programmes destinés à améliorer la prise en charge des patients en sortie d'hospitalisation se sont développés. Leur origine repose sur « un constat commun : dans nos systèmes de santé souvent cloisonnés, l'organisation de cette transition est source de rupture dans la prise en charge ainsi que d'inefficience dans l'utilisation des ressources »¹. Les interventions mises en place se font selon différentes modalités, parmi lesquelles le recours à un coordonnateur (personnel soignant ou administratif) chargé de gérer en amont la sortie du patient et d'organiser le suivi médical et social après la phase d'hospitalisation. « Sous différentes formes, le Royaume-Uni, l'Allemagne, la Suède et les États-Unis ont déployé des initiatives dans ce sens.

L'idée du programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) est née de ce même constat en France. »²

Au fil du développement du programme, il est apparu qu'organiser cette transition et le suivi en ville après l'hospitalisation était de nature à répondre à plusieurs enjeux :

- accompagner et favoriser la réduction des durées de séjour à l'hôpital. En l'absence d'une organisation sécurisant la prise en charge en aval, les établissements peuvent être amenés à garder des patients plus qu'il ne l'est nécessaire au plan médical. D'où le développement du programme sur les sorties de maternité avec un suivi par des visites de sages-femmes à domicile ;
- éviter le recours à des solutions d'aval inutilement coûteuses : le raccourcissement des hospitalisations peut conduire à recourir, en sortie du court séjour, à des organisations d'aval dont la lourdeur ne se justifie pas toujours (services de soins de suite et de réadaptation – SSR – après certaines interventions chirurgicales, hospitalisation à domicile – HAD – pour le post-partum physiologique...). Pour permettre une optimisation de l'utilisation des ressources limitées, les structures les plus lourdes devraient être réservées aux patients qui en ont réellement besoin et la prise en charge en ville, si elle peut être organisée dans de bonnes conditions pour le patient, est une alternative plus efficace ;

¹ Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2016 (loi du 13 août 2004).

² Idem.

- réduire les ré-hospitalisations évitables est un objectif dans tous les systèmes de santé, et des initiatives récentes ont été prises dans certains d'entre eux pour inciter les acteurs du système de soins à agir en ce sens.

1.2. Virage ambulatoire

Le programme participe au « virage ambulatoire », selon l'expression consacrée, en recentrant l'hôpital sur son cœur de métier, c'est-à-dire les soins aigus nécessitant des plateaux techniques lourds, en accompagnant le raccourcissement des durées de séjours, compte tenu de l'évolution des techniques médicales qui sont moins invasives et en offrant, après la prise en charge hospitalière, les services au patient au plus près de son milieu de vie, selon ses souhaits.

Le virage ambulatoire se traduit au plan économique par des choix dans la répartition des ressources au sein de l'objectif national des dépenses d'Assurance Maladie (Ondam), l'évolution de l'enveloppe consacrée aux soins de ville ayant vocation à progresser plus rapidement que celle des dépenses hospitalières.

La nécessaire adaptation de notre système de soins connaît cependant des freins encore importants. Les professionnels de santé exercent encore, pour une bonne partie d'entre eux, de manière isolée et sans coordination organisée. Il leur est, de ce fait, difficile d'organiser des protocoles de suivi faisant intervenir plusieurs professionnels, de renforcer des éléments d'accompagnement du patient (information, éducation) qui font partie de la prise en charge, d'assurer de manière optimale la gestion du parcours de soins, notamment dans les transitions entre l'hospitalisation et la prise en charge en ville.

2.

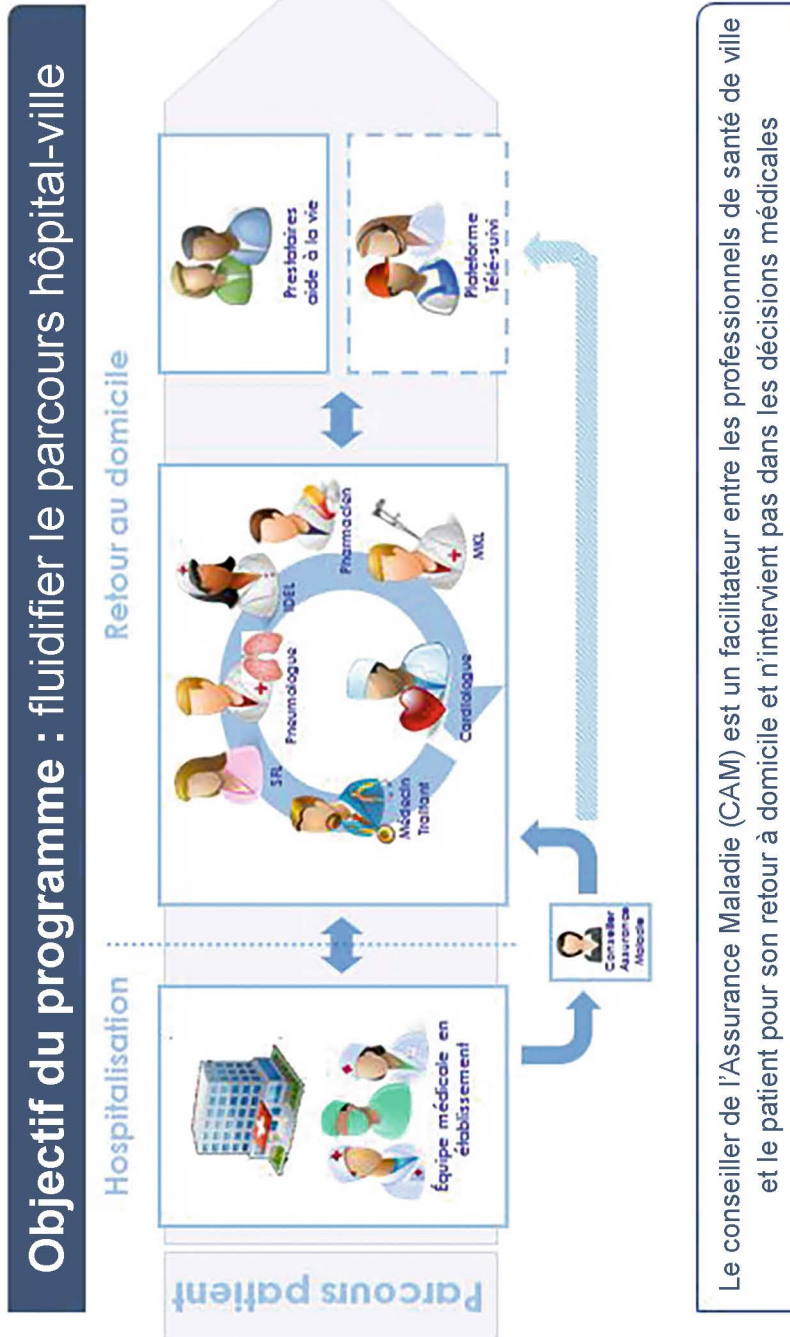
Fonctionnement du programme

Dès 2010, l'Assurance Maladie a souhaité proposer un service de facilitation de la coordination en sortie d'hospitalisation, avec le programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) des patients hospitalisés.

2.1. Tous volets

Le PRADO consiste à organiser la sortie du patient après une hospitalisation. Un conseiller de l'Assurance Maladie (CAM) rencontre le patient, déclaré éligible par l'équipe médicale hospitalière, pendant son hospitalisation. Il lui propose de le mettre en relation avec les professionnels de santé libéraux de son choix, qui le prendront en charge à son retour à domicile dès que l'hospitalisation n'est plus jugée nécessaire par l'équipe soignante. Il peut selon les cas, le mettre en relation avec des prestataires d'aides à la vie.

SCHÉMA 1
Le PRADO



Objectif du programme : fluidifier le parcours hôpital-ville

Le conseiller de l'Assurance Maladie (CAM) est un facilitateur entre les professionnels de santé de ville et le patient pour son retour à domicile et n'intervient pas dans les décisions médicales

2.2. Maternité

2.2.1. En quoi consiste le PRADO maternité

En maternité, le PRADO consiste à organiser la sortie de maternité pour les mères et nouveau-nés qualifiés à bas risque par la HAS.

En pratique, un conseiller de l'Assurance Maladie rencontre la jeune mère, déclarée éligible par l'équipe médicale hospitalière, pendant son séjour à la maternité. Il lui propose de la mettre en relation avec la sage-femme de son choix, qui la prendra en charge à son retour à domicile ainsi que son nouveau-né dès que l'hospitalisation n'est plus jugée nécessaire par l'équipe soignante. À cette occasion, il sera également proposé une aide pour que son nouveau-né soit affilié rapidement auprès de sa caisse d'Assurance Maladie, le double rattachement du nouveau-né et une aide administrative personnalisée adaptée à sa situation (ex : déclaration d'un médecin traitant si la mère n'en n'a pas déjà déclaré un ou remise d'informations sur une aide à la complémentaire santé si elle peut en bénéficier).

2.2.2. Évolution du champ de prise en charge pour la maternité des accouchements par voie basse sans complication aux sorties précoces

En 2010, le programme est expérimenté dans trois départements uniquement pour la prise en charge des mères et des nouveau-nés à bas risque après un accouchement par voie basse « sans complication » pour les patientes du Régime Général.

En 2013, il a été généralisé pour ce champ à l'ensemble des départements pour les patientes de tous les régimes.

En 2014, suite à la publication de la recommandation de bonnes pratiques sur les sorties de maternité de la HAS³, il a été élargi aux accouchements par césarienne dans le cadre des sorties standards.

Une sortie est définie comme une sortie standard, d'après la HAS :

- si elle a lieu dans les soixante-douze à quatre-vingt-seize heures après un accouchement par voie basse ;
- si elle a lieu dans les quatre-vingt-seize à cent-vingt-heures après un accouchement par césarienne.

En 2015, suite à la signature d'un protocole d'expérimentation entre les deux syndicats représentatifs des sages-femmes libérales et la CNAMTS, une expérimentation a été lancée dans vingt-et-un départements dans des maternités volontaires sur le champ des sorties précoces.

Une sortie est définie comme une sortie précoce, d'après la HAS :

- si elle a lieu dans les soixante-douze premières heures après un accouchement par voie basse ;
- si elle a lieu dans les quatre-vingt-seize premières heures après un accouchement par césarienne.

³ Recommandation de bonnes pratiques de la HAS « sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés » de mars 2014.

3.

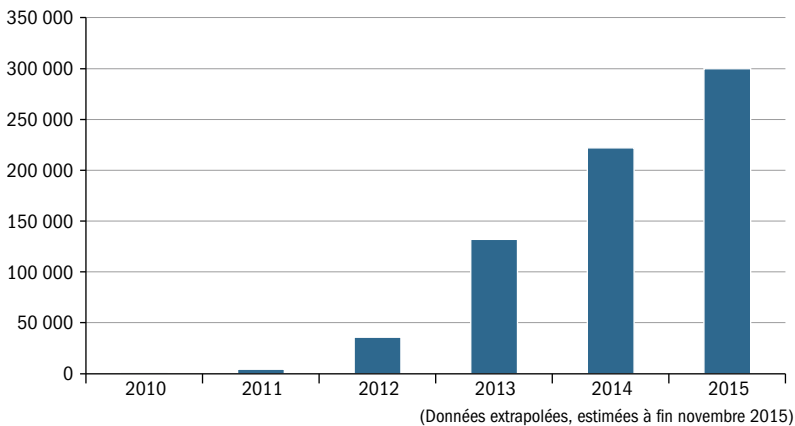
Données sur le programme

3.1. Évolution des adhésions au PRADO maternité

Lors de l'expérimentation en 2010, environ 750 femmes ont bénéficié du programme PRADO maternité dans trois départements fin 2015 : dans tous les départements au moins une maternité propose le service PRADO pour lequel près de 320 000 adhésions ont bénéficié du programme en 2015.

FIGURE 1

Nombre de femmes adhérentes au PRADO maternité

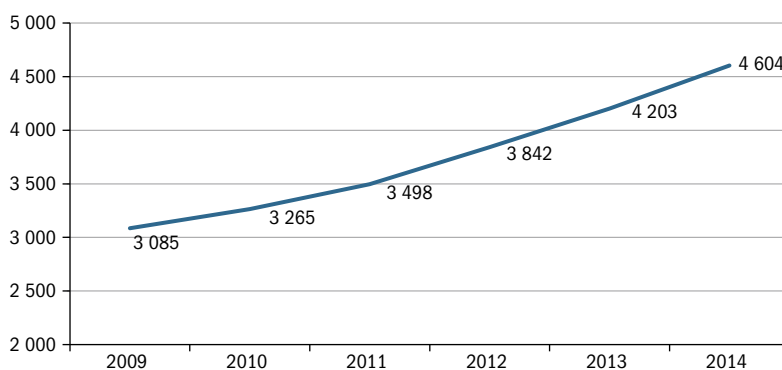


Source : Outil multi-volets PRADO.

À fin 2015, le service est proposé dans 448 établissements. Une réflexion est engagée pour comprendre pourquoi le service n'est pas déployé dans certains établissements (un autre service existe, l'établissement est très éloigné d'une caisse d'Assurance Maladie) et voir si des leviers peuvent et doivent être trouvés pour le proposer.

3.2. Évolution de la répartition des sages-femmes libérales sur le territoire

Le PRADO maternité s'appuie sur les sages-femmes libérales. Le graphique suivant présente l'évolution du nombre de sages-femmes libérales entre 2009 et 2014 (dernière donnée disponible).

FIGURE 2**Total des sages-femmes libérales**

Source : SNIR France entière, sages-femmes libérales ayant au moins un euro d'honoraires.

La démographie des sages-femmes libérales a fortement augmenté ces dernières années mais avec de fortes disparités territoriales. Il y avait 1 801 sages-femmes libérales installées en France en 2001. En 2014, elles sont 2 fois et demi plus.

En 2009, d'après les données du SNIR, dans trois départements (Haute-Corse, Creuse et Meuse), seulement une sage-femme libérale était installée.

En 2014, le département avec le moins de sages-femmes libérales installées est la Creuse, où elles sont au nombre de trois.

Cette évolution du nombre de sages-femmes libérales peut s'expliquer par plusieurs facteurs :

- tout d'abord par l'élargissement des compétences de la sage-femme prévue par la loi HPST, du 21 juillet 2009. Cette loi permet à la sage-femme de suivre des patientes sur le point de vue gynécologique et contraceptif ;
- les aides financières incitatives aux installations dans des zones déficitaires en sages-femmes ;
- la généralisation du service PRADO qui a permis une augmentation de l'activité des SFL en post partum immédiat après l'accouchement. Ce service ayant rendu plus visible des soins auxquels les femmes peuvent recourir mais auxquels elles avaient peu accès avant sa mise en place (cf. évaluation en point 4). À titre d'illustration, est constatée une hausse de 46 % du nombre d'actes en SF16 (forfait journalier de surveillance à domicile et échographie⁴) entre 2012 et 2013. Une hausse de 30,6 % est observée entre 2013 et 2014 du nombre d'actes en SF16 et SF16,5 (compte tenu de la revalorisation du forfait journalier de surveillance à domicile, pour la mère et l'enfant au 1^{er} juillet 2014⁵).

⁴ Données : SNIIRAM EXE, France entière, tous régimes en date de remboursement et SNIIRAM BEN pour la patientèle SF16 était la cotation de l'échographie du 1^{er} trimestre jusqu'à l'entrée en vigueur du KE en septembre 2012.

⁵ Décision UNCAM du 18 avril 2014 parue au JO du 24 juin 2014.

4.

Évaluation

L'Assurance Maladie a mené une évaluation détaillée afin de mesurer l'impact du programme en 2014 en matière de parcours et de recours aux soins. Les résultats présentés ci-après concernent uniquement les femmes ayant accouché par voie basse. Ces femmes ont été divisées en plusieurs groupes.

TABLEAU 1

Effectifs des femmes concernées par l'évaluation

	Groupe PRADO	Groupe témoin dit des femmes éligibles
Données relatives aux durées de séjour	166 600	338 624
Données à la consommation de soins	149 705	290 807

Selon les données de l'Assurance Maladie, la durée de séjour des femmes bénéficiant du programme d'accompagnement du retour à domicile apparaît légèrement plus courte que celle des autres femmes éligibles observées : 3,97 jours versus 4,08 jours. Le service de l'Assurance Maladie accompagne la tendance à la baisse de la durée de séjour en maternité, en apportant une prise en charge de qualité à domicile pour des soins n'ayant pas vocation à être réalisés à la maternité.

Pour ce qui est des soins à domicile, on observe que le programme a permis de mettre en œuvre concrètement la recommandation de bonnes pratiques de la HAS, qui prévoit pour les sorties standards deux visites de sages-femmes, dont une idéalement dans les deux jours. Pour le groupe concernant les données relatives aux consommations de soins le nombre de visites de SFL est de 1,80 contre 0,55 dans le groupe témoin. Et le délai moyen de prise en charge par une sage-femme est de 1,8 jour contre 2,6 jours pour le groupe témoin.

Les bénéficiaires du service sont également plus nombreuses à réaliser la rééducation post-natale recommandée avec un masseur-kinésithérapeute ou une sage-femme libérale (60,75 % contre 50,56 % pour le groupe témoin).

Enfin parallèlement, le suivi de la jeune mère et de son enfant par les autres professionnels de santé est aussi plus fréquent dans le cadre de l'adhésion au programme. 35,7 % des femmes ayant bénéficié du service ont recours à un gynécologue contre 31,94 % pour le groupe témoin. 81,80 % des nouveaux dont la mère a adhéré au service PRADO ont été vus par le pédiatre ou le médecin traitant, contre 77,42 % pour le groupe témoin.

Conclusion

Le service PRADO maternité s'inscrit comme une étape dans la prise en charge de la santé de la femme, prise en charge qui peut aujourd'hui être en grande partie réalisée par les sages-femmes (ex : rééducation et suivi gynécologique et contraception depuis l'élargissement de compétences en 2009).

3.

Les maisons de naissance

Offrir une alternative à la prise en charge des grossesses et des accouchements par les sages-femmes

Marianne BENOIT TRUONG CANH
Vice-Présidente

Jean-Marc DELAHAYE
Chargé des relations institutionnelles et des affaires européennes

Conseil national de l'Ordre des sages-femmes (CNOSF)



ORDRE DES SAGES-FEMMES

Conseil National

Introduction

Depuis quelques années, la concentration des naissances dans des maternités à forte activité et la plus grande médicalisation de l'accouchement ont conduit des femmes à **demander la possibilité d'accoucher dans des structures moins médicalisées**.

Face à ce constat, les professionnels de santé et les usagers ont souhaité mobiliser les pouvoirs publics afin de diversifier l'offre de soins en obstétrique et créer de nouvelles structures prenant en charge des femmes enceintes à faible niveau de risque de grossesse et d'accouchement.

La loi du 6 décembre 2013 autorise **l'expérimentation des maisons de naissance** et précise dans son article 1^{er} qu'« à titre expérimental, et pour une durée de deux ans après la promulgation de la présente loi, le Gouvernement peut autoriser la création de structures dénommées "maisons de naissance" ».

Après des années d'attente, la France voit enfin se concrétiser ce mode de prise en charge, répondant à la demande de nombreux couples.

Le ministère des Affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et le ministère des Finances et des comptes publics ont retenu neuf projets de maisons de naissance qui pourront fonctionner à titre expérimental.

L'arrêté du 23 novembre 2015 fixe la liste des maisons de naissance autorisées à fonctionner dans ce cadre.

Au sein de ces structures, les femmes enceintes à bas risque pour leur grossesse et leur accouchement auront ainsi la possibilité de bénéficier d'un accompagnement global, qui associe une femme et une ou plusieurs sages-femmes.

Ces structures ont vocation à diversifier l'offre de soins périnatale et répondront ainsi à la demande des femmes souhaitant une alternative à la prise en charge des grossesses et des accouchements actuellement proposée en France.

Lors des débats parlementaires, le Gouvernement avait réalisé une projection de **5 % des naissances** qui pourraient être réalisées en maisons de naissance.

L'Ordre des sages-femmes est engagé depuis plusieurs années en faveur de la mise en place et de l'ouverture des maisons de naissance, qui doivent répondre à **plusieurs objectifs majeurs** :

- diversifier l'offre de soins périnatale ;
- répondre à la demande des femmes souhaitant une alternative à la prise en charge des grossesses et des accouchements actuellement proposée en France ;
- ouvrir la voie à une véritable consécration de l'autonomie des sages-femmes.

1.

Définition et contexte

1.1. Qu'est-ce qu'une maison de naissance ?

Les maisons de naissance sont des structures tenues par **des sages-femmes** qui réalisent l'accouchement des femmes enceintes dont elles ont assuré le suivi de la grossesse, dans les conditions prévues aux articles L. 4151-1 et L. 4151-3 du Code de la santé publique.

L'article 1^{er} de la loi du 6 décembre 2013 dispose : « *La maison de naissance doit être contiguë à une structure autorisée de l'activité de gynécologie-obstétrique avec laquelle elle passe obligatoirement une convention et avec laquelle un accès direct est aménagé, permettant, notamment, un transfert rapide des parturientes en cas de complication. L'activité de la maison de naissance est comptabilisée avec celle de cette structure* ».

Les maisons de naissance sont des structures de prise en charge de grossesses et d'accouchements **sans risques spécifiques**. Un transfert vers un plateau technique traditionnel contigu doit donc être possible à tout moment.

Les maisons de naissance constituent un lieu d'accueil des femmes enceintes et de leur famille dans la mesure où la grossesse, l'accouchement et le post-partum restent dans le cadre de la physiologie. Les sages-femmes en assurent la responsabilité médicale, en toute autonomie et conformément à leurs compétences légales. À la différence d'une maternité, la maison de naissance repose sur un suivi personnalisé de la patiente : **l'accompagnement global**.

Ce concept associe une femme à une ou plusieurs sages-femmes au cours de la grossesse, de l'accouchement et du suivi postnatal de la mère et de l'enfant.

Les femmes pouvant y être admises sont au préalable **sélectionnées** et ne doivent présenter **aucune pathologie et aucun risque avéré**.

Les maisons de naissance sont en **lien direct avec le service d'obstétrique** d'un établissement de santé afin de favoriser une collaboration efficace, notamment en cas de transfert.

Par ailleurs, elles offrent une alternative permettant de respecter le choix des femmes qui souhaitent accoucher dans un environnement moins standardisé.

Ces structures sont prévues pour accueillir un nombre raisonnable de naissances par année, afin de préserver un caractère intime, familial et convivial.

Les maisons de naissance **ne sont pas assimilées à des établissements de santé** et n'offrent pas de capacité de séjour : le retour à domicile après l'accouchement est anticipé et organisé afin de favoriser l'accompagnement en *post-partum* dans le cadre d'une sortie très précoce (inférieur à 24 heures après la naissance) et d'un suivi à domicile.

1.2. Une technicisation et un interventionnisme excessifs

Depuis les années 1980, différents textes et plans de périnatalité visant à améliorer les résultats périnataux de la France ont été mis en œuvre, aboutissant à une restructuration importante des maternités et à leur classification en trois niveaux. Les petites maternités ont été fermées ou se sont regroupées. Ainsi, en trente ans, le nombre de maternités a été diminué de presque deux tiers et le nombre de lits a été divisé par deux.

Ces mesures ont souvent été présentées comme les principaux facteurs ayant contribué à la diminution de la mortalité maternelle et infantile, une amélioration qui s'explique également par les progrès réalisés dans la prise en charge de la grossesse sur cette même période.

Dans le même temps, dans certaines maternités, la technicisation a pris le pas sur l'accompagnement humain et la prise en charge des femmes s'est uniformisée, qu'elles soient « à haut-risque » ou « à bas-risque ». Ainsi, on a pu assister à une systématisation de protocoles et à une hyper médicalisation de la naissance qui peuvent comporter des effets iatrogènes sur la santé, c'est-à-dire induire des pathologies.

Cette technicisation a montré ses limites : tandis que les indicateurs périnataux de la France sont préoccupants, la dernière enquête périnatale menée en 2010 pose la question de la surconsommation médicale, « *sans bénéfice évident pour la santé des mères et de leurs enfants* ».

2.

État des lieux

2.1. Une émergence lente et progressive en France

Depuis l'annonce de Bernard Kouchner en 1998 jusqu'à la publication de l'arrêté du 23 novembre 2015, **plus de quinze années** se seront écoulées avant que les maisons de naissance ne puissent voir le jour et soient autorisées à fonctionner de manière expérimentale pour une durée de cinq ans.

1998 : Bernard Kouchner, Secrétaire d'État chargé de la Santé, annonce sa volonté de voir ouvrir des maisons de naissance.

2003 : Jean-François Mattéi, Ministre de la Santé, des familles et des personnes handicapées, mandate la « mission Périnatalité » afin de faire des propositions susceptibles de répondre aux problématiques de la périnatalité. La mission préconise l'évaluation de la mise en place des maisons de naissance.

2004 : Le plan Périnatalité 2005-2007 recommande l'expérimentation de maisons de naissance attenantes à des plateaux techniques.

2005 : Un groupe de travail est constitué à la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) afin de définir un cahier des charges pour l'expérimentation des maisons de naissance, mais ne parviendra pas à un accord. Cette expérimentation n'a pu se faire, faute d'un décret qui devait en définir les conditions avant le 25 avril 2010.

2010 : Dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, un article prévoyant l'expérimentation des maisons de naissance est adopté par le Parlement, puis censuré par le Conseil constitutionnel.

24 mai 2011 : Muguette Dini, sénatrice du Rhône, dépose une proposition de loi visant à expérimenter les maisons de naissance. Cécile Dumoulin et Anny Poursinoff, députées des Yvelines, en font de même à l'Assemblée nationale.

Septembre 2011 : Dans son rapport annuel d'évaluation des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour des comptes recommande l'expérimentation des maisons de naissance.

2012 : Le Collège national des gynécologues et des obstétriciens français (CNGOF) se positionne en faveur de l'expérimentation des maisons de naissance.

7 décembre 2013 : Entrée en vigueur de la loi du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance.

24 septembre 2014 : Publication du cahier des charges de la Haute autorité de santé (HAS).

1^{er} août 2015 : Publication du décret du 30 juillet 2015 relatif aux conditions de l'expérimentation des maisons de naissance.

26 novembre 2015 : Publication de l'arrêté du 23 novembre 2015 fixant la liste des maisons de naissance autorisées à fonctionner de manière expérimentale.

2.2. Expériences étrangères

Depuis les années 1970, suite au constat de la surmédicalisation de l'accouchement, les structures type « maisons de naissance » se sont développées à l'étranger.

Les États-Unis ont vu leurs « *free-standing birthing centers* » émerger dès 1975 ; on en compte désormais plus d'une centaine.

En Europe, c'est à Berlin qu'a été ouvert le premier « centre de naissance librement choisi » en 1987. Ce pays compte désormais plus de 150 maisons de naissance et, au vu des bénéfices apportés par ces structures, les frais y sont entièrement pris en charge depuis 1995.

Les maisons de naissance existent dans de nombreux autres pays européens (Pays-Bas, Suisse, Royaume-Uni, Belgique, Suède, Italie, Espagne, Autriche), mais également au Québec ou encore en Australie.

Selon le rapport de la Cour des comptes sur le rôle des sages-femmes dans le système de soins, dans les pays où elles existent, les maisons de naissance sont gérées de façon autonome par des sages-femmes en liaison et à proximité du plateau technique d'une maternité, de façon à concilier sécurité et approche plus physiologique de la naissance.

Le nombre d'accouchements est limité (350 au plus par an), les femmes restent le plus souvent 24 heures au maximum après l'accouchement et sont ensuite suivies à domicile. Aucun accouchement n'est déclenché et **il n'est pas possible de bénéficier d'une péridurale.**

Les organisations et les modes de fonctionnement dans les pays étrangers sont divers : les maisons de naissance peuvent être autonomes (Belgique, Canada) ou intra-hospitalières (Angleterre, Suède).

Les médecins généralistes et spécialistes (gynécologues-obstétriciens, anesthésistes) peuvent ou non y pénétrer selon les pays. Mais quel que soit le pays, la philosophie de la prise en charge est la même : **un environnement moins technique et une prise en charge par la même équipe de sages-femmes, qui exercent un rôle central tout au long de la grossesse et lors de l'accouchement.**

3.

Les enjeux des maisons de naissance

3.1. Une restructuration de l'offre de soins en obstétrique et une concentration des naissances dans des maternités à forte activité

Selon l'enquête nationale périnatale 2010, il existe 526 maternités en France métropolitaine.

Elles sont réparties de la façon suivante selon le niveau de soins du nouveau-né :

- **49 %** d'entre elles disposent d'une unité d'obstétrique uniquement (type I) ;
- **39 %** disposent d'une unité d'obstétrique et d'une unité de néonatalogie (type II) :
 - 23 % sans soins intensifs (type IIA) ;
 - 16 % avec soins intensifs (type IIB) ;
- **12 %** disposent d'une unité d'obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale (type III).

Les accouchements ont lieu plus souvent dans des maternités pratiquant plus de 2 000 accouchements par an (de 35,8 % en 2003 à 48,0 % en 2010).

3.2. Les maisons de naissance : un enjeu de santé publique pour les femmes et leurs enfants

L'objectif des maisons de naissance est de proposer aux femmes enceintes une prise en charge globale de leur grossesse (suivi, accouchement, suites de couches) dans le respect de la physiologie, et repose sur le **principe « une femme/une sage-femme ».**

L'enjeu de santé publique est de permettre l'expérimentation des maisons de naissance dans un cadre remplissant des critères de qualité et de sécurité des soins pour la mère et l'enfant.

L'enjeu pour les femmes est de se voir proposer une offre de soins diversifiée pour l'accouchement et, pour celles qui le souhaitent, de bénéficier de structures moins médicalisées.

L'enjeu pour l'enfant est d'avoir une prise en charge assurant une qualité et une sécurité des soins.

Cette démarche s'effectue dans le **respect des droits des patients**.

3.3. Une prise en charge et un accompagnement croissants de la grossesse et de l'accouchement par les sages-femmes

Offrir aux femmes qui le souhaitent une prise en charge de leur grossesse et de leur accouchement par des sages-femmes, sans surmédicalisation systématique, dans un cadre associant sécurité et accompagnement global, est une demande de nombreux couples.

En effet, selon l'enquête périnatale de 2010, la prise en charge des femmes enceintes par les sages-femmes augmente aux différentes étapes de la grossesse.

Surveillance de la grossesse

Par rapport à 2003, l'enquête périnatale de 2010 indique que le pourcentage de femmes qui ont consulté une sage-femme en maternité est passé de 26,6 % à 39,4 %, et une sage-femme hors maternité (libérale ou de PMI) de 5,0 % à 19,8 %.

Accouchement

Selon l'enquête périnatale 2010, les accouchements ont été réalisés dans plus de la moitié des cas par une sage-femme, et ceci est en très nette augmentation de 47,5 % à 55,8 % par rapport à 2003.

En cas d'accouchement par voie basse non opératoire, le pourcentage d'accouchements par une sage-femme est passé de 69,1 % à 79,7 %.

Zoom sur une structure du modèle « maison de naissance » : le CALM des Bluets

Le CALM (Comme A La Maison) est l'association pour la maison de naissance des Bluets, maternité située dans le 12^e arrondissement de Paris. Imaginée dès 2000, cette structure, adjacente à la maternité, est gérée par des sages-femmes libérales. Elle a accueilli son premier bébé en septembre 2008 et son succès n'est aujourd'hui plus à prouver puisque les sages-femmes qui y exercent estiment ne pouvoir satisfaire qu'un tiers des demandes.

« Porte-drapeau » des porteurs de projets de maisons de naissance, le CALM a permis jusqu'à présent aux sages-femmes d'assurer le suivi de grossesse, la préparation à la naissance et l'accouchement de plus de 430 femmes

enceintes, en partenariat avec la maternité des Bluets, au sein de laquelle se situent ses locaux, dans des conditions proches de celles des maisons de naissance, et en offrant toutes les garanties de sécurité inhérentes à la prise en charge des femmes et de leurs enfants.

Le CALM fait partie des neuf structures retenues pour participer à l'expérimentation des maisons de naissance.

4.

Mise en œuvre de l'expérimentation

4.1. L'encadrement des pratiques et de la prise en charge des femmes et des nouveau-nés : le cahier des charges de la Haute autorité de santé (HAS)

Suite à l'entrée en vigueur de la loi du 6 décembre 2013 autorisant pendant deux ans la création à titre expérimental de maisons de naissance, la Haute autorité de santé (HAS) s'est vue confier **l'élaboration d'un cahier des charges**, auquel doivent répondre les maisons de naissance.

Publié le 24 septembre 2014, ce cahier des charges doit permettre l'expérimentation des maisons de naissance dans un cadre défini **respectant des critères de qualité et de sécurité des soins pour la mère et l'enfant**. Il permet ainsi de définir les conditions de sécurité et de qualité des soins qui seront évaluées à l'issue de l'expérimentation.

Le cahier des charges établit en outre les critères d'éligibilité des femmes suivies et les modalités d'organisation (juridiques, matérielles, information), de fonctionnement et de prise en charge des mères et des nouveau-nés.

- Les critères d'éligibilité des femmes : l'accouchement par une sage-femme dans une maison de naissance est réservé aux femmes à bas risque obstétrical et fœtal pour la grossesse et au moment de l'accouchement ;
- Les modalités d'organisation :
 - la loi prévoit que ces structures soient associées par convention à un établissement de santé autorisé à l'activité de gynécologie-obstétrique ;
 - la maison de naissance doit être contiguë à l'établissement ;
 - un accès direct est aménagé afin de transférer rapidement la mère et/ou l'enfant en cas de complications ;
 - le cahier des charges prévoit une information claire de la femme sur l'aspect expérimental de ces structures.
- Les modalités de fonctionnement : la HAS définit le contenu du règlement intérieur, la convention avec l'établissement partenaire, le recueil d'activité, l'analyse des pratiques et le recueil d'événements indésirables associés aux soins,

- Les modalités d'évaluation de l'expérimentation : les maisons de naissance devront remettre un suivi de leur activité avec un rapport annuel transmis à l'Agence régionale de santé (ARS) et à la Direction générale de l'offre de soins (DGOS).

Après deux ans de fonctionnement, les ARS réaliseront une évaluation de chaque expérimentation selon les critères définis par la HAS.

À terme, il appartiendra alors aux décideurs publics de généraliser ces structures sur l'ensemble du territoire.

4.2. Le décret du 30 juillet 2015 relatif aux conditions de l'expérimentation des maisons de naissance

Le **décret n° 2015-937 du 30 juillet 2015** fixe les conditions de l'expérimentation des maisons de naissance, et notamment :

- les conditions d'établissement de la liste des maisons de naissance autorisées à fonctionner,
- les conditions de prise en charge par l'Assurance Maladie de la rémunération des professionnels,
- les conditions spécifiques de fonctionnement des maisons de naissance.

4.2.1. Les règles de fonctionnement des maisons de naissance

Selon le décret du 30 juillet 2015 relatif aux conditions de l'expérimentation des maisons de naissance, l'autorisation d'ouverture d'une telle structure ne peut être accordée à titre expérimental qu'à une personne morale au sein de laquelle exercent des sages-femmes auxquelles est confiée la direction médicale.

À cet égard ce décret précise, que la « *maison de naissance dispose d'un accès direct avec la structure de gynécologie-obstétrique de l'établissement de santé partenaire permettant d'assurer dans des conditions compatibles avec l'urgence le transport non motorisé et allongé des parturientes et des nouveau-nés, sans voie publique à traverser* ».

La maison de naissance doit en outre être membre du même réseau de santé en périnatalité que celui de cet établissement.

La convention conclue avec l'établissement doit préciser, notamment, les modalités de transfert des femmes et des nouveau-nés à tout moment de la grossesse, au cours de l'accouchement et du post-partum, ainsi que les modalités d'approvisionnement de la maison de naissance en médicaments par la pharmacie à usage intérieur de l'établissement de santé.

4.2.2. Les sages-femmes exerçant dans les maisons de naissance

L'article 1^{er} du décret du 30 juillet 2015 prévoit que les sages-femmes exerçant dans les maisons de naissance assurent, notamment :

- la surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement ;
- la préparation à la naissance et à la parentalité définie par les recommandations de la HAS ;
- l'accouchement et les soins postnataux concernant la mère et l'enfant.

Les maisons de naissance n'assurent, ni l'hébergement des parturientes et de leurs nouveau-nés, ni la prise en charge des urgences obstétricales.

L'effectif de sages-femmes de la maison de naissance est suffisant pour garantir la qualité et la sécurité de l'accueil et de la prise en charge des femmes enceintes inscrites. Une sage-femme est en mesure de pouvoir intervenir à tout moment, tous les jours de l'année, dans un délai compatible avec l'impératif de sécurité.

Lors des accouchements, l'organisation de la maison de naissance doit garantir la présence dans les locaux d'une seconde sage-femme. Celle-ci a pour mission d'assister la sage-femme réalisant l'accouchement, notamment lorsqu'une situation d'urgence survient et que le transfert de la parturiente ou de son enfant doit être organisé.

Les actes effectués par les sages-femmes sont rémunérés et pris en charge par l'Assurance Maladie-Maternité dans les conditions définies par la nomenclature ou la Classification commune des actes médicaux (CCAM).

4.2.3. Les conditions d'admission et de prise en charge des patientes et des nouveau-nés au sein des maisons de naissance

Peuvent accoucher en maison de naissance les femmes enceintes, inscrites et suivies pour leur grossesse dans ce cadre, et répondant aux critères d'éligibilité définis par le cahier des charges de la HAS. Celui-ci précise que « *les femmes suivies en maisons de naissance sont des femmes à bas risque pour la grossesse et l'accouchement qui souhaitent accoucher dans ce type de structure* ».

Une grossesse à bas risque est une grossesse qui ne présente pas de situations à risques *a priori* telles que définies dans la recommandation de bonne pratique de la HAS publiée en septembre 2007 et intitulée « *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées* ».

La maison de naissance organise, éventuellement en lien avec l'établissement de santé partenaire, des actions de dépistage néonatal, dans le respect des recommandations professionnelles en vigueur. Elle informe et oriente notamment la parturiente sur le dépistage précoce de la surdité permanente néonatale.

4.3. Neuf maisons de naissance autorisées à ouvrir leurs portes

Publié au *Journal officiel* le 26 novembre 2015, l'**arrêté du 23 novembre 2015** fixe la liste des maisons de naissance autorisées à fonctionner de manière expérimentale.

Le ministère des Affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et le ministère des Finances et des comptes publics ont ainsi **retenu neuf projets de maisons de naissance** qui pourront fonctionner à titre expérimental.

Après des années d'attente, la France voit enfin se concrétiser ce mode de prise en charge, répondant à la demande de nombreux couples.

Les neuf projets retenus :

- Société civile de moyens le CALM « Comme à la maison » – Maison de naissance, à Paris
- Association « Un Nid pour naître », à Nancy (Meurthe-et-Moselle)
- Association « Joie de naître », à Saint-Paul (La Réunion)
- Association « Premières Heures au monde », à Bourgoin-Jallieu (Isère)

Ces quatre maisons de naissance ont été inaugurées et ont ouvert leurs portes au cours du premier semestre 2016.

- Association « Premier Cri », à Vitry-sur-Seine (Val de Marne)
- Association « Maison de naissance DOUMAIA », à Castres (Tarn)
- Association « La Maison », à Grenoble (Isère)
- Association « Le Temps de naître », à Baie-Mahault (Guadeloupe)
- Association MANALA, Maison de naissance Alsace, à Sélestat (Bas-Rhin)

4.4. Les maisons de naissance : perspectives d'évolution

Les autorisations accordées aux maisons de naissance participant à l'expérimentation porteront sur une durée maximale de **cinq ans**. En revanche, aucune autre maison de naissance ne pourra ouvrir ses portes durant cette période.

Une évaluation de l'expérimentation sera réalisée par l'ARS compétente après deux années de fonctionnement de chaque maison de naissance.

Un an avant le terme de la période durant laquelle l'expérimentation est autorisée, le Gouvernement adressera au Parlement une évaluation de l'expérimentation.

Il faudra donc attendre l'évaluation pour espérer voir ce mode de prise en charge se généraliser dans toute la France.

Annexe : Les niveaux de maternité

L'organisation de l'offre de soins en obstétrique est structurée autour de trois niveaux de maternité définis de façon consensuelle et centrés sur le risque de l'enfant :

Maternités de niveau I

Possibilité d'accouchement dits à bas risque au cours du 9^e mois de grossesse, 24 heures/24 ; ainsi que les consultations de surveillance de grossesse et la prise en charge des urgences obstétricales (fausses couches, grossesses extra-utérines, césariennes, hémorragies de la délivrance). Elles disposent d'au moins une sage-femme présente 24 heures/24 et d'un obstétricien (et d'un chirurgien si l'obstétricien n'est pas titulaire de la compétence chirurgicale), d'un anesthésiste réanimateur et d'un pédiatre présents ou rapidement joignables (liste d'astreinte).

Maternités de niveau II

Elles disposent en plus d'un service de néonatalogie permettant la prise en charge des enfants nés prématurément pendant le 8^e mois de grossesse (32-36 SA), pesant entre 1 500 et 2 500 g, et/ou nécessitant des soins spécifiques. Au sein de l'établissement, existe de plus un service de soins intensifs en néonatalogie (niveau II b) et certains établissements disposent d'un service de réanimation adulte, leur permettant de prendre en charge les grossesses à risques maternels.

Maternités de niveau III

Elles disposent en plus d'un service de réanimation néonatale permettant la prise en charge des enfants nés très prématurément (pendant le 6^e ou le 7^e mois de grossesse) ou présentant des maladies ou des malformations graves. Ils disposent de plus d'un service d'hospitalisation des grossesses à risque maternel et/ou fœtal, de services de réanimation adulte, de soins intensifs et de radiologie interventionnelle permettant la prise en charge des grossesses à haut risque maternel.

Conclusion générale

Cet ouvrage ouvre le débat et démontre la nécessité de mieux comprendre les mutations en cours en engageant notamment d'autres travaux de réflexion et de recherche autour de la profession de sage-femme.

En effet, il s'agit aujourd'hui de préciser les modalités de prise en charge permettant d'intégrer de manière efficiente la profession de sage-femme au sein des territoires de santé et dans les établissements de santé.

L'une des clés réside dans le décloisonnement des pratiques et l'intensification des coopérations entre les sages-femmes de ville et les établissements de santé.

Le développement des maternités ou encore des services de gynécologie ouverts sur les soins de ville, le développement des suivis de grossesse à bas risque en milieu libéral, la mise en œuvre du PRADO, la mise à disposition de plateaux techniques au bénéfice des praticiennes libérales... en constituent des illustrations concrètes.

Parmi les travaux présentés dans ce volume, certains proposent que soient mises en place de nouvelles modalités de coopération entre sages-femmes libérales et établissements de santé de nature à :

- permettre une prise en charge optimisée, avec des délais d'attente réduits et des orientations et relais efficients tant s'agissant des patientes à bas risque que des patientes à haut risque ;
- assurer aux établissements de santé la faculté de recentrer leurs activités sur la prise en charge de patientes nécessitant la mise en œuvre de techniques et de moyens humains spécifiques ;
- donner une véritable valeur ajoutée à l'exercice libéral permettant ainsi aux sages-femmes d'exercer leur cœur de métier : la physiologie ;
- optimiser le coût financier pour les organismes d'Assurance Maladie, en s'assurant que les femmes soient prises en charge au bon moment, au bon endroit.

L'exercice en milieu libéral ne saurait, en effet, échapper à une profonde mutation quant à son organisation avec l'ensemble des acteurs de notre système de santé. L'annonce d'un virage ambulatoire doit également se concrétiser et se décliner en périnatalité. À ce jour, nous n'en sommes qu'aux balbutiements et la révision prochaine des programmes régionaux de santé doit permettre cette évolution.

Il existe actuellement des maternités en France qui ont anticipé depuis plusieurs années, « le virage ambulatoire » souhaité par nos instances. Ces établissements pionniers ont recentré leur activité sur le haut risque et externaliser le bas risque aux professionnels de santé de ville. La coopération fonctionne. La continuité des soins est assurée, la prise en charge des patientes optimisée.

Ces maternités n'ont pas attendu d'une part, la mise en place du PRADO pour mettre les femmes en contact avec des sages-femmes dès l'anténatal, et d'autre part attendu les expérimentations pour mettre en place des sorties précoces

et ouvrir leur plateau technique aux sages-femmes libérales pour y réaliser des suivis à bas risques : consultations, échographies, accouchements...

Aux alentours de ces maternités, trop rares, les cabinets de sage-femme y ont toute leur place et travaillent en complémentarité avec les structures. Chacun est à la bonne place aux services de la santé des femmes et des nouveau-nés.

Ce type d'expérience, qui a fait ses preuves sur le terrain, devrait pouvoir être étudié et analysé afin de mettre en évidence des modèles de fonctionnement efficaces et économiquement viables tant pour les structures que pour les cabinets de ville.

En outre, il semble indispensable de repenser l'offre de soins (dont le principal levier réside davantage dans le *numerus clausus* que dans l'ampleur supposée des installations en France de sages-femmes diplômées à l'étranger), au regard des besoins de santé immédiats et futurs des femmes et plus largement de la population. La place de la sage-femme en santé génésique est aujourd'hui sous-utilisée alors qu'elle n'est plus à démontrer. Leur champ de compétence large, leur formation initiale rigoureuse, leur proximité grâce à un maillage territorial de plus en plus précis, font des sages-femmes des professionnelles de santé partie prenante de l'organisation des soins primaires en France. Reste à œuvrer afin que cette offre de soins puisse effectivement être mise au service de la population.

Afin d'y parvenir, il apparaît intéressant de réaliser des travaux d'analyse portant sur :

- l'organisation des maternités françaises en évaluant, avec des critères qui restent à définir, leur degré d'ouverture sur la ville ;
- et le niveau de bénéfice d'une telle ouverture sur la ville tant pour les patients que pour les professionnels et les établissements de santé (exemple : étude d'impact des plans de prévention en santé publique).



ANNEXES GÉNÉRALES

1.

Liste des contributeurs

Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

Pour les parties I et II

Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins (DDGOS)

Direction de l'offre de soins (DOS)

Département des professions de santé (DPROF)

Pour la partie III

Thomas JAN – Responsable du département de la coordination et de l'efficacité des soins

Gwladys NABI – Chargée d'études en économie de la santé

Conseil national de l'Ordre des sages-femmes (CNOSF)

Marianne BENOIT TRUONG CANH – Vice-présidente

Jean-Marc DELAHAYE – Chargé des relations institutionnelles et des affaires européennes

Laboratoire d'études et de recherche en sociologie (LABERS)

Florence DOUGUET – Maître de conférences en sociologie

Alain VILBROD – Professeur de sociologie

Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS)

Anny GOLFOUSE – Ancienne Secrétaire générale

Bunna PHENG – Chargé de mission

Union régionale des professionnels de santé (URPS) des sages-femmes d'Île-de-France Agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France Cabinet Plein Sens

Laurence VAYER – Présidente URPS SF Île-de-France

Julie MICHEAU – Consultante Cabinet Plein Sens

2.

Sigles et acronymes utilisés

AAD	Accouchement à domicile
ADELI	Automatisation des listes de professions de santé
AMP	Assistance médicale à la procréation
ANESF	Association nationale des étudiants sages-femmes
ANSFC	Association nationale des sages-femmes cadres
ANSFL	Association nationale des sages-femmes libérales
ANSFT	Association nationale des sages-femmes territoriales
APSL	Association de professionnels de santé libéraux
ARS	Agence régionale de santé
BIT	Bureau international du travail
CAM	Conseiller de l'Assurance Maladie
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CDD	Contrat à durée déterminée
CDI	Contrat à durée indéterminée
CEE	Communauté économique européenne
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIANE	Collectif interassociatif autour de la naissance
CMU	Couverture maladie universelle
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAMTS	Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés
CNEMa	Conférence nationale des enseignants en maïeutique
CNFPT	Centre national de la fonction publique territoriale
CNG	Centre national de gestion
CNGOF	Collège national des gynécologues et des obstétriciens français
CNOSF	Conseil national de l'Ordre des sages-femmes
CNSF	Collège national des sages-femmes de France
CPAM	Caisse primaire d'Assurance Maladie
CPEF	Centre de planification et d'éducation familiale
CRP	Convention de reclassement personnalisé
CTP	Contrat de transition professionnelle
DE	Diplôme d'État
DEFM	Demandeurs d'emploi en fin de mois
DGOS	Direction générale de l'offre de soins (ex DHOS Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins)
DMS	Durée moyenne de séjour
DPC	Développement professionnel continu
DREES	Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DIU	Dispositif intra-utérin
DIU	Diplôme inter-universitaire
DU	Diplôme universitaire
EEE	Espace économique européen
ENMR	Expérimentations de nouveaux modes de rémunération
EPP	Entretien prénatal précoce
ESF	École de sages-femmes
ESPIC	Établissement de santé privé d'intérêt collectif
ETP	Équivalent temps plein
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privée

FHP	Fédération hospitalière privée
FNPS	Fichier national des professions de santé
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HPST	Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
IVG	Interruption volontaire de grossesse
LABERS	Laboratoire d'études et de recherche en sociologie
LMD	Licence Master Doctorat
NMR	Nouveau mode de rémunération
MSA	Mutualité sociale agricole
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
NC	Numerus clausus
NGAP	Nomenclature générale des actes professionnels
NHS	National Health Service
NICE	National Institute of Health and Clinical Excellence
PACA	Provence-Alpes-Côtes d'Azur
PACES	Première année commune des études de santé
PCEM1	Première année du Premier cycle des études médicales
PMI	Protection maternelle et infantile
PNP	Préparation à la naissance et la parentalité
PNNS	Programme national nutrition santé
PPAC	Projet personnalisé d'accès à l'emploi
PRADO	Programme d'accompagnement du retour à domicile
PSP	Pôle de santé
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDAM	Objectif national des dépenses de l'Assurance Maladie
ONDPS	Observatoire national de la démographie des professions de santé
ONSSF	Organisation nationale syndicale des sages-femmes
RPPS	Répertoire partagé des professionnels de santé
SAE	Statistique annuelle des établissements de santé
SCM	Société civile de moyens
SF	Sages-femmes
SFL	Sages-femmes libérales
SNIR	Système national inter-régimes
SNIIRAM	Système national inter-régimes de l'Assurance Maladie
SISA	Société interprofessionnelle de soins ambulatoires
SROS	Schéma régional d'organisation des soins
SSR	Services de soins de suite et de réadaptation
T2A	Tarif à l'activité
UBO	Université de Bretagne occidentale
UFR	Unité de formation et de recherche
UNCAM	Union nationale des caisses d'Assurance Maladie
UNSAF	Union nationale syndicale des sages-femmes
URPS	Union régionale des professionnels de santé
URPS SF	URPS Sages-femmes

3.

Tables des illustrations

Liste des tableaux

Partie I

Une démographie devenue problématique

2.

Démographie et activité des sages-femmes

TABLEAU 1	Comparaison des effectifs entre le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes (CNOSF) et le Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS).....	35
TABLEAU 2	Les sages-femmes qui s'installent en libéral dans les 5 années qui suivent l'obtention du DE	43
TABLEAU 3	Mode d'exercice et secteur d'activité des sages-femmes en 1998 et 2014	46
TABLEAU 4	Démographie des gynécologues médicaux libéraux en 2014	49
TABLEAU 5	Hypothèses retenues pour l'exercice libéral hors établissement.....	50
TABLEAU 6	Densité des sages-femmes en 1999, en 2004 et en 2014.....	53
TABLEAU 7	Densité des trois professions médicales et des pharmaciens.....	53

Partie II

Des compétences élargies, mais encore peu pratiquées

2.

L'activité libérale des sages-femmes

TABLEAU 1	Données globales d'activité des sages-femmes libérales	106
TABLEAU 2	Ventilation de l'activité des sages-femmes libérales par type d'actes (lettre-clé).....	108
TABLEAU 3	Ventilation des actes cotés en SF par coefficient	110

3.

Le métier de sage-femme libérale

TABLEAU 1	Période d'installation des sages-femmes libérales qui prescrivent ou renouvellent la prescription d'une contraception « très souvent » et « assez souvent ».....	127
TABLEAU 2	Période d'installation en libéral des sages-femmes pratiquant des visites dans le cadre du PRADO.....	130
TABLEAU 3	Les sages-femmes pratiquant ou ayant réalisé des accouchements à domicile	133
TABLEAU 4	Situation professionnelle au fil des derniers emplois salariés occupés	136
TABLEAU 5	L'installation au fil des quatre premières années après l'obtention du diplôme d'État.....	138
TABLEAU 6	L'installation en libéral des sages-femmes ayant obtenu leur diplôme d'État depuis 2000.....	139

TABLEAU 7	Les raisons du choix de l'exercice libéral.....	140
TABLEAU 8	Ancienneté dans l'exercice libéral	142
TABLEAU 9	Situation professionnelle	143
TABLEAU 10	Situation professionnelle selon l'âge.....	143
TABLEAU 11	Implantation des cabinets selon les zones	149
TABLEAU 12	Sages-femmes libérales n'ayant aucune relation avec certains professionnels	147

Partie III

Vers de nouveaux modes d'organisation

2.

Entre la ville et l'hôpital : le Programme d'accompagnement de retour à domicile (PRADO)

TABLEAU 1	Effectifs des femmes concernées par l'évaluation.....	189
------------------	---	-----

Liste des cartes et schémas

Partie I

Une démographie devenue problématique

2.

Démographie et activité des sages-femmes

CARTE 1	Densité de sages-femmes au 1 ^{er} janvier 2015 pour 100 000 femmes en âge de procréer.....	40
CARTE 2	Densité de sages-femmes au 1 ^{er} janvier 2015 pour 100 000 naissances	41

3a.

Le dispositif démographique pour les sages-femmes

CARTE 1	Densité de sages-femmes libérales pour 100 000 naissances domiciliées en 2014	70
----------------	---	----

3b.

Démographie et activité des sages-femmes libérales en Île-de-France

CARTE 1	Niveau de dotation des zones d'emploi en sages-femmes libérales d'Île-de-France.....	79
----------------	--	----

Partie III

Vers de nouveaux modes d'organisation

1.

En ville : l'exercice du métier de sage-femme en maisons et pôles de santé pluriprofessionnels

ANNEXE 1	Les 8 territoires de santé bretons	177
ANNEXE 2	Offre de soins de sages-femmes libérales – Février 2014.....	178
SCHÉMA 1	Le PRADO	185

Liste des figures

Partie I Une démographie devenue problématique

1.

Le marché du travail des sages-femmes : transition ou déséquilibre ?

FIGURE 1	Effectifs des sages-femmes au 1 ^{er} janvier par statut d'activité principale.....	18
FIGURE 2	Évolution du niveau d'emploi des sages-femmes salariées en établissement de santé par statut entre 2009 et 2012 - indice 100 en 2009	19
FIGURE 3	Demande d'emploi en fin de mois des sages-femmes	23
FIGURE 4	Âge des sages-femmes inscrites à Pôle emploi en décembre 2013, par catégorie.....	24

2.

Démographie et activité des sages-femmes

FIGURE 1	Effectifs de sages-femmes en activité, de femmes en âge de procréer (15-49 ans) et nombre de naissances depuis 20 ans (indice base 100 en 1994).....	31
FIGURE 2	Densité de sages-femmes et nombre de naissances par sage-femme.....	32
FIGURE 3	Historique et projection des naissances et des sages-femmes en activité - Indice base 100 en 1993	33
FIGURE 4	Évolution du nombre annuel de diplômés et du numerus clausus correspondant depuis l'année universitaire 1995-1996.....	35
FIGURE 5	Part de sages-femmes diplômées à l'étranger dans l'effectif total et dans celui des primo-inscrites.....	34
FIGURE 6	Projections Drees publiées en 1999	35
FIGURE 7	Projections revues par l'Irdes. Évolution des effectifs de sages-femmes à l'horizon 2020 (France entière)	36
FIGURE 8	Évolution comparée de l'effectif en activité (constaté jusqu'en 2014 puis projection Drees jusqu'en 2030) et du numerus clausus correspondant (4 ans auparavant).....	36
FIGURE 9	Évolution du numerus clausus des quatre professions de santé - indice base 100 en 1972.....	37
FIGURE 10	Pyramides des âges des sages-femmes en 2004 (N = 17 216) et en 2014 (N = 21 632).....	38
FIGURE 11	Répartition des effectifs par mode d'exercice des sages-femmes en activité par année civile (de 1998 à 2014).....	39
FIGURE 12	Répartition des effectifs par mode d'exercice des sages-femmes en activité en 2014 par région.....	40
FIGURE 13	Part des sages-femmes en exercice libéral exclusif dans l'effectif total et celui des primo-inscrites en 1998 et en 2014	42
FIGURE 14	Évolution des effectifs de sages-femmes selon leur mode d'exercice.....	43
FIGURE 15	Nombre de sages-femmes actives en établissements, par type d'établissement en 1998 et 2014	44

FIGURE 16	Répartition des sages-femmes libérales selon le secteur d'activité en 1998 et 2014	45
FIGURE 17	Part des sages-femmes en ville en 1998 et 2014	47
FIGURE 18	Répartition des sages-femmes en ville en 1998 et 2014	47
FIGURE 19	Pyramides des âges des gynécologues médicaux hors établissement au 1 ^{er} janvier 2015 - N = 2 513	49
FIGURE 20	Pyramides des âges des gynécologues médicaux libéraux (hors établissement) en 2030 - N = 780 si postes ouverts = 68/an	50
FIGURE 21	Pyramides des âges des gynécologues médicaux libéraux (hors établissement) si N = 2 513 en 2030	51
FIGURE 22	Évolution des effectifs de gynécologues médicaux (hors établissement) selon les deux perspectives à l'horizon 2030	51
FIGURE 23	Évolution de la densité de sages-femmes en 1999, en 2004 et en 2014	52
FIGURE 24	Part des sages-femmes formées dans une région qui s'y inscrivent et y exercent au 1 ^{er} janvier de l'année (en 1998 et en 2014)	54
FIGURE 25	Taux de fidélité entre les primo-inscrites (674) et l'ensemble sages-femmes (21 632) - RPPS au 1 ^{er} janvier 2015	55
FIGURE 26	Taux de fidélité entre les sages-femmes libérales (3 811) et l'ensemble sages-femmes (21 632) - RPPS au 1 ^{er} janvier 2015	56

3b.

Démographie et activité des sages-femmes libérales en Île-de-France

FIGURE 1	Évolution en niveau des effectifs totaux et libéraux ou mixtes en Île-de-France et France métropolitaine - Indice 1 en 2011	78
FIGURE 2	Densité de sages-femmes libérales ou mixtes pour 100 000 naissances domiciliées au 1 ^{er} janvier 2012	87
FIGURE 3	Densité de sages-femmes libérales par zones d'emploi en Île-de-France en 2013	88
FIGURE 4	Densité cumulée par zones d'emploi en Île-de-France en 2013	90

Partie II

Des compétences élargies, mais encore peu pratiquées

2.

L'activité libérale des sages-femmes

FIGURE 1	Évolution de la structure d'activité des sages-femmes entre 2010 et 2014 par type d'actes (en nombre d'actes)	109
FIGURE 2	Ventilation des actes cotés en SF les plus fréquents par coefficient	111
FIGURE 3	Évolution de la structure d'activité des sages-femmes entre 2010 et 2014 pour la lettre-clé SF (en nombre d'actes)	112

4.

**Décret n ° 2010-804
du 13 juillet 2010 modifié
relatif aux missions
de l'Observatoire national
de la démographie
des professions de santé**

Décret n° 2010-804 du 13 juillet 2010 modifié relatif aux missions de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé

NOR: SASE0928143D

Version consolidée au 14 décembre 2015

https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?sessionId=121D61BBFBAD4243F425294B770288CB.tpdila19v_2?cidTexte=JORFTEXT000022481406&dateTexte=20150414

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de la santé et des sports,

Vu le décret n° 2000-685 du 21 juillet 2000 relatif à l'organisation de l'administration centrale du ministère de l'emploi et de la solidarité et aux attributions de certains de ses services ;

Vu le décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements temporaires des personnels civils de l'État,

Décète :

Article 1

Il est créé auprès du ministre chargé de la santé un Observatoire national de la démographie des professions de santé chargé de rassembler et de diffuser les données relatives à la démographie des professionnels de santé et à l'accès aux soins.

À ce titre :

1° Il rassemble les données harmonisées nécessaires aux analyses régionales et nationale relatives à la démographie des professionnels de santé, à leur implantation sur le territoire, à leurs modes d'exercice, notamment pluri-professionnel, et à l'accès aux soins ;

2° Il propose au ministre chargé de la santé et au ministre chargé de l'enseignement supérieur, à partir des propositions des comités régionaux, le nombre et la répartition des effectifs de professionnels de santé à former, par profession et par spécialité, et par région ou subdivision ;

3° Il définit le cadrage et apporte l'appui méthodologique pour la production de données et d'indicateurs harmonisés et contribue à leur analyse ;

4° Il synthétise et diffuse les travaux d'observation, d'études et de prospective réalisés, notamment au niveau régional ;

5° Il promeut les initiatives et études de nature à améliorer la connaissance des conditions d'exercice des professionnels, de l'évolution de leurs métiers, et de la réponse aux besoins de santé de la population, dans le cadre des différents modes d'accès aux soins.

Article 2

L'Observatoire national de la démographie des professions de santé élabore un rapport annuel qui rend compte des travaux effectués au titre de ses missions. Ce rapport est transmis chaque année au ministre chargé de la santé.

Il assure la diffusion régulière de ces travaux, notamment auprès des professionnels et de leurs représentants.

Article 3

L'Observatoire national de la démographie des professions de santé regroupe, sous l'autorité d'un président nommé pour trois ans par arrêté du ministre chargé de la santé, un conseil d'orientation et des comités régionaux.

Le président de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé est assisté par des chargés de mission.

Le secrétariat de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé est assuré par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques mentionnée à l'article 1er du décret du 21 juillet 2000 susvisé.

Article 4

Modifié par DÉCRET n° 2015-405 du 8 avril 2015 – art. 1

Le conseil d'orientation comprend :

- 1° Le directeur général de la santé ou son représentant ;
- 2° Le directeur général de l'offre de soins ou son représentant ;
- 3° Le directeur de la sécurité sociale ou son représentant ;
- 4° Le directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ou son représentant ;
- 5° Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ou son représentant ;
- 6° Le directeur général de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle ou son représentant ;
- 7° Le président du Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes (CNOCD) ou son représentant ;
- 8° Le président du Conseil national de l'ordre des infirmiers (CNOI) ou son représentant ;
- 9° Le président du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes (CNOMK) ou son représentant ;
- 10° Le président du Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) ou son représentant ;
- 11° Le président du Conseil national de l'ordre des pharmaciens (CNOP) ou son représentant ;
- 12° Le président du Conseil national de l'ordre des sages-femmes (CNOSF) ou son représentant ;
- 13° Le président de l'Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR-IMG) ou son représentant ;
- 14° Le président de l'InterSyndicat national des internes (ISNI) ou son représentant ;
- 15° Le président du Collège national des généralistes enseignants (CNGE) ou son représentant ;
- 16° Le président de la Conférence nationale des doyens des facultés de chirurgie-dentaire ou son représentant ;
- 17° Le président de la Conférence nationale des doyens des facultés de médecine ou son représentant ;
- 18° Le président de la Conférence nationale des doyens des facultés de pharmacie ou son représentant ;

19° Le président de la Conférence nationale des enseignants en maïeutique (CNEMa) ou son représentant ;

20° Le président de l'Association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF) ou son représentant ;

21° Le président de l'Association nationale des étudiants sages-femmes (ANESF) ou son représentant ;

22° Le président de la Fédération nationale des syndicats d'internes en pharmacie et en biologie médicale (FNSIP-BM) ou son représentant ;

23° Le président de l'Union nationale des étudiants en chirurgie-dentaire (UNECD) ou son représentant ;

24° Trois personnalités qualifiées nommées pour trois ans par arrêté du ministre chargé de la santé.

Le conseil d'orientation définit chaque année un programme de travail qui détermine les thèmes et la composition des groupes de travail qu'il décide de constituer.

Les ordres professionnels et les autres organisations représentant les professionnels de santé sont associés à ces groupes de travail. Le conseil peut également associer à ses travaux des personnalités extérieures qu'il choisit en fonction de leur compétence et de leurs fonctions.

Article 5

Modifié par DÉCRET n° 2015-405 du 8 avril 2015 – art. 1

Chaque comité régional est présidé par le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant et comprend :

1° Les doyens des facultés de médecine de la région ou leurs représentants ;

2° Les doyens des facultés de pharmacie de la région ou leurs représentants ;

3° Les doyens des facultés de chirurgie-dentaire de la région ou leurs représentants ;

4° Les directeurs d'écoles de sages-femmes de la région ou leurs représentants ;

5° Le président du conseil régional de l'ordre de chaque profession de santé qui en est dotée ou son représentant ;

6° Un représentant régional de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne, un représentant régional de la Fédération hospitalière de France et un représentant régional de la Fédération de l'hospitalisation privée ;

7° Le président du conseil régional ou son représentant ;

8° Un représentant des médecins en formation et un représentant des autres professionnels de santé en formation, désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé ;

9° Le président de chaque union régionale des professionnels de santé ou son représentant ;

10° Un représentant des associations de patients agréées, désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé.

Des chercheurs ou des experts appartenant aux institutions d'observation, d'enseignement ou de recherche dans le domaine sanitaire et social, ou dont la compétence est reconnue dans le domaine des études en santé, de l'économie de la santé ou de la démographie peuvent être associés aux travaux, en fonction des sujets examinés.

Article 6

Le comité régional :

- recueille, harmonise ou analyse les données statistiques conformément au cadre méthodologique mentionné au 3° de l'article 1^{er} ;
- fait réaliser les études et travaux permettant les diagnostics démographiques propres à la région ;
- fait chaque année des propositions d'effectifs de professionnels de santé à former dans les cinq prochaines années, par profession et par spécialité, par région et, le cas échéant, par subdivision ;
- présente chaque année la situation régionale de l'offre et de l'accès aux soins à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

Le directeur général de l'agence régionale de santé désigne un coordonnateur des travaux.

Article 7

Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, notamment celles qui imposent une obligation de secret, les administrations de l'État et les établissements publics placés sous sa tutelle sont tenus de communiquer à l'Observatoire national de la démographie des professions de santé les éléments nécessaires à la poursuite de ses travaux.

Sous la même réserve, l'observatoire peut solliciter ces éléments des collectivités territoriales et de leurs établissements publics.

Article 8 (abrogé)

[Abrogé par DÉCRET n° 2015-405 du 8 avril 2015 – art. 1](#)

Article 9

[A modifié les dispositions suivantes :](#)

[Abroge Décret n° 2003-529 du 19 juin 2003 \(Ab\)](#)

[Abroge Décret n° 2003-529 du 19 juin 2003 – art. 1 \(Ab\)](#)

[Abroge Décret n° 2003-529 du 19 juin 2003 – art. 2 \(Ab\)](#)

[Abroge Décret n° 2003-529 du 19 juin 2003 – art. 3 \(Ab\)](#)

[Abroge Décret n° 2003-529 du 19 juin 2003 – art. 4 \(Ab\)](#)

[Abroge Décret n° 2003-529 du 19 juin 2003 – art. 5 \(Ab\)](#)

[Abroge Décret n° 2003-529 du 19 juin 2003 – art. 6 \(Ab\)](#)

[Abroge Décret n° 2003-529 du 19 juin 2003 – art. 7 \(Ab\)](#)

Article 10

La ministre de la santé et des sports est chargée de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 13 juillet 2010.

Par le Premier ministre :

François Fillon

La ministre de la Santé et des sports,

Roselyne Bachelot-Narquin

5.

Table des matières

Remerciements	3
Présentation de l'ONDPS	4
AVANT-PROPOS	5
SOMMAIRE	7
INTRODUCTION GÉNÉRALE	9
Le contexte	9
Pourquoi ce projet ? La démarche de l'ONDPS	10
La problématique	11
Plan de l'ouvrage	12

PARTIE I : UNE DÉMOGRAPHIE DEVENUE PROBLÉMATIQUE

1. Le marché du travail des sages-femmes : transition ou déséquilibre ?	15
Introduction	17
1. De plus en plus de sages-femmes... libérales	17
2. Un marché du travail salarié des sages-femmes devenu dual	18
3. Une insertion professionnelle devenue une épreuve	20
4. Une précarité qui a des conséquences sur la vie personnelle mais aussi... sur le travail	21
5. Y a-t-il trop de sages-femmes ?	22
6. Et demain ?	24
2. Démographie et activité des sages-femmes : des évolutions importantes depuis vingt ans, des perspectives très préoccupantes	26
Introduction	29
1. L'écart croissant entre la très forte augmentation du nombre de sages-femmes et la quasi-stagnation des naissances, constaté depuis vingt ans, va s'amplifier dans les quinze ans qui viennent	31
1.1. <i>Cet écart s'est creusé</i>	31
1.2. <i>À numerus clausus constant, cet écart entre effectif de sages-femmes et naissances ne fera que s'amplifier dans les quinze ans à venir</i>	32

1.3. <i>Le niveau des places autorisées au numerus clausus constitue le facteur principal de cette croissance</i>	33
1.3.1. Des facteurs d'évolution marginaux	33
1.3.2. L'impact du numerus clausus sur l'effectif projeté	35
2. Parallèlement, la répartition entre secteurs d'activité et modes d'exercice s'est modifiée	39
2.1. <i>La part de sages-femmes à exercice libéral et mixte a connu et va connaître une augmentation très forte</i>	39
2.1.1. Elle a doublé entre 1998 et 2014, passant de 13 % à 26 % France entière	39
2.1.2. Une installation en mode libéral de plus en plus précoce	41
2.1.3. La part de sages-femmes libérales ou mixtes devrait atteindre 36 % en 2030 selon les projections de la Drees	43
2.2. <i>La répartition de l'effectif actif de sages-femmes libérales entre les secteurs d'activité a connu une modification importante en dix-sept ans</i>	44
2.2.1. Dans les établissements de santé	44
2.2.2. En ville	45
3. Démographies croisées	48
4. La très forte croissance de l'effectif des sages-femmes actives n'a pas réduit les disparités inter régionales	52
4.1. <i>La très forte croissance de l'effectif des sages-femmes actives a augmenté leur densité dans toutes les régions</i>	52
4.2. <i>Cette croissance ne s'est pas accompagnée d'une réduction des disparités régionales</i>	53
5. La mobilité entre régions	54
Conclusion	56
Annexe méthodologique 1 : sources et définitions	57
Annexe méthodologique 2 : le traitement des spécialités de gynécologie médicale et obstétrique dans les bases de données	61
3. Les dispositifs conventionnels de régulation géographique à l'installation	65
3a. Le dispositif démographique pour les sages-femmes	67
1. Constats sur la répartition démographique des professionnels de santé	69
2. Actions engagées par l'Assurance Maladie au sujet de la répartition démographique des sages-femmes	70
2.1. <i>Des propositions de méthodologie de zonage</i>	70
2.2. <i>Des mesures conventionnelles négociées avec les représentantes des sages-femmes visant à améliorer la répartition démographique</i>	71
3. Bilan et perspectives	73

3b. Démographie et activité des sages-femmes libérales en Île-de-France	75
Préface	77
1. Contexte et objectifs de l'étude	78
1.1. <i>Un effectif de sages-femmes libérales en croissance très rapide</i>	78
1.2. <i>Un dispositif conventionnel visant à réguler les installations</i>	79
1.3. <i>Une étude pour mieux comprendre les enjeux démographiques de l'exercice libéral</i>	80
1.4. <i>Un travail encore exploratoire appuyé sur des investigations quantitatives et qualitatives</i>	80
2. Un exercice en mutation qualitative et quantitative	81
2.1. <i>Les maternités : du modèle autarcique au modèle ville-hôpital</i>	81
2.2. <i>Le suivi post-partum et le développement du PRADO</i>	83
2.3. <i>La gynécologie de prévention</i>	83
2.4. <i>In fine : une croissance attendue de la demande de soins pour les sages-femmes libérales</i>	84
3. Façons de pratiquer l'exercice libéral	85
4. À la recherche du bon niveau de densité sur un territoire...	87
4.1. <i>Une région faiblement dotée, mais connaissant de fortes variations de densité locale</i>	87
4.2. <i>Une analyse du bon niveau d'offre de soins locale particulièrement complexe</i>	89
4.3. <i>Propositions pour un dispositif de régulation rénové</i>	91
Conclusion	92

PARTIE II : DES COMPÉTENCES ÉLARGIES, MAIS ENCORE PEU PRATIQUÉES

1. L'évolution de l'environnement réglementaire	
Les compétences des sages-femmes : de l'accouchement à la prise en charge de la santé de la femme sans problème de santé particulier	97
1. Le dispositif réglementaire	99
2. D'importantes évolutions depuis une dizaine d'années	99
3. Aujourd'hui	100
3.1. <i>Les compétences des sages-femmes liées à la grossesse et l'accouchement</i>	100
3.2. <i>Les compétences des sages-femmes liées à la contraception et au suivi gynécologique des femmes</i>	100
4. Conclusion	102
2. L'activité libérale des sages-femmes	103
1. La nomenclature des actes et son évolution	105

2.	Les principaux facteurs d'évolution depuis 2010	105
3.	L'activité des sages-femmes libérales par type d'actes	107
3.1.	<i>Le bilan en 2014</i>	107
3.2.	<i>Évolution de la structure d'activité des sages-femmes entre 2010 et 2014 (en nombre d'actes)</i>	108
3.3.	<i>Zoom sur la lettre-clé SF : répartition par coefficient</i>	109
3.3.1.	En 2014	109
3.3.2.	Évolution de la structure des actes cotés en SF depuis 2010 (en nombre d'actes)	112
	Annexe : nomenclature en vigueur au 1^{er} janvier 2015 et avant le 11 mars 2016	113
3.	Le métier de sage-femme libérale	121
1.	Les activités réalisées	123
1.1.	<i>La prégnance des activités traditionnelles centrées sur le suivi prénatal et postnatal</i>	123
1.2.	<i>L'essor de nouvelles activités en lien avec l'extension des compétences</i>	126
1.3.	<i>D'autres activités non conventionnelles et non conventionnées</i>	127
1.4.	<i>Quelques activités marginales ou en voie de raréfaction</i>	128
1.5.	<i>Des visites à domicile en forte progression sous l'effet du PRADO</i>	129
1.6.	<i>Une plus faible implication dans le cadre de l'HAD</i>	130
1.7.	<i>La réalisation de l'accouchement en plateau technique : une pratique peu développée</i>	131
1.8.	<i>L'accouchement à domicile : une pratique minoritaire</i>	132
2.	De la pratique hospitalière à la pratique libérale	134
2.1.	<i>La mobilité géographique avant et après l'obtention du diplôme</i>	134
2.2.	<i>Les trajectoires professionnelles avant l'installation en libéral</i>	134
2.3.	<i>Les formations complémentaires effectuées</i>	137
2.4.	<i>Une installation en libéral de plus en plus rapide</i>	137
2.5.	<i>L'installation directe au sortir de la formation : d'un épiphénomène à une pratique qui devient assez ordinaire</i>	138
2.6.	<i>Les ressorts du choix du libéral à la suite d'un emploi salarié</i>	140
3.	L'installation en libéral	142
3.1.	<i>L'ancienneté dans la carrière libérale</i>	142
3.2.	<i>Les modes et statuts d'exercice</i>	142
3.3.	<i>Le lieu d'implantation du cabinet</i>	144
3.4.	<i>La distance entre le domicile et le lieu d'exercice professionnel</i>	145
3.5.	<i>Les relations avec les autres professionnels</i>	146
3.6.	<i>Les formations complémentaires effectuées depuis l'installation en libéral</i>	147

PARTIE III : VERS DE NOUVEAUX MODES D'ORGANISATION

1. En ville : l'exercice du métier de sage-femme en maisons et pôles de santé pluriprofessionnels	151
1. Le contexte réglementaire	153
1.1. <i>Les évolutions récentes</i>	153
1.2. <i>Un développement continu, sans différences notoires entre MSP et PSP</i>	154
2. Le contexte breton	155
2.1. <i>Entre territoires et zonage, la géographie de santé en Bretagne à l'aune des MSP et des PSP</i>	155
2.2. <i>Une implantation qui ne privilégie ni les zones sous-dotées ni les zones prioritaires</i>	156
3. Caractéristiques de ces structures en Bretagne	156
3.1. <i>La moitié des MSP et PSP connaît une pleine activité</i>	156
3.2. <i>Des structures de taille et de composition variables</i>	157
3.3. <i>Des sociétés interprofessionnelles de soins (SISA) et des associations de professionnels essentiellement</i>	157
3.4. <i>Les médecins généralistes en première ligne</i>	158
3.5. <i>Des projets de santé centrés sur la prise en charge des pathologies chroniques</i>	159
3.6. <i>Peu de partage d'informations entre professionnels</i>	159
4. Les sages-femmes en Bretagne	162
4.1. <i>Les sages-femmes libérales en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP)</i>	162
4.2. <i>Leur parcours</i>	163
4.3. <i>Entre travail d'équipe et opportunités saisies : des motivations multiples</i>	163
4.4. <i>Des activités proches de celles menées en libéral en dehors des MSP ou des PSP</i>	165
4.5. <i>Une faible implication dans la mise en œuvre des projets de MSP-PSP</i>	167
4.6. <i>Une collaboration sous conditions avec les autres professionnels</i>	167
4.7. <i>Le cabinet de la sage-femme dans la structure</i>	169
5. Jugements et perspectives des sages-femmes	172
5.1. <i>Leurs revenus ont peu évolué</i>	172
5.2. <i>La coopération interprofessionnelle est toujours attendue, reste toujours espérée...</i>	173
5.3. <i>Des sages-femmes déjà se retirent...</i>	174
Annexe 1 : Les 8 territoires de santé bretons	177
Annexe 2 : Offre de soins de sages-femmes libérales – Février 2014	178
Annexe 3 : Liste des PSP et MSP avec sages-femmes – Situation au 22 juillet 2015	179

2. Entre la ville et l'hôpital : le Programme d'accompagnement de retour à domicile (PRADO)	181
1. Les raisons de la mise en place du programme PRADO	183
1.1. Réponse à des objectifs de santé et économiques	183
1.2. Virage ambulatoire	184
2. Fonctionnement du programme	184
2.1. Tous volets	184
2.2. Maternité	186
2.2.1. En quoi consiste le PRADO maternité	186
2.2.2. Évolution du champ de prise en charge pour la maternité des accouchements par voie basse sans complication aux sorties précoces	186
3. Données sur le programme	187
3.1. Évolution des adhésions au PRADO maternité	187
3.2. Évolution de la répartition des sages-femmes libérales sur le territoire	187
4. Évaluation	189
Conclusion	189
3. Les maisons de naissance : offrir une alternative à la prise en charge des grossesses et des accouchements par les sages-femmes	191
Introduction	193
1. Définition et contexte	194
1.1. Qu'est-ce qu'une maison de naissance ?	194
1.2. Une technicisation et un interventionnisme excessifs	195
2. État des lieux	195
2.1. Une émergence lente et progressive en France	195
2.2. Expériences étrangères	196
3. Les enjeux des maisons de naissance	197
3.1. Une restructuration de l'offre de soins en obstétrique et une concentration des naissances dans des maternités à forte activité	197
3.2. Les maisons de naissance : un enjeu de santé publique pour les femmes et leurs enfants	197
3.3. Une prise en charge et un accompagnement croissants de la grossesse et de l'accouchement par les sages-femmes	198
4. Mise en œuvre de l'expérimentation	199
4.1. L'encadrement des pratiques et de la prise en charge des femmes et des nouveau-nés : le cahier des charges de la Haute autorité de santé (HAS)	199
4.2. Le décret du 30 juillet 2015 relatif aux conditions de l'expérimentation des maisons de naissance	200
4.2.1. Les règles de fonctionnement des maisons de naissance	200

4.2.2. Les sages-femmes exerçant dans les maisons de naissance	200
4.2.3. Les conditions d'admission et de prise en charge des patientes et des nouveau-nés au sein des maisons de naissance	201
4.3. <i>Neuf maisons de naissance autorisées à ouvrir leurs portes</i>	201
4.4. <i>Les maisons de naissance : perspectives d'évolution</i>	202
Annexe : Les niveaux de maternité	203
CONCLUSION GÉNÉRALE	205
<hr/> ANNEXES GÉNÉRALES <hr/>	
1. Liste des contributeurs	209
2. Sigles et acronymes utilisés	213
3. Tables des illustrations	217
4. Décret n° 2010-804 du 13 juillet 2010 modifié relatif aux missions de l'Observatoire national des professions de santé modifié	225
5. Table des matières	231

Achévé d'imprimer au mois de mars
sur les presses de l'Imprimerie de la Centrale - 62302 Lens

Dépôt légal : 2017

Les dix contributions rassemblées dans cet ouvrage de l'**Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS)**, sur le thème **Les sages-femmes : une profession en mutation**, ont pour point commun d'interroger le devenir de l'exercice professionnel et de l'activité des sages-femmes.

Ces contributions sont réparties en trois volets thématiques.

La Partie I, **Une démographie devenue problématique** rassemble les données qui caractérisent la situation démographique, la répartition et l'évolution de l'activité des sages-femmes. Elle présente également les dispositifs conventionnels de régulation géographique à l'installation qui ont été mis en place, notamment le « contrat incitatif sage-femme ». Par ailleurs, elle comporte les synthèses de deux études : l'une sur le marché du travail et le chômage des sages-femmes, l'autre sur la démographie et l'activité des sages-femmes libérales.

La Partie II, **Des compétences élargies mais encore peu pratiquées** apporte un éclairage sur les problématiques propres aux spécificités de la profession et aux dispositions réglementaires relatives à l'élargissement des compétences des sages-femmes.

La Partie III, **Vers de nouveaux modes d'organisation** décrit les modes de fonctionnement et de prises en charge : entre la ville et l'hôpital avec le Programme d'accompagnement de retour à domicile (PRADO), avec la création des maisons de naissance, et en ville ou en milieu rural avec le rôle des sages-femmes en maisons et pôles de santé pluriprofessionnels.

L'ambition de cet ouvrage collectif qui a bénéficié de l'effort de capitalisation dans la durée des données et études des principales organisations syndicales de sages-femmes (ANESF, ANSFT, ANSFL, CNEMa, CNSF, URPS SF Idf), du CNOSF, de la CNAMTS, de la Drees, du LABERS, **est d'encourager la réflexion sur ces questions manifestement partagées par les acteurs et de faciliter l'émergence de réponses consensuelles.**

ONDPS

Ministère des Affaires sociales et de la Santé
14, avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP
Téléphone : 01 40 56 89 36
Courriel : drees-ondps@sante.gouv.fr

DICOM : 17-032
ISBN : 978-2-11-139564-0
ISSN : 24-0313