CLAP

COMITÉ DE LIAISON POUR L'AVENIR
DE LA PROFESSION SAGE-FEMME

Sages-femmes 2030

Ce que nous sommes, ce que nous pouvons devenir !

OCTOBRE 2026

Sommaire

Préface **4**

Introduction – Ce livre est pour nous, saisissons-le ! **8**

..... **10**

PARTIE 1 ..... **10**

Chapitre 1 - Une démographie en plein essor **12**

1. Du tout-hôpital au libéral : une révolution silencieuse 12
2. Une démographie des autres professions dédiées à la santé des femmes et du nouveau-né en déclin 13
3. Une concentration régulière de l'offre de maternités en France 13
4. L'émergence freinée des maisons de naissance 15

Chapitre 2 - Une formation et des missions en constante évolution depuis 2000 ..... **17**

1. Des missions qui ne cessent de s'élargir 17
2. La grossesse : l'ADN de notre profession 18
3. La santé gynécologique et reproductive : un champ d'actions à développer au service du parcours des femmes 19
4. Un cursus rénové pour répondre aux besoins de la profession 21

Chapitre 3 - Une profession en souffrance **23**

1. Un manque de reconnaissance statutaire 23
2. Un manque de reconnaissance financière 24
3. Des conditions de travail dégradées à l'hôpital 25
4. La longue histoire de nos mobilisations 27

Chapitre 4 – Des dépenses très rentables pour la collectivité **29**

1. Les dépenses des sages-femmes en ville 29
2. Une hausse de nos dépenses à haut rendement économique et social pour la collectivité 29
3. L'évolution des dépenses publiques liées à l'accouchement 30
4. La baisse de la durée moyenne de séjour (DMS) à l'hôpital : le levier principal des économies potentielles 31

PARTIE 2 ..... **33**

Chapitre 5 – Les sages-femmes, actrices essentielles face au défi démographique et périnatal français **35**

1. La France fait moins d'enfants 35
2. Un problème majeur : la mortalité infantile en France augmente 36
3. Des faiblesses structurelles de la périnatalité française 39
4. Les sages-femmes au cœur du modèle périnatal de demain 40

Chapitre 6 - Les sages-femmes au cœur de la santé des femmes et de leur accès aux soins **43**

1. La santé des femmes : un enjeu de santé publique majeur, encore sous-estimé 43
2. Prévention, dépistage, suivi : notre rôle dépasse largement la grossesse 44

Chapitre 7 - Les sages-femmes en première ligne face aux violences sexistes et sexuelles (VSS) : 45

Chapitre 8 : Nous sommes une profession médicale : il est temps que cette réalité soit pleinement reconnue 49

1. Une reconnaissance juridique qui doit désormais se traduire dans les faits 49
2. Insee : clarifier sans mener des batailles perdues d'avance 51
3. La priorité absolue : le statut de praticien hospitalier 52

Chapitre 9 – Faire reconnaître l'évolution de notre profession 55

1. L'impact de l'innovation technologique 55
2. Gynécologie : clarifier notre champ d'exercice pour l'exercer pleinement 58
3. Notre profession à l'hôpital : rendre de nouveau l'accouchement attractif 60
4. Favoriser le développement des alternatives aux maternités pour les accouchements à bas risque 63
5. Renforcer notre rôle dans le post-partum 65
6. Élargir notre champ de prescription 70

Chapitre 10 – Être payées à la hauteur de ce que nous faisons 71

1. La prévention, c'est de l'investissement, pas une dépense 71
2. Un principe intangible pour notre rémunération : « À prestation équivalente, rémunération équivalente » 76

Chapitre 11 – La coordination territoriale : quand les sages-femmes deviennent des actrices centrales des parcours de santé 82

1. La PMI du Doubs : un exemple de coordination territoriale au service des femmes et des familles 82
2. Pour une meilleure intégration des sages-femmes dans l'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle (EVARS) 84
3. Pour une meilleure intégration des sages-femmes dans la coordination territoriale de la prévention des VSS faites aux femmes 86
4. Le rôle central des sages-femmes dans la gouvernance opérationnelle et stratégique des activités périnatales territoriales et des groupements hospitaliers de territoire (GHT) .. 87

Conclusion – Le temps est venu 92

LES DIX MESURES PHARES DU PLAN STRATÉGIQUE 94

Postface 97

Listes des abréviations 98

Préface

Il est des professions dont l'histoire est intimement liée aux transformations de la société. La profession de sage-femme est de celles-là.

Depuis des siècles, les sages-femmes accompagnent les femmes, les couples et les nouveau-nés dans des moments essentiels de la vie. Mais, au fil des décennies, leur métier s'est profondément transformé. Leur formation s'est considérablement enrichie, leurs responsabilités se sont élargies, leur champ d'exercice s'est diversifié et leurs compétences se sont affirmées. Aujourd'hui, les sages-femmes sont des professionnelles médicales à part entière, dont le champ de compétences ne se limite plus à l'accompagnement de la grossesse et de l'accouchement.

Et pourtant, un paradoxe demeure : l'évolution réelle de la profession n'a pas encore été pleinement suivie par sa reconnaissance institutionnelle, statutaire et financière.

C'est tout le mérite de cet ouvrage que de mettre des mots, des données et des propositions sur ce décalage, et d'ouvrir ainsi une réflexion collective sur l'avenir de la profession.

Ce livre est d'abord un livre de sages-femmes, porté collectivement par les organisations qui ont choisi de mettre en commun leurs analyses et leurs propositions. Il s'adresse aux sages-femmes, mais aussi à toutes celles et ceux qui s'intéressent à l'avenir de notre système de santé. Il est donc, avant toute chose, un ouvrage qui nous invite à regarder notre profession telle qu'elle est aujourd'hui, et non telle qu'elle a parfois été pensée hier.

Les pages qui suivent dressent un état des lieux sans détour : une profession dont la démographie évolue, une formation profondément renouvelée, des missions qui se sont élargies, mais aussi une profession fragilisée par des conditions d'exercice difficiles et par une reconnaissance qui reste insuffisante au regard des responsabilités assumées.

Elles montrent également que les enjeux qui concernent les sages-femmes dépassent largement les frontières de notre profession.

La baisse de la natalité, les difficultés de notre système périnatal, l'évolution de la mortalité infantile, l'accès aux soins des femmes, la prévention, la santé sexuelle et reproductive, le post-partum ou encore la lutte contre les violences sexistes et sexuelles constituent des enjeux majeurs de santé publique. Sur chacun de ces sujets, les sages-femmes disposent de compétences, d'expertise et d'une proximité avec les femmes qui peuvent et doivent être davantage mobilisées.

Reconnaître les sages-femmes, ce n'est donc pas seulement rendre justice à une profession. C'est aussi répondre plus efficacement aux besoins de santé des femmes, des nouveau-nés et des familles.

Cette conviction traverse l'ensemble de cet ouvrage.

Il ne s'agit pas de demander que l'on accorde aux sages-femmes une place qui ne serait pas la leur, mais de permettre à la profession d'occuper pleinement la place que ses compétences, sa formation et ses responsabilités justifient déjà.

La question est désormais celle de la cohérence.

Cohérence entre le niveau de formation, les compétences acquises et le statut.

Cohérence entre les responsabilités exercées et leur reconnaissance, notamment financière.

Cohérence entre les compétences reconnues juridiquement et leur traduction concrète dans les établissements et les territoires.

Cohérence, enfin, entre les besoins de santé de la population et la manière dont notre système organise les compétences de chacun.

Cette cohérence suppose de dépasser les représentations anciennes.

La sage-femme de 2026 n'est plus seulement celle que l'on imagine au moment de l'accouchement. Elle accompagne la grossesse, participe à la prévention, assure le suivi gynécologique et de santé sexuelle et reproductive dans son champ de compétences, intervient dans le post-partum, accompagne l'allaitement et participe au suivi de la santé du nouveau-né et de l'enfant dans son champ de compétences. Elle contribue au repérage des vulnérabilités et des violences, et peut être une actrice essentielle de la coordination des parcours de santé.

Elle exerce à l'hôpital, en ville, dans les territoires, au sein de structures diversifiées et auprès de publics aux besoins multiples.

Notre profession a changé. Notre système de santé doit désormais en tirer toutes les conséquences.

L'un des apports majeurs de cet ouvrage est précisément de ne pas s'arrêter au constat. Il propose une stratégie.

Reconnaître pleinement la profession médicale que nous sommes. Faire évoluer notre statut hospitalier. Clarifier et valoriser notre champ de compétences. Permettre aux sages-femmes d'exercer pleinement leurs compétences en gynécologie et en santé reproductive. Renforcer notre place dans le post-partum, la prévention et la coordination territoriale. Développer les alternatives pertinentes au modèle hospitalier et diversifier les modalités de prise en charge lorsque cela répond aux besoins des femmes. Repenser la rémunération à la hauteur des responsabilités et de la valeur produite pour la collectivité.

Ces propositions dépassent donc la seule reconnaissance professionnelle.

Elles portent une vision de l'organisation de notre système de santé : une vision dans laquelle chaque professionnel exerce pleinement les compétences pour lesquelles il est formé, où la prévention est considérée comme un investissement, où les parcours sont mieux coordonnés et où les femmes peuvent bénéficier, au plus près de leur lieu de vie, d'une offre de soins accessible, compétente et de qualité.

Il faut également souligner la dimension collective de cette démarche.

Ce livre est le fruit d'une démarche collective portée par les organisations qui ont choisi de réunir leur réflexion autour d'une ambition commune pour la profession. Cette dimension collective est essentielle. Face aux transformations profondes de notre métier, la reconnaissance ne pourra pas reposer uniquement sur la mobilisation individuelle de quelques professionnels. Elle nécessite une parole commune, structurée, argumentée et portée avec constance.

Il appartient désormais à l'ensemble de la profession de s'approprier cette réflexion et d'en faire un levier d'action.

Ce livre est pour nous. Il nous appartient désormais de le lire, de le discuter, de le partager et surtout de nous en saisir collectivement.

Car la reconnaissance d'une profession ne se décrète pas uniquement de l'extérieur. Elle se construit aussi de l'intérieur, par la connaissance de ses compétences, par la confiance dans son expertise, par la capacité à porter collectivement son identité, ses compétences et son ambition.

Aux jeunes sages-femmes comme à celles qui exercent depuis de nombreuses années, cet ouvrage rappelle que nous sommes les héritières d'une histoire riche, mais aussi les actrices de la prochaine étape de cette histoire.

Aux responsables institutionnels et aux décideurs politiques, il apporte des éléments concrets pour comprendre les enjeux de cette évolution et les opportunités qu'elle représente pour notre système de santé.

Aux autres professionnels de santé, il propose une réflexion sur la complémentarité des compétences et sur la nécessité de construire ensemble les parcours de demain.

Et aux femmes et aux familles, il rappelle une réalité essentielle : mieux reconnaître les sages-femmes, c'est aussi mieux reconnaître les besoins de santé des femmes,des nouveau-nés et des familles.

Le moment est désormais venu de passer d'une reconnaissance de principe à une reconnaissance pleinement effective.

Le temps des évolutions successives et partielles doit laisser place à une vision d'ensemble.

La profession de sage-femme ne demande pas à être considérée comme une profession émergente : elle demande que soient pleinement reconnues son évolution, ses compétences et les responsabilités qu'elle assume.

Ce livre est une contribution collective à cette ambition.

Il ne prétend pas clore le débat. Il entend au contraire l'ouvrir largement, nourrir les échanges et donner à chacune et chacun les moyens de contribuer à la suite de cette démarche.

Parce que nos compétences existent.

Parce que nos responsabilités existent.

Parce que les besoins de santé existent.

Il est désormais temps que la reconnaissance soit à la hauteur de la réalité.

Le temps est venu.

Les organisations membres du Comité de Liaison pour l'Avenir de la Profession (CLAP)


CNP
Maïeutique
Conseil National Professionnel


ONSSF


afsfa


Association
Nationale
des Sages-Femmes
Coordinatrices


SAGES-FEMMES
LIBÉRALES


ANSFO


ansft


Association
Professionnelle
Sages-
Femmes


Conférence
Nationale des
Enseignants en
Maïeutique


UNSSF
Union Nationale et Syndicale des Sages Femmes


Apaad


ANESF
association nationale
des étudiant·e·s sages-femmes

Sages-femmes 2030 – Ce que nous sommes, ce que nous pouvons devenir !

Introduction – Ce livre est pour nous, saisissons-le !

Ce livre est destiné à toutes les sages-femmes.

À nous, sages-femmes hospitalières, libérales, en exercice mixte ou salariées d'autres structures, en début de carrière ou à quelques années de la retraite, en maternité, en protection maternelle et infantile (PMI) ou en cabinet de ville.

À celles et ceux qui se lèvent la nuit, qui tiennent la main des femmes dans les moments les plus intenses de leur vie, qui portent une responsabilité médicale pleine et entière, sans être toujours reconnus à la hauteur de ce qu'ils font.

Notre profession se trouve à un moment charnière de son histoire. Après plusieurs décennies d'évolutions profondes et continues de la formation initiale, des compétences, des missions de soins, de santé publique, de recherche et d'enseignement, notre profession a connu une transformation majeure.

Cette transformation appelle désormais reconnaissance, consolidation et projection. Il est temps de faire pleinement fructifier les combats menés, les acquis obtenus et les potentiels encore insuffisamment mobilisés.

Valoriser notre profession n'est pas une revendication corporatiste : c'est un impératif de santé publique et un choix stratégique pour la Nation. Son destin est intimement lié à celui de la santé des femmes, à la protection de la mère et de l'enfant, à notre capacité collective à répondre aux défis liés à la natalité, et plus largement à la soutenabilité et à la performance de notre système de santé.

Vous trouverez dans ce livre les leviers essentiels pour nous permettre de trouver, d'ici à 2030, la place, la reconnaissance et les moyens nécessaires pour exprimer pleinement notre potentiel au sein du système de santé. Il s'inscrit dans une ambition assumée : construire une profession forte pour contribuer à une santé plus juste, plus efficace et plus durable.

Ce livre est né à la suite de la publication, en février 2026, du rapport du professeur Frédéric Bizard, économiste et président de l'Institut Santé, intitulé « Plan stratégique 2030 pour la profession de sage-femme ».

Ce Plan stratégique n'a pas été construit dans un bureau, loin du terrain. Il est le fruit d'une démarche rigoureuse : une revue bibliographique nationale et internationale, une analyse des données démographiques, économiques et organisationnelles, ainsi qu'une campagne d'entretiens avec des sages-femmes hospitalières et libérales, des médecins, des représentants institutionnels et des responsables syndicaux.

Il vise à construire un consensus large au sein de la profession, mais également avec les autres professions de santé, les pouvoirs publics et les citoyens. Il est temps que notre légitimité soit assumée collectivement.

Ce livre est un outil pour comprendre, pour convaincre, pour agir.

Il nous appartient d'en faire bon usage.

PARTIE 1

ÉTAT DES LIEUX D'UNE PROFESSION QUI A PROFONDÉMENT CHANGÉ

Avant de parler de ce que nous pouvons devenir, il faut regarder en face ce que nous sommes déjà.

En trente ans, notre profession a été entièrement refondée. La formation, les compétences, les missions, les modes d'exercice : tout a changé. Nous ne sommes plus cantonnées à la salle de naissance. Nous sommes des professionnelles médicales à part entière, spécialisées dans le maintien en bonne santé des femmes à tous les âges de leur vie.

Et pourtant, notre statut hospitalier date de 2013. Les grilles de rémunération sont celles d'un personnel soignant Bac + 3.

Les nomenclatures de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) nous classent avec les infirmiers. Cette contradiction entre ce que nous faisons et ce que le système nous reconnaît est l'objet de la première partie de cet ouvrage : avec les chiffres, les faits, et sans complaisance.

Dans cette partie, nous reviendrons sur quatre dimensions essentielles pour comprendre d'où nous venons et où nous en sommes :

- Une démographie en plein essor et un potentiel encore largement sous-exploité ;
- Une formation et des missions en constante évolution depuis 2000 ;
- Une profession en souffrance sur les plans statutaire et financier, ainsi que dans ses conditions d'exercice à l'hôpital ;
- Des dépenses en forte croissance, mais à haut rendement économique et social pour la collectivité.

Chapitre 1 - Une démographie en plein essor

La démographie des sages-femmes est la plus dynamique des professions médicales. Depuis 2012, les effectifs progressent de 2,6 % par an en moyenne, contre 0,8 % pour les médecins et 1,4 % pour les dentistes.

En treize ans, notre profession a gagné plus de 6 000 membres. Et cette dynamique n'est pas près de s'inverser : le nombre d'étudiants admis en maïeutique dépasse aujourd'hui 1 000 par an.

Cette augmentation est due au niveau élevé du *numerus clausus* à partir du milieu des années 2000 jusqu'en 2020, ainsi qu'à l'entrée des sages-femmes diplômées à l'étranger. La hausse des effectifs depuis 2012 est assez irrégulière, allant de +0,4 % (+100 sages-femmes) en 2018 à +4,3 % (+1 050 sages-femmes) en 2023.

C'est aussi la profession la plus jeune (40,9 ans de moyenne d'âge, contre 44,3 ans pour les dentistes, 46,3 ans pour les pharmaciens et 49,9 ans pour les médecins), et la plus féminisée : elle compte 97 % de femmes.

Ce dynamisme démographique témoigne d'une profession en capacité d'absorber de nouvelles missions, en cohérence avec l'évolution de sa formation, et de garantir un accès aux soins renforcé pour les femmes dans les territoires. Ce potentiel est aujourd'hui largement sous-exploité.

1. Du tout-hôpital au libéral : une révolution silencieuse

Pendant longtemps, être sage-femme signifiait travailler à l'hôpital. En 2012, 10 % seulement des sages-femmes exerçaient en libéral. En 2025, elles sont 26 %, soit près de trois fois plus.

En prenant en compte l'exercice mixte (ville et hôpital), 36 % des sages-femmes exercent aujourd'hui tout ou partie de leur activité en dehors de l'hôpital. Un chiffre qui devrait atteindre 45 % d'ici 2030, selon les projections.

Alors que l'exercice libéral connaît un fort développement, les effectifs de sages-femmes hospitalières ont diminué de 7 % entre 2010 et 2020, avant de se stabiliser depuis, tandis que les effectifs globaux de la profession ont progressé de 11 %.

Cette évolution n'est pas un hasard. Elle résulte des transformations de l'organisation des soins, engagées notamment par la réduction progressive des durées de séjour en maternité et renforcées par l'essor du suivi à domicile après la naissance, qui ont progressivement positionné les sages-femmes en ville comme des actrices incontournables du parcours périnatal.

L'élargissement de nos compétences, notamment en gynécologie, ainsi qu'une aspiration croissante à l'autonomie professionnelle, ont ensuite renforcé cette dynamique. Les cabinets de groupe, rares il y a dix ans, représentent aujourd'hui la moitié des structures libérales.

Ce mouvement vers la ville est irréversible. Il transforme profondément notre place dans le système de soins primaires et pose avec une acuité nouvelle la question de notre reconnaissance et de notre rémunération en dehors de l'hôpital.

2. Une démographie des autres professions dédiées à la santé des femmes et du nouveau-né en déclin

Le fait le plus marquant de la démographie des médecins dédiés à la santé des femmes et du nouveau-né est la forte baisse des effectifs de gynécologues médicaux, quasiment compensée jusqu'en 2020 par la hausse des effectifs de gynécologues obstétriciens, mais pas au-delà.

Au total, les gynécologues ont vu leur nombre diminuer de 11 % de 2010 à 2025, passant de 7 811 à 6 936. En 2010, 47 % des gynécologues étaient des gynécologues médicaux contre 16 % en 2025.

Cette évolution s'explique par la suppression de la spécialité de gynécologie médicale pendant 19 ans. Elle a existé de 1963 à 1984 aux côtés du certificat d'études spécialisées (CES) de gynécologie-obstétrique. Lors de la réforme de l'internat en 1984, elle a été supprimée. Un diplôme d'études spécialisées (DES) est ensuite créé par le décret du 30 janvier 2003.

Cette rupture de formation pendant 19 ans a généré une rupture démographique, avec le départ à la retraite en 2020 de 60 % des effectifs de gynécologues médicaux.

Une désertification gynécologique inégalement répartie

La distribution de la densité de gynécologues donne une idée des écarts importants entre les régions. En dehors de Paris, la plupart des départements font face à une densité très faible de gynécologues médicaux. Dix départements seraient sans gynécologue médical à activité régulière selon les données de l'Atlas démographique du Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM), au 1er janvier 2025.

Une étude réalisée en 2025 par la plateforme de téléconsultations Qare, en partenariat avec l'Institut français d'opinion publique (Ifop), révèle que 53 % des femmes ont déjà renoncé à des soins gynécologiques, notamment en raison du manque de praticiens.

Une analyse des médecins entrants et sortants du marché du travail montre que la situation s'améliore légèrement, mais il faudra plusieurs années pour retrouver une population de gynécologues médicaux suffisante au regard des besoins.

3. Une concentration régulière de l'offre de maternités en France

Depuis les années 1970, les pouvoirs publics ont encadré la pratique des accouchements en vue de réduire les risques pour l'enfant et la mère. Ce cadre juridique a conduit à un long processus de restructuration et de concentration des maternités.

Cette restructuration se poursuit avec la diminution constante de leur nombre, en particulier des plus petites, et une augmentation de leur taille moyenne.

Tableau 1 Répartition des accouchements selon le type de maternité d'accueil en 1996, 2012 et 2022

	Année	Niveaux de spécialisation				Total
		Type 1	Type 2a	Type 2b	Type 3	
Nombre d'établissements au 31 décembre	1996	564	250			814
	2012	242	138	79	60	519
	2022	163	139	84	60	446
Nombre d'accouchements	1996	409 894	315 443			725 337
	2012	209 843	228 349	153 885	186 001	778 078
	2022	121 316	195 371	166 521	191 088	674 296
Part des accouchements (en %)	1996	57	43			100
	2012	27	29	20	24	100
	2022	18	29	25	28	100

Note > En 1996, les définitions de niveaux existaient déjà, sans être réglementaires (Ruffié *et al.*, 1998).
Champ > France métropolitaine, hors SSA.
Sources > DREES, SAE 1996, 2012 et 2022, traitements DREES.

Panorama de la Drees Santé, *« Les établissements de santé »*, Fiche 21, p. 163, édition 2022, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

Le but est d'orienter les femmes enceintes vers les structures adaptées à leur niveau de risque, grâce à un suivi prénatal précoce, dans lequel les sages-femmes jouent un rôle déterminant. Les plans périnatalité 1995-2000 et 2005-2007 ont complété le plan périnatalité de 1998.

Depuis le premier plan de 1998, les maternités de type 1 ont fortement diminué, passant de 564 en 1996 à 163 en 2022. Depuis 2012, l'évolution de l'offre montre que les structures de type 1 constituent le principal levier de réduction du nombre total de maternités.

Elles ont perdu 79 unités de 2012 à 2022 (de 242 à 163 maternités), alors que le nombre total a lui-même baissé de 73 unités (de 519 à 446). La part des accouchements dans ces maternités de type 1 a évolué de 57 % en 1996 à 27 % en 2021, puis à 18 % en 2022.

Ce mouvement a entraîné la fermeture de nombreuses petites cliniques obstétricales souvent gérées par les sages-femmes. Dans le secteur public, ce sont les maternités des hôpitaux locaux, peu fréquentées et placées sous la responsabilité de médecins généralistes qui ont été fermées.

Les décrets de périnatalité de 1998 ont entraîné la fermeture des maternités de type 1 accueillant moins de 300 naissances par an, afin de garantir la sécurité des soins et le respect des critères d'organisation définis pour chaque niveau de maternité.

Une hausse régulière des accouchements dans les maternités de type 2 et 3

En 2022, les maternités disposant d'un service de néonatologie, de soins intensifs néonatals ou de réanimation néonatale (types 2a, 2b ou 3) représentent 64 % des 446 maternités de France.

Elles concernent 78 % des lits et 83 % des accouchements. Elles sont presque exclusivement publiques ou privées à but non lucratif : c'est le cas de 78 % des maternités 2a et 2b et de 100 % des maternités de type 3. 32 % des maternités de type 1 sont privées à but lucratif, contre 40 % en 2012.

La taille des maternités augmente avec le type de spécialisation.

En 2022, une maternité de type :

- 1 : 745 accouchements en moyenne ;
- 2a : 1 399 accouchements en moyenne ;
- 2b : 1 981 accouchements en moyenne ;
- 3 : 3 224 accouchements en moyenne.

4. L'émergence freinée des maisons de naissance

Les maisons de naissance sont des structures autonomes qui, sous la responsabilité exclusive des sages-femmes, accompagnent les femmes enceintes dans une approche personnalisée du suivi de grossesse, de l'accouchement et du post-partum immédiat. Les femmes concernées souhaitent un accouchement physiologique, moins médicalisé et davantage personnalisé. Elles ne présentent pas de facteur de risque connu nécessitant une prise en charge conjointe avec un obstétricien.

Ces maisons sont contiguës à un établissement de santé avec lequel elles conventionnent, afin de garantir la qualité et la sécurité des soins en cas de complication ou de nécessité de transfert. Elles n'assurent pas l'hébergement des parturientes et de leurs nouveau-nés, ni la prise en charge des urgences obstétricales.

La création des maisons de naissance en France a été rendue possible à titre expérimental grâce à la loi du 6 décembre 2013 et au décret du 30 juillet 2015 fixant les conditions de l'expérimentation.

La France accuse un retard important dans le développement des maisons de naissance par rapport à plusieurs pays comparables. Une étude Ifop pour le Collectif des Maisons de Naissance françaises (CMdN), menée en mai 2024, révèle que six femmes sur dix âgées de 18 à 45 ans déclarent être intéressées par la possibilité d'accoucher dans une maison de naissance et que 85 % souhaitent leur développement.

Les trois atouts mis en avant par les femmes sont la liberté de choix de leur mode d'accouchement (44 %), la sécurité de l'accouchement grâce à la proximité d'une maternité (32 %), et le respect de l'intimité de la femme et du couple (29 %).

Malgré cet engouement, l'offre reste très limitée, avec seulement 9 maisons de naissance pérennes en 2024, contre 150 maisons de naissance en Allemagne et autant au Royaume-Uni. Cette implantation limitée contribue également à une faible notoriété ; le sondage Ifop de 2024 révèle qu'une femme sur quatre seulement (27 %) en a déjà entendu parler.

En 2023, environ 800 des 640 000 naissances (0,12 %, un accouchement sur 800) ont eu lieu en maison de naissance en France.

À l'international, les maisons de naissance ont fait depuis longtemps la preuve de leur utilité s'agissant des grossesses à bas risque pour des femmes souhaitant bénéficier de ce type d'environnement. Dès les années 1970, les États-Unis ont développé les *freestanding birth centers*, suivis notamment par la Suisse et l'Allemagne dans les années 1980.

Dans ces pays, les maisons de naissance sont pleinement intégrées dans le système de santé, garantissant leur stabilité financière et, le cas échéant, la prise en charge des frais d'accouchement par le système de sécurité sociale.

Ce retard français constitue un obstacle qu'il devient urgent de lever pour laisser le libre choix du lieu de l'accouchement aux femmes, un principe essentiel pour une majorité de femmes.

La généralisation de ces structures pourrait également générer des bénéfices financiers significatifs pour le système de santé, les charges fixes de ces structures étant sensiblement inférieures à celles des maternités.

Cette évolution devrait s'inscrire dans un plan global de transformation de la gestion de la périnatalité en France, dans lequel :

- L'autonomie des sages-femmes dans la périnatalité serait mieux reconnue, non seulement dans les textes mais également dans les pratiques, tout en laissant aux médecins la prise en charge de la pathologie et des gestes relevant de leur champ d'expertise ;

- La liberté de choix des femmes concernant leur lieu et leur type d'accouchement serait mieux respectée, conformément à l'article R. 4127-324 du Code de la santé publique (CSP) ;

- La grossesse serait davantage considérée comme un processus physiologique que dans son seul versant pathologique, comme c'est déjà le cas dans la plupart des pays développés.

💡 ***Ce qu'il faut retenir -*** *La croissance démographique de notre profession n'est pas un problème : c'est une force. Une ressource que le système de santé français n'utilise pas à sa juste valeur. Alors que les effectifs de gynécologues ont diminué de 11 % entre 2010 et 2025 et que 53 % des femmes déclarent avoir déjà renoncé à des soins gynécologiques, notamment en raison des difficultés d'accès aux praticiens, les sages-femmes représentent une ressource majeure : une profession plus nombreuse, plus formée et disposant de compétences élargies, dont le potentiel reste encore insuffisamment mobilisé.*

Chapitre 2 - Une formation et des missions en constante évolution depuis 2000

En trente ans, notre formation a été profondément transformée, tant dans sa durée et ses modalités d'accès que dans son universitarisation.

À la fin des années 1990 et au début des années 2000, l'entrée en école de sages-femmes se faisait principalement par la première année du premier cycle des études médicales (PCEM1), devenue obligatoire en 2002.

La réforme LMD, engagée à partir de 2011-2012, marque une nouvelle étape dans l'universitarisation de la formation. Celle-ci est renforcée en 2014 avec l'attribution du grade universitaire de master au diplôme d'État de sage-femme.

La loi du 25 janvier 2023 constitue une nouvelle étape majeure : elle instaure une sixième année de formation et crée un troisième cycle des études de maïeutique. La réforme des référentiels des premier et deuxième cycles est mise en œuvre à partir de la rentrée 2024.

À la rentrée 2027, la formation devra par ailleurs se dérouler prioritairement au sein d'unités de formation et de recherche (UFR) en santé, dans des départements de maïeutique voire des UFR de maïeutique, affirmant ainsi davantage le statut médical de la profession.

1. Des missions qui ne cessent de s'élargir

L'étape clé vers notre positionnement comme une profession de santé globale de la femme, autonome et aux compétences élargies, se déroule dans les années 2010. La loi HPST (hôpital, patients, santé, territoires) qui élargit et encadre certaines de nos compétences, puis la réforme LMD transforment profondément notre profession, avec une formation désormais pleinement inscrite dans le cadre universitaire, tout en renforçant notre autonomie et notre dimension scientifique.

La santé sexuelle et reproductive, la prévention et l'éducation à la santé, le droit de la santé et l'éthique sont pleinement intégrés dans notre cursus. La loi HPST de 2009 a reconnu et encadré de nouvelles compétences des sages-femmes en matière de contraception et de suivi gynécologique de prévention. Notre champ s'est progressivement élargi : consultation de prévention, dépistage des cancers, contraception, suivi gynécologique des femmes en bonne santé et vaccination.

L'évolution de la profession a également concerné les sages-femmes coordinatrices. Longtemps centré sur un management essentiellement opérationnel, leur rôle s'est progressivement transformé vers des fonctions plus organisationnelles et stratégiques. Elles assurent désormais la coordination des parcours, le pilotage de projets, l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des prises en charge, ainsi qu'une vision globale de l'activité et de ses enjeux. Cette montée en responsabilité illustre l'élargissement de notre expertise au-delà du soin clinique et fait des sages-femmes coordinatrices des actrices essentielles de l'organisation et de la transformation des parcours périnataux.

Il en résulte une formation qui, sur le plan académique, est désormais structurée et reconnue dans le cadre universitaire, selon un modèle comparable à celui des autres professions médicales. Nous sommes soumises au secret médical, à un Code de déontologie, au respect du consentement éclairé et à l'indépendance professionnelle - les fondements mêmes de l'éthique médicale.

Une évolution des missions à concrétiser

L'histoire de notre Ordre révèle nos difficultés à prendre notre autonomie et notre juste place dans un environnement médical dominé par les hommes, d'une part, et par une forme de normalité de la subordination aux médecins, d'autre part.

Le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes (CNOSF) a été instauré par l'ordonnance du 24 septembre 1945 du Général de Gaulle, concomitamment avec le CNOM et l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes (ONCD). Le Code de déontologie de la profession a été établi par le décret du 30 septembre 1949.

Sept professions de santé réglementées sont aujourd'hui rattachées à un Ordre ; les premières à en avoir été dotées sont les professions médicales, dont les sages-femmes, au même titre que les médecins et les chirurgiens-dentistes.

La présidence de l'Ordre des sages-femmes a été exercée exclusivement par des médecins, tous des hommes, jusqu'en 1995. Ce constat révèle la résistance du système à reconnaître cette profession médicale à dominante féminine, disposant d'un programme de formation distinct de la médecine mais garantissant des savoirs médicaux clés pour la santé des femmes à tout âge, des nouveau-nés et des enfants, notamment dans le cadre de la vaccination et du suivi staturo-pondéral lorsque l'alimentation est assurée par l'allaitement maternel.

Sous l'impulsion de Simone Veil, la législation évolue en 1995 pour permettre à une sage-femme de présider l'Ordre, ainsi que les instances ordinales départementales et interrégionales. Si cette étape est cruciale dans la quête d'autonomie et de reconnaissance des sages-femmes, elle ne marque pas la fin d'une forme de domination masculine dans les instances dirigeantes de la santé, ni d'une volonté de maintenir notre subordination aux médecins.

Nous avons sensiblement avancé sur le chemin de la reconnaissance de notre profession à la hauteur de notre expertise et de notre positionnement, à notre juste place, dans l'intérêt général et le respect des autres professions médicales. Il reste encore de la distance à parcourir, des progrès à accomplir ; ce livre tente d'en dresser la direction, la stratégie et le plan d'actions.

2. La grossesse : l'ADN de notre profession

La gestion de la grossesse est une activité où nous sommes pleinement reconnues dans notre compétence et dans notre mission. L'articulation avec les missions des gynécologues obstétriciens est grandement facilitée par les recommandations officielles de la Haute Autorité de santé (HAS) publiées en mai 2016.

L'objectif est clairement défini : « *aider au suivi de la grossesse normale et améliorer l'identification des situations à risque de complications maternelles, obstétricales et fœtales*

(hors accouchement) pouvant potentiellement compliquer la grossesse afin d'en adapter si besoin le suivi ».

Ces recommandations définissent une répartition claire des compétences selon le niveau de risque de la grossesse.

Une stratification du suivi des grossesses a ainsi été établie.

Suivi A : lorsque la grossesse se déroule sans situation à risque ou que ces situations relèvent d'un faible niveau de risque, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue obstétricien) selon le choix de la femme.

Avis A1 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est conseillé.

Avis A2 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.

Suivi B : lorsque les situations à risque détectées permettent de statuer sur un niveau de risque élevé, le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.

Le niveau de risque doit être apprécié :

- Idéalement avant la grossesse, dans le cadre du suivi gynécologique de la femme quand elle exprime son désir de grossesse (principe d'une consultation préconceptionnelle) ;
- Avant 10 semaines d'aménorrhée (SA), lors de la première consultation du suivi de grossesse ;
- Tout au long de la grossesse**,** jusqu'à la consultation du 9e mois ou à l'accouchement.

3. La santé gynécologique et reproductive : un champ d'actions à développer au service du parcours des femmes

L'exercice de notre profession comporte la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention (examen, frottis, etc.) des femmes tout au long de leur vie, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique.

Les sages-femmes sont autorisées à concourir aux activités d'assistance médicale à la procréation (AMP), également appelée procréation médicalement assistée (PMA), dans des conditions fixées par décret.

Les sages-femmes peuvent également réaliser des interruptions volontaires de grossesse (IVG) par voie médicamenteuse depuis 2016 et par voie instrumentale depuis 2023. Elles assurent aujourd'hui 52 % des IVG médicamenteuses pratiquées en ville, selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), et environ un quart des IVG instrumentales est réalisé par des sages-femmes. Depuis la loi du 2 mars 2022 et son décret d'application, les sages-femmes peuvent en effet réaliser des IVG instrumentales, sous

anesthésie générale ou locale, jusqu'à 16 semaines d'aménorrhée, contribuant ainsi à garantir une offre de soins complète.

Si l'activité en gynécologie se développe progressivement, l'absence de recommandations pour orienter les femmes en cas de situations pathologiques constitue un frein qu'il serait utile de lever.

Cette absence peut entraîner une complexification de l'articulation avec le corps médical, d'une part, et limiter l'accès à un avis spécialisé, d'autre part. La pénurie de gynécologues aggrave cette situation, rendant souvent difficile l'obtention d'un avis médical dans de nombreux territoires.

Une analyse de notre situation dans le suivi gynécologique amène à plusieurs observations :

- Les sages-femmes qui assurent le suivi gynécologique physiologique (dit de prévention) sont pleinement formées pour le faire : soit au cours de la formation initiale après 2009, soit au cours d'une formation complémentaire, notamment dans le cadre d'un diplôme universitaire (DU) ;

- Le suivi gynécologique assuré par les sages-femmes n'a pas vocation à traiter des pathologies gynécologiques graves mais est centré sur la prévention, l'information, l'éducation, la prescription et le suivi de la contraception : dépistage, vaccination et santé mentale dans la vie sexuelle, reproductive et périnatale sont des piliers de l'intervention des sages-femmes. Il comporte également une mission d'orientation vers un avis spécialisé lorsque nécessaire ;

- À l'instar de la gradation des soins en obstétrique, l'absence de recommandations officielles pour le suivi gynécologique entretient un manque de lisibilité dans l'articulation entre les champs de compétences respectifs et dans les modalités d'adressage vers un avis spécialisé, pouvant favoriser une errance dans le parcours des femmes sans pour autant optimiser le recours aux ressources spécialisées. Une enquête réalisée en 2025 auprès de 189 sages-femmes pratiquant la gynécologie dans les Pays de la Loire montre qu'une large majorité des répondantes se sentent au clair avec leur champ de compétences en gynécologie, même si des difficultés persistent dans l'articulation avec les autres professionnels et dans l'orientation des femmes vers un avis spécialisé. Ce constat souligne l'importance de disposer d'un cadre partagé entre les professionnels. L'élaboration de recommandations de bonnes pratiques associant la HAS, les gynécologues et les sages-femmes permettrait de clarifier l'expertise de chacun, de renforcer la coopération entre les professions et de sécuriser davantage les parcours des femmes ;

- Ces recommandations devraient conduire à élargir le droit de prescription des sages-femmes pour faciliter la prise en charge rapide de la santé des femmes et en améliorer l'efficience ;

- La connaissance du grand public et des responsables politiques de notre activité reste faible, notamment en raison du manque de communication du ministère de la Santé et de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (CNAM), de l'ignorance de cette compétence parmi les médias eux-mêmes, ainsi que de certaines réticences exprimées par une partie des acteurs du système de santé. Dans le même temps, les médias relaient

régulièrement les difficultés d'accès des femmes à ce suivi gynécologique, encore trop souvent associé exclusivement au gynécologue : 53 % des femmes déclarent avoir déjà renoncé à une consultation gynécologique en 2025.

Nous disposons de compétences stratégiques pour tout système de santé performant du XXIe siècle, notamment en matière de prévention auprès des adolescents et des jeunes adultes concernant les infections sexuellement transmissibles (IST), les addictions (tabac, drogues) et les violences sexuelles et sexistes faites aux femmes.

Notre profession médicale, spécialisée dans l'accompagnement de la santé sexuelle, reproductive et périnatale ainsi que dans le maintien en bonne santé, a un rôle central à jouer dans le système de santé de demain.

4. Un cursus rénové pour répondre aux besoins de la profession

Deux étapes majeures ont permis une rénovation profonde du cursus maïeutique.

Le décret 2019-1107, paru le 30 octobre 2019, a créé la section maïeutique du Conseil National des Universités (CNU). Cette avancée fait de la maïeutique une discipline universitaire à part entière et permet l'émergence d'un corps d'enseignants-chercheurs en maïeutique.

La loi du 25 janvier 2023, quant à elle, a permis d'amorcer une réforme importante des études en maïeutique. Il ne s'agit pas du simple ajout d'une année de formation mais d'une refonte du cursus en profondeur.

La formation dure désormais six ans et se termine par un troisième cycle court sanctionné par une thèse d'exercice, alignant nos exigences académiques sur celles des composantes de médecine, d'odontologie et de pharmacie.

Le référentiel est basé sur une approche par compétences articulées autour de notre référentiel-métier. Une place essentielle est accordée à la prévention et à une prise en charge globale.

Dès le début de la formation, les étudiants bénéficient d'un parcours innovant de haut niveau académique comportant des enseignements théoriques (médecine, recherche, sciences humaines et sociales), pratiques (simulation basse et haute fidélité) et cliniques (stages en secteur hospitalier, libéral, ambulatoire, territorial). La part des stages est très importante, rendant cette formation très professionnalisante. Ainsi, les sages-femmes accueillent les étudiants sur tout le territoire et les forment à l'ensemble de leurs futures compétences professionnelles. A partir du cycle 2, les étudiants seront accueillis en secteur libéral par des maitres de stage formés, comme le sont les étudiants de médecine générale.

Ce dispositif permet aux nouvelles sages-femmes d'exercer tout type d'activité, dès l'obtention de leur diplôme.

Une place essentielle est également donnée à la recherche, notamment durant les deuxième et troisième cycles. En soutenant des thèses d'exercice s'appuyant sur l'épidémiologie, l'éthique, les sciences fondamentales ou les sciences humaines, les travaux des étudiants en maïeutique pensent la santé des femmes de manière globale.

En intégrant l'université de façon organique et en se dotant d'une sixième année d'étude, la discipline maïeutique s'aligne enfin sur les autres composantes médicales. C'est un pas fondamental vers une reconnaissance de notre profession à sa juste valeur.

💡 ***Ce qu'il faut retenir*** *- En trente ans, notre formation a rattrapé et rejoint celle des autres professions médicales. Le droit a suivi, progressivement : chaque décennie depuis 2000 a apporté de nouvelles missions, de nouvelles responsabilités, de nouveaux droits. Mais la reconnaissance statutaire et financière n'a pas suivi ce rythme. Ce décalage est le nœud du problème.*

Chapitre 3 - Une profession en souffrance

1. Un manque de reconnaissance statutaire

Un statut hospitalier inapproprié

Notre statut à l'hôpital découle, depuis 1989, de l'ancien Titre IV de la fonction publique hospitalière (FPH).

La FPH comprend les personnels hospitaliers non médicaux : *« La fonction publique hospitalière, telle que la définit la loi du 9 janvier 1986, concerne aujourd'hui un peu plus d'un million d'agents. Elle regroupe, à l'exception du personnel médical (médecins, biologistes, pharmaciens et orthodontistes), l'ensemble des emplois des établissements… ».*

En raison de notre appartenance à cette fonction publique, nous n'appartenons pas à la catégorie des personnels médicaux.

L'énoncé de nos missions dans le CSP est clair : nous sommes une profession médicale responsable de la prise en charge des grossesses à bas risque et d'un certain nombre de prises en charge en amont et en aval de la grossesse. En revanche, il est clairement exprimé que nous devons nous référer à un médecin en cas de situation pathologique.

Une évolution statutaire attendue de longue date

Nous sommes depuis 1945 considérées comme une profession médicale dans le CSP. Les statuts hospitaliers datent des années 1980.

Lors de la grève de 2001, nous revendiquions déjà le statut de praticien hospitalier, correspondant à la reconnaissance de l'aspect médical de notre profession. L'intégration des études de sages-femmes dans le cursus universitaire via la PCEM1 s'inscrivait également dans cette perspective d'une reconnaissance pleine et entière de notre caractère médical.

En 2009, l'élargissement des compétences en gynécologie, puis l'expérimentation des maisons de naissance en 2013 sont aussi allés dans ce sens.

Cette absence de reconnaissance statutaire n'a pas seulement un coût moral ou psychologique, elle nuit sérieusement à notre capacité à exercer pleinement nos missions dans les soins, la recherche et l'enseignement.

Elle génère un non-respect de notre Code de déontologie. Le Code de déontologie médicale auquel nous sommes soumises précise que « *les sages-femmes ne peuvent aliéner leur indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit* » (CSP art. R. 4127-306).

Les textes sont pourtant explicites : le décret du 23 décembre 2014 prévoit que les sages-femmes des hôpitaux relèvent de la direction chargée du personnel médical pour la gestion de leur affectation et de leur carrière, en cohérence avec leur statut de profession médicale reconnu par le CSP. Il en résulte une gouvernance instable de notre profession dans les hôpitaux, placée

sous la direction des soins ou de la direction des ressources humaines, mais pas sous celle de la direction des affaires médicales.

Toute participation à la commission médicale d'établissement (CME) est quasi impossible, sans parler de l'accès aux instances de gouvernance de l'établissement.

Nos postes sont gérés au sein des pôles de la catégorie du personnel non médical, avec une mise en concurrence face aux besoins des autres catégories professionnelles.

Le coût est aussi financier puisque notre salaire hospitalier est en lien avec notre statut actuel, plafonné à un niveau Bac + 3.

L'accès à la formation médicale continue du personnel médical est extrêmement limité pour les sages-femmes hospitalières. Nous sommes intégrées au plan de formation des personnels de l'établissement avec un financement sur un fonds des personnels non médicaux.

Le droit individuel à la formation (DIF) dont nous bénéficions est de 20 heures annuelles (soit 2,5 jours) alors que les formations accordées aux professionnels médicaux nécessitent plusieurs semaines d'enseignement théorique et nombre de formations universitaires complémentaires.

Ainsi, l'obtention du statut de praticien hospitalier par les sages-femmes sera un des enjeux professionnels stratégiques et prioritaires dans ce Plan stratégique 2030.

2. Un manque de reconnaissance financière

À l'hôpital, nos revenus sont limités par un statut qui, au lieu d'évoluer vers un statut de praticien hospitalier cohérent avec le caractère médical de notre profession, demeure rattaché à la FPH. Cette limite concerne le salaire brut principal mais aussi les compléments de rémunération (primes d'exercice médical, astreintes…).

Un salaire 2,5 fois moins élevé que celui du personnel médical

Une sage-femme à l'hôpital démarre avec un salaire brut de 2 290 € (salaire net 1 850 €) et travaillera une quinzaine d'années pour atteindre un salaire brut de 3 000 €, soit 2 400 € net (8ème échelon du premier grade).

Alors qu'une sage-femme coordinatrice peut manager plusieurs centaines de professionnels dans une maternité à forte activité, son salaire en fin de carrière atteint au maximum 4 110 € brut, soit environ 3 300 € net.

Pour les sages-femmes employées dans les PMI, c'est-à-dire dans la fonction publique territoriale (FPT), au sein des conseils départementaux, les salaires sont quasiment identiques à ceux de la FPH. Elles ne bénéficient toutefois pas de la prime d'exercice médical dont bénéficient les sages-femmes hospitalières, alors même qu'elles exercent une profession médicale.

Le salaire mensuel moyen d'une sage-femme hospitalière s'élève à 2 581 € net. Il correspond à la moyenne du salaire mensuel en équivalent temps plein (EQTP) d'un fonctionnaire de la FPH, de l'ordre de 2 600 € net en 2022.

Le salaire mensuel moyen du personnel médical à l'hôpital (6 501 € net) est ainsi 2,5 fois plus élevé que celui d'une sage-femme hospitalière.

Au total, les sages-femmes salariées de l'hôpital ou d'un autre établissement de type PMI, qui représentent 65 % de l'effectif des sages-femmes en 2024, perçoivent en moyenne un salaire près de 2,5 fois inférieur à celui du personnel médical.

Un écart de revenus plus marqué en libéral avec les autres professions de santé

Le revenu libéral net moyen de la sage-femme en 2022 s'établit à 29 267 € (soit 2 440 € par mois) contre 90 141 € pour un médecin généraliste et 98 731 € pour un chirurgien-dentiste.

En libéral également, l'écart de revenus reste marqué : le revenu net moyen d'une sage-femme est inférieur de 56 % à celui d'une infirmière libérale et de 30 % à celui d'un kinésithérapeute libéral.

3. Des conditions de travail dégradées à l'hôpital

Les conditions de travail à l'hôpital se sont sensiblement dégradées ces dernières années pour l'ensemble des professions de santé, avec des conséquences particulièrement marquées pour les sages-femmes.

Pour toutes les professions de santé

Le premier facteur responsable de la dégradation profonde et durable des conditions de travail est le manque chronique de personnel. Avec des arrêts maladie parmi les plus élevés à l'hôpital, un recours croissant à l'intérim et une espérance de vie professionnelle réduite, l'hôpital public se retrouve en sous-effectif durable dans la plupart des services.

Le non-remplacement des absences (maladie, congés, formations) est fréquent et le recours régulier à l'intérim fragilise la cohésion des équipes. Une autre conséquence directe est la surcharge de travail reposant sur le personnel titulaire à plein temps, ce qui conduit à une fatigue élevée et à un risque accru d'erreurs.

Cette situation allonge souvent la durée de travail d'une journée, avec des heures supplémentaires fréquentes et souvent non récupérées. Le travail de nuit, de week-end et des jours fériés fait partie intégrante de la vie à l'hôpital, le tout étant accentué par la pression constante liée aux situations d'urgence et à la gravité de certaines prises en charge.

L'hôpital est un environnement naturellement propice à l'épuisement professionnel, au burn-out, aux troubles physiques et psychiques ; sa dégradation se paie au prix fort sur le plan des ressources humaines.

Les déficits financiers records de ces dernières années (près de 3 milliards d'euros en 2024) ont réduit les capacités d'investissement, se traduisant par des conditions matérielles dégradées : locaux vieillissants, parfois insalubres, manque de matériel ou équipements obsolètes, retard dans l'usage du numérique et faible recours aux innovations technologiques.

La gestion à dominante comptable et bureaucratique aggrave encore cet environnement déjà fragilisé. Les soignants ont le sentiment de perdre le sens de leur profession, les impératifs budgétaires prenant progressivement le pas sur la place prioritaire à donner à l'humain, aux soins, à l'écoute et à l'accompagnement.

Les salaires jugés insuffisants au regard des responsabilités, les difficultés d'évolution de carrière et une reconnaissance sociale et institutionnelle défaillante noircissent un peu plus le tableau de la vie professionnelle hospitalière.

Pour les sages-femmes en particulier

Au-delà de cet environnement très difficile, nous avons nos propres griefs.

Les conditions salariales évoquées précédemment sont une composante importante de notre malaise supplémentaire à l'hôpital. Pour une formation devenue aujourd'hui Bac + 6, nous sommes toujours rémunérés sur une grille correspondant à un niveau Bac + 3.

L'absence de reconnaissance statutaire correspondant à notre qualité de profession médicale a aussi de multiples conséquences négatives sur nos conditions de travail et notre capacité à remplir nos missions : gouvernance inadaptée, formation insuffisante, manque d'autonomie…

Les mesures relatives à la périnatalité, issues du décret de 1998, exacerbent les tensions en ressources humaines.

Les difficultés rencontrées à l'hôpital, générales comme spécifiques aux sages-femmes, génèrent des conditions professionnelles très complexes, dont :

- Une charge de travail très lourde, limitant la capacité d'un accompagnement individualisé (pourtant essentiel) ;
- Une exposition à un stress intense ;
- Une dégradation de la qualité des soins ;
- Un départ de nombreuses sages-femmes de l'hôpital (effectif passé de 14 800 en 2010 à 13 800 en 2024) et de la profession. Parallèlement, la diminution du nombre de maternités réduit mécaniquement les postes disponibles, alors même qu'un renforcement des effectifs de sages-femmes permettrait d'améliorer la qualité des prises en charge. Cette évolution complexifie les mobilités professionnelles et favorise les départs vers d'autres modes d'exercice, voire hors de la profession.

Comme les autres professions de santé, nous ressentons à l'hôpital une perte de sens et une invisibilisation de notre profession, particulièrement marquées en raison de la place centrale de la relation et de la prévention.

Le caractère exacerbé de nos mauvaises conditions de travail s'est traduit, depuis de nombreuses années, par des mouvements sociaux parmi les plus intenses du secteur de la santé.

Depuis 2000, chaque décennie a été marquée par un mouvement d'ampleur visant à obtenir une meilleure reconnaissance de notre profession, de nos conditions de travail et de notre place dans le système de santé.

4. La longue histoire de nos mobilisations

Trois mouvements majeurs illustrent cette histoire de mobilisations : ceux de 2001, de 2013-2014 et de 2021.

En mars-avril 2001, un mouvement massif de grève a duré cinq semaines. Une coordination nationale appelle pour la première fois les sages-femmes du privé comme du public à un mouvement de grève général afin d'obtenir une revalorisation du statut et des rémunérations de la profession, ainsi qu'une hausse des effectifs.

Au terme de cinq semaines de grève et à l'issue d'une réunion avec le ministre de la Santé, Bernard Kouchner, la coordination nationale des sages-femmes appelle à la suspension du mouvement.

Les sages-femmes du secteur public obtiennent entre 800 et 1 000 francs d'augmentation de salaire mensuel, la promesse de l'organisation d'un groupe de travail sur la formation, l'évolution du statut afin de reconnaître pleinement le caractère médical de la profession, et l'engagement d'un recrutement plus important.

Le mouvement historique à ce jour est incontestablement celui de 2013-2014. Il débute le 16 décembre 2013 et a été l'un des plus longs mouvements de l'histoire de la fonction publique en France, avec une durée de plus d'un an. La grève touchera presque 90 % des maternités en France et verra défiler plusieurs milliers de sages-femmes au cours de quatre manifestations à Paris.

Les principales revendications de ce mouvement étaient d'ordre statutaire et portaient sur la place de la profession dans le système de santé : statut des sages-femmes hospitalières, statut des étudiants, des enseignants et création d'un statut de praticien de premier recours.

Après un an de mouvement, le projet de loi santé, point de départ du mouvement, intègre la profession de sage-femme sur des points précis, comme l'IVG médicamenteuse, la vaccination, la prévention, la définition d'un statut d'étudiant sage-femme, en attendant la loi définitive et le statut des « sages-femmes des hôpitaux ».

En 2021, plusieurs mouvements ont été lancés :

- Grèves et manifestations de 2021, avec plusieurs mobilisations nationales, notamment à l'occasion de la Journée internationale des droits des femmes (8 mars) et de la Journée internationale de la sage-femme (5 mai), pour réclamer une meilleure reconnaissance de la profession, de meilleures conditions de travail et une revalorisation salariale ;

- Fin septembre – début octobre 2021**,** une grève nationale de plusieurs jours a rassemblé des milliers de sages-femmes pour attirer l'attention sur la reconnaissance de leur statut médical et leur rôle central dans le système de santé.

Ces grands mouvements ont des racines profondes dans le système de santé et témoignent d'une situation particulièrement marquée pour les sages-femmes. Ils traduisent un décalage important et croissant au cours du temps entre nos responsabilités réelles et notre reconnaissance dans ce système, que ce soit sur le plan statutaire, salarial, organisationnel et symbolique.

Ce Plan stratégique sages-femmes 2030 vise à sortir de notre logique de Sisyphe dans le système de santé français pour nous donner notre juste place dans l'intérêt général une fois pour toutes.

Ce qu'il faut retenir - *Notre souffrance professionnelle n'est pas une question de tempérament ou de culture professionnelle. Elle est structurelle. Elle est la conséquence directe d'un statut administratif inadapté, d'une rémunération déconnectée des responsabilités réelles, et de conditions de travail hospitalières qui se dégradent pour tout le monde — mais avec une intensité particulière pour les sages-femmes. Chaque décennie depuis 2000 a vu un conflit social majeur : 2001, 2013-2014, 2021. Ce cycle de Sisyphe doit s'arrêter. C'est l'objet du Plan 2030.*

Chapitre 4 – Des dépenses très rentables pour la collectivité

1. Les dépenses des sages-femmes en ville

En 2024, les dépenses de soins courants des sages-femmes exerçant en cabinet libéral atteignent 655 millions d'euros, et 681 millions en incluant les centres de santé, soit 0,3 % de la consommation de soins et biens médicaux (CSBM), qui représente 255 milliards d'euros en 2024 (+3,7 % par rapport à 2023). Au cours des dix dernières années, ces dépenses ont augmenté très rapidement, de 10 % par an en moyenne.

Compte tenu du grand nombre de soins liés à l'accouchement (avec un taux de remboursement à 100 %), le taux moyen de prise en charge par la sécurité sociale est très supérieur à celui observé chez les autres professions (à l'exception des transporteurs sanitaires), avec environ 88 % des dépenses prises en charge par l'Assurance maladie. Le montant financé en 2024 par l'assurance maladie s'élève à 574 millions d'euros.

Le développement de l'activité gynécologique va augmenter la part de financement des ménages et complémentaires. En 2021, selon la Drees, l'Assurance maladie finançait 91 % des dépenses, les complémentaires 6,5 % et les ménages 2,4 %.

La hausse est principalement tirée par la croissance des volumes d'activité depuis 10 ans, à l'exception notable de 2024 où les prix ont progressé de 7,3 %. Cette évolution s'explique notamment par l'entrée en vigueur d'un arrêté en mars 2024 actant une revalorisation de 25 % des tarifs plafonds des forfaits d'IVG, que les sages-femmes réalisent par voie médicamenteuse depuis 2016 et par voie instrumentale depuis 2023, mais aussi par la mise en application des nouveaux tarifs validés par la signature de l'avenant 7 à notre convention.

Nos effectifs en ville ont augmenté de 6,1 % par an en moyenne depuis 2014, sous l'effet notamment du virage ambulatoire des soins post-accouchement et de l'extension progressive de notre champ de compétences.

Au cours de la décennie 2010, la hausse a été en moyenne de l'ordre de 8 % par an, avec deux années au-delà de 10 % en 2014 et 2015. Après 2020, hors période Covid, le rythme de croissance des volumes a diminué à 6,2 % en 2022 et 5,9 % en 2023, avant de remonter à 10 % en 2024.

Enfin, 63 % de nos dépenses de ville sont portées par les actes techniques, 34 % par des actes cliniques (consultations et visites) et 3 % par la prise en charge des cotisations.

2. Une hausse de nos dépenses à haut rendement économique et social pour la collectivité

Contrairement à ce que retient l'Assurance maladie, faisant de notre activité en ville le secteur dont les dépenses connaissent la plus forte croissance en valeur (liée à cette hausse de volume), ce niveau de dépenses ne peut en aucun cas être comparé aux autres postes de la CSBM.

Nous sommes une activité émergente, en pleine implantation, là où les autres postes de dépenses sont pour la plupart matures. La hausse des volumes provient principalement de deux sources :

- Le transfert en ville de prises en charge historiquement réalisées à l'hôpital : la durée de séjour en maternité en France a diminué ces dernières années, avec le programme de retour à domicile (Prado) qui a instauré en 2013 un accompagnement renforcé après la sortie de maternité, comprenant au moins deux visites à domicile d'une sage-femme après la naissance ;

- Le développement des actes de prévention et de suivi gynécologique des femmes en bonne santé par les sages-femmes depuis les années 2010 : IVG médicamenteuse depuis 2016 et par voie instrumentale depuis 2023, prescription des dépistages et traitement des IST pour tous depuis 2021 pour les partenaires en plus des patientes, vaccinations... Cette évolution répond également à un enjeu majeur d'accès aux soins, dans un contexte de diminution des effectifs de gynécologues et de médecins généralistes.

Ces deux sources de croissance permettent de réaliser des économies substantielles pour le système de santé. Les virages ambulatoires et préventifs portés par les sages-femmes de ville génèrent des gains économiques et sociaux importants, en réduisant notamment le recours à des prises en charge plus coûteuses lorsqu'elles peuvent être anticipées ou évitées.

L'accroissement de nos compétences depuis 20 ans permet une optimisation de la gestion des ressources de soignants pour la santé des femmes, sachant que de nombreux actes que nous réalisons (consultations, échographies, prescriptions…) étaient auparavant effectués uniquement par des spécialistes médicaux.

L'essentiel de nos dépenses de ville est de nature préventive et assimilable à de l'investissement dans la bonne santé des femmes. L'objectif devrait être de les développer et d'en mesurer davantage les bénéfices sanitaires, économiques et sociaux afin d'identifier les leviers permettant d'amplifier cette dynamique.

3. L'évolution des dépenses publiques liées à l'accouchement

En 2022, la maternité représentait 9,1 milliards d'euros de dépenses liées à l'accouchement remboursées par l'assurance maladie, soit 4,8 % du total (190,3 milliards d'euros), pour un nombre de bénéficiaires de 1 203 100 femmes, soit 7 600 € par bénéficiaire.

En 2024, le coût unitaire de la grossesse et de l'accouchement pour l'Assurance maladie représente 7 350 €, avec la répartition suivante des coûts :

- Avant l'accouchement : 1 146 € (15,5 %)
- La naissance : 4 319 € (59 %)
- Congés maternité : 1 884 € (25,5 %).

En ne considérant que les soins, le total s'élève à 5 465 €, dont 79 % correspondent au poste de naissance. Ainsi, les dépenses publiques de soins consacrées à la naissance se répartissent selon un ratio de 80/20 entre l'hôpital et la ville.

Le reste à charge dans le tableau précédent est de l'ordre de 76 €, auquel il faut ajouter selon les cas, des dépassements d'honoraires des médecins spécialistes, des coûts de chambres

individuelles, des soins de médecine complémentaire non remboursés et des services additionnels d'hébergement non remboursés.

4. La baisse de la durée moyenne de séjour (DMS) à l'hôpital : le levier principal des économies potentielles

La maîtrise des dépenses de la maternité est un défi complexe tant les enjeux de sécurité et de qualité des soins sont élevés. Le risque moyen des grossesses est un facteur non négligeable. Le taux de césarienne, stable à 20 % entre 2007 et 2020, a augmenté à 20,9 % en 2021 et à 21,2 % en 2022.

Les grossesses multiples sont aussi assez stables ces dernières années avec un taux de 1,6 % en 2022, stable depuis 2015. Il était de 1,4 % en 1997. La hausse observée de 1997 à 2015 était liée au développement de l'AMP et à l'augmentation de l'âge moyen de la maternité.

Depuis 2015, ces deux facteurs se développent toujours - âge moyen de 31 ans en 2022 - mais ne semblent plus affecter la proportion de naissances multiples.

Le principal levier pour mieux maîtriser - voire diminuer les dépenses publiques de la maternité - sans nuire à la qualité et à la sécurité, réside dans la baisse de la durée moyenne de séjour (DMS). En 2022, la DMS d'un accouchement était de 4,5 jours, contre 4,2 jours en 2013.

En 2013, la moyenne de la DMS pour accouchement dans l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) était de 3 jours, et pour tous les pays comparables à la France elle était inférieure à 3,5 jours.

La Cour des Comptes estimait en 2014 que si la DMS de la France rejoignait la moyenne de l'OCDE, une économie théorique brute pour l'assurance maladie de 318 millions d'euros serait possible. Le financement des mesures nécessaires pour la réorientation du suivi des femmes en prénatal comme en post-natal avait été estimé à 60 millions d'euros par la CNAM sur cinq ans.

Cette baisse de la DMS exige de fixer au programme Prado de la CNAM des objectifs plus explicites en termes de sortie réellement plus précoce de la maternité. Elle devra aussi s'accompagner en parallèle d'une réduction du nombre de lits dans les maternités, à proportion de la diminution des durées d'hospitalisation.

Alors que la tendance de la DMS de l'accouchement dans la plupart des pays de l'OCDE a été à la baisse, la France a connu une évolution à la hausse de presque 10 % de cette DMS depuis 10 ans. Notre rôle en ville dans l'accompagnement prénatal et postnatal est reconnu comme absolument stratégique pour permettre cette réduction de la DMS, ce qui confirme la forte efficience des dépenses engagées en ville.

Les économies potentielles de 318 millions d'euros estimées en 2014 pour ramener la DMS à la moyenne de l'OCDE dépassaient largement les dépenses totales des sages-femmes en ville (250 millions d'euros en 2014). Ce potentiel d'économies est aujourd'hui encore supérieur compte tenu de l'évolution de la DMS et suppose nécessairement un renforcement des prises en charge par les sages-femmes en ville.

Les soins délivrés seront de meilleure qualité, à condition de maintenir au minimum le même effectif de sages-femmes dans les services de suites de couches, puisque la diminution du nombre de patientes par sage-femme permettra d'augmenter le temps médical consacré à chacune d'elles ainsi qu'à chaque nouveau-né. La continuité des soins avec le secteur libéral devra être réfléchie en amont.

Ce qu'il faut retenir *- L'Assurance maladie considère la croissance de nos dépenses comme un signal d'alarme. C'est exactement l'inverse : c'est le signe que la profession prend en charge des besoins de santé réels, de façon efficiente, en substitution à des soins bien plus coûteux à l'hôpital. Nos dépenses ne sont pas des coûts à maîtriser : ce sont des investissements dans la bonne santé des femmes, à évaluer comme tels.*



LES GRANDS ENJEUX NATIONAUX DE NOTRE PROFESSION

Nous savons ce que nous faisons chaque jour auprès des femmes, des nouveau-nés et des familles. Mais mesurons-nous pleinement à quel point notre profession est devenue stratégique pour répondre aux grands défis du système de santé français ?

Après avoir dressé le constat de notre transformation profonde et des contradictions qui persistent, cette deuxième partie s'intéresse à notre place dans les grandes mutations qui traversent notre pays.

La question centrale est simple : pourquoi les sages-femmes sont-elles devenues indispensables, non seulement pour accompagner les naissances, mais aussi pour relever les grands défis sanitaires du XXIe siècle ?

La crise du système de santé, la baisse de la natalité, les enjeux de périnatalité, la santé des femmes et la lutte contre les violences nécessitent de repenser les organisations et de mieux mobiliser les compétences existantes. Dans chacun de ces domaines, nous disposons d'une expertise et d'un rôle à jouer.

Dans cette partie, nous reviendrons sur trois grands défis nationaux qui façonneront l'avenir de notre profession :

- Le défi démographique et périnatal français, qui impose de repenser l'accompagnement des femmes, des nouveau-nés et des familles ;
- La santé des femmes et l'accès aux soins, qui nécessitent de mieux mobiliser notre expertise en matière de prévention, de dépistage et de suivi tout au long de la vie ;
- La lutte contre les violences sexistes et sexuelles, qui appelle à reconnaître pleinement notre rôle dans le repérage, l'accompagnement et l'orientation des femmes victimes de violences.

Chapitre 5 – Les sages-femmes, actrices essentielles face au défi démographique et périnatal français

1. La France fait moins d'enfants

Depuis 2010, la France a connu une baisse significative du nombre de naissances, passant de plus de 800 000 à 660 800 en 2024, soit une baisse de 22 %. Même si la France reste l'un des pays les plus féconds d'Europe - 1,66 enfant par femme en 2023 contre 1,38 en moyenne dans l'Union européenne (UE) -, cette baisse s'inscrit dans une tendance européenne générale, mais apparaît particulièrement marquée en France.

Baisse de la fécondité 2013–2023

- France : -17 %
- Moyenne UE : -9 %
- Allemagne : -2 %
- Italie : -13 %
- Espagne : -12 %

⚠ Attention : moins de naissances ne signifie pas moins de besoins !

Les femmes accouchent plus tard, avec des profils plus à risque, et les maternités se ferment ou s'éloignent. Les besoins d'accompagnement augmentent, même si le nombre d'enfants diminue.

La deuxième fécondité la plus élevée de l'UE

Malgré la baisse sensible du nombre de naissances en France, notre pays reste le deuxième pays de l'UE avec la plus forte fécondité. L'indice conjoncturel de fécondité en 2023 était de 1,66 enfant par femme en France contre une moyenne de 1,38 dans l'UE.

Seule la Bulgarie avec 1,81 a un meilleur taux de fécondité. L'Italie (1,21), la Pologne (1,20) et l'Espagne (1,12) ont des taux de fécondité très inférieurs à la moyenne européenne depuis plus de dix ans et continuent de subir des baisses significatives de ce taux.

Entre 2013 et 2023, la baisse moyenne dans l'indicateur conjoncturel de fécondité a été de 9 % dans l'UE, contre 17 % pour la France, 13 % pour l'Italie, 12 % pour l'Espagne et seulement 2 % pour l'Allemagne.

Des besoins d'accompagnement en hausse par naissance

Deux tendances majeures tirent les besoins de soins et d'accompagnement à la hausse en moyenne pour les grossesses :

- **Des grossesses plus tardives et des profils plus à risque** :

L'évolution démographique des naissances s'accompagne d'une transformation du profil des femmes enceintes. Les grossesses sont plus tardives et certains facteurs associés à un risque accru pendant la grossesse évoluent également.

Les données les plus récentes de l'Insee confirment la poursuite du recul de l'âge à la maternité : en 2024, 29 % des naissances concernent des mères âgées de 35 ans ou plus, dont 7 % pour les mères âgées de 40 ans ou plus, contre respectivement 23 % et 5 % dix ans plus tôt.

Concernant l'état de santé avant la grossesse, la dernière donnée disponible reste celle de l'Enquête nationale périnatale 2021 : 23 % des femmes interrogées étaient en surpoids avant la grossesse et 14,4 % étaient obèses, contre respectivement 19,9 % et 11,8 % en 2016.

- **Déplacement du « centre de gravité » vers l'ambulatoire et le post-partum :**

Le réseau des maternités s'étant sensiblement réduit, les distances entre le domicile et les maternités se sont allongées. Cette transformation renforce le besoin de proximité dans le suivi des femmes : préparation à la naissance, suites de couches, allaitement, prévention, santé sexuelle.

Cette évolution de la nature des naissances renforce le besoin de compétences et de missions élargies des sages-femmes de ville dans l'accompagnement des femmes et des familles aujourd'hui et demain.

Des grossesses plus à risque associées à un réseau moins dense de maternités rendent nécessaire le renforcement du réseau ambulatoire des sages-femmes, aussi bien au domicile des patientes que dans les cabinets libéraux, en PMI et en centres de santé.

La hausse des dépenses consacrées à ces prises en charge est donc nécessaire médicalement et efficiente économiquement, car elle répond à des besoins croissants tout en permettant d'éviter, lorsque cela est pertinent, des prises en charge hospitalières plus coûteuses.

2. Un problème majeur : la mortalité infantile en France augmente

En 2024, 2 700 enfants de moins d'un an sont décédés en France, soit 4,1 décès pour 1 000 enfants nés vivants. Un enfant sur 250 et plus de 7 enfants par jour meurent en France la première année de son existence.

Depuis 2011, le taux de mortalité infantile a sensiblement augmenté, passant de 3,5 ‰ à 4,1 ‰ en 2024. Après une période de relative stabilité autour de 3,7 ‰ entre 2016 et 2020, cet indicateur connaît une dégradation préoccupante ces dernières années.

Cette hausse s'explique uniquement par celle de la mortalité de 1 à 27 jours de vie, passée de 1,5 ‰ à 2 ‰. Celle de 28 jours à 1 an est restée stable depuis 10 ans à 1,1 ‰. Les garçons ont un risque de décès avant un an 1,2 fois plus élevé que les filles avant l'âge d'un an et les enfants issus d'un accouchement multiple (comme des jumeaux ou triplés) 5 fois plus que les autres enfants.

Au-delà de l'évolution de la mortalité néonatale, plusieurs facteurs individuels et sociaux influencent le risque de mortalité infantile. L'âge maternel constitue notamment un facteur associé à un risque accru : les taux de mortalité infantile sont plus élevés aux âges extrêmes de la vie reproductive.

Selon une étude de la Drees publiée en juillet 2026, les données de mortalité périnatale pour 2024 confirment l'importance de l'âge maternel comme facteur associé à un risque accru : le taux de mortalité périnatale atteint 17,6 ‰ chez les mères âgées de 40 ans ou plus, contre 9,9 ‰ chez les mères âgées de 30 à 34 ans. Il atteint également 18,1 ‰ chez les mères de moins de 20 ans, traduisant une surmortalité aux âges extrêmes de la vie reproductive.

Les taux de mortalité infantile à ces âges extrêmes sont d'ailleurs quasiment deux fois plus élevés (6,6 ‰ pour les moins de 21 ans et 5,8 ‰ à partir de 44 ans) que chez les enfants de mères âgées de 26 à 37 ans (3,3 ‰). Le milieu socio-économique constitue également un déterminant important : le taux de mortalité infantile est 60 % plus élevé chez les enfants de mères ouvrières que chez les enfants de mères cadres.

Un taux sensiblement plus élevé que la moyenne européenne depuis 2015

Depuis 2015, la mortalité infantile en France est supérieure à la moyenne européenne, alors qu'elle était l'une des plus basses d'Europe à la fin du XXe siècle. Tandis que ce taux augmente en France, il continue de diminuer en Europe, même si cette baisse reste désormais limitée.

La baisse de la mortalité néonatale (avant 28 jours) est particulièrement ralentie en France depuis 20 ans, comme en Allemagne. En 2023, le taux de mortalité infantile atteint 3,3 ‰ dans l'UE.

Les comparaisons internationales confirment le décrochage progressif de la France. Entre 1996 et 2020, en comparaison avec l'UE, l'Espagne, l'Allemagne, la Finlande et la Suède, la France a progressivement perdu son avantage historique. Depuis 2020, la situation française continue de se dégrader alors que plusieurs pays comparables connaissent une amélioration ou une stabilisation de leur indicateur.

En 2010, la France (3,6 ‰) performait mieux que la moyenne de l'UE (4 ‰), mais moins bien que l'Allemagne (3,4 ‰), l'Espagne (3,2 ‰), la Suède (2,5 ‰) et la Finlande (2,3 ‰). En 2020, la France est restée à son niveau de 2010, alors que tous les autres pays se sont améliorés.

Même les pays scandinaves - qui affichaient les meilleures performances à la fin du XXe siècle (à 4 ‰) - ont continué ces vingt dernières années à faire baisser cette mortalité, pour atteindre les 2 ‰ en 2020. La France présente en 2023 un niveau de mortalité infantile comparable à celui des pays scandinaves il y a trente ans.

Un coût social et économique colossal pour la France

Si la France avait la même performance que la moyenne européenne en mortalité infantile - soit 3,3 ‰ au lieu de 4,1 ‰ - sur la base des 660 000 naissances de 2024, le nombre de décès la première année de vie serait de l'ordre de 2 180 et non plus 2 700, soit 520 décès évitables par an, ou plus de 5 200 sur dix ans.

Ces décès évitables ont des coûts sociaux et démographiques directs importants. Pour les familles, ils représentent autant de drames et de traumatismes liés à la perte d'un enfant.

À l'échelle collective, leurs conséquences sont également majeures :

- Une dégradation de la confiance collective dans un système de santé et de protection sociale, susceptible d'accentuer les inégalités sociales et territoriales ;
- Un affaiblissement de la capacité de renouveler les générations et d'équilibrer à long terme la population active et inactive, avec des conséquences durables sur notre modèle social.

Ces coûts sont si importants que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'OCDE considèrent la mortalité infantile comme un indicateur clé du développement. La dégradation de cet indicateur constitue donc un signal d'alerte sur la performance globale d'un système de santé et sur le niveau de développement d'un pays.

Le coût économique est relativement limité à court terme mais considérable à long terme. À court terme, les coûts de santé, administratifs et sociaux sont à prendre en compte :

- Soins prénataux et obstétricaux ;
- Hospitalisation néonatale (souvent en soins intensifs) ;
- Interventions d'urgences et examens spécialisés ;
- Services sociaux et suivis des familles ;
- Congés maladie et arrêts de travail des parents ;
- Soutien psychologique…

Ces dépenses sont engagées sans que l'enfant puisse bénéficier, à long terme, des effets attendus de ces prises en charge, ce qui les distingue des dépenses de santé pour des individus survivants.

Les coûts économiques de loin les plus importants sont liés à la perte de capital humain. Ils correspondent à la perte de la contribution économique future que chaque enfant aurait pu apporter à la société, notamment à travers :

- Les revenus du travail non réalisés ;
- Les impôts et cotisations non versés ;
- La contribution potentielle à l'innovation et à la croissance.

En économie, une évaluation possible de ces coûts indirects peut être la valeur actualisée des revenus futurs qu'auraient pu générer l'enfant à l'âge adulte. Une autre approche consiste à utiliser la valeur statistique de la vie (VVS), indicateur couramment mobilisé dans l'évaluation socio-économique des politiques publiques.

Un chiffre qui fait mal

Si la France atteignait simplement le taux moyen européen (3,3 ‰), cela représenterait 520 décès évitables chaque année, soit plus de 5 200 vies sauvées en dix ans. Le coût économique indirect de chaque décès d'un enfant de moins d'un an est estimé à 3,8 millions d'euros. Réduire la mortalité infantile constitue donc non seulement un impératif humain et sanitaire, mais également un investissement social et économique particulièrement efficient.

En France, un référentiel public de 2013 a proposé une valeur de référence d'environ 3 millions d'euros (en euros 2010) pour la VVS. À l'international, une méta-analyse de l'OCDE donne des VVS moyennes de l'ordre de 7,1 à 8,5 millions d'euros pour les pays à hauts revenus.

L'actualisation de la valeur 2010 de la VVS en fonction de l'inflation conduit à estimer le coût économique indirect d'un décès d'un enfant de moins d'un an en 2025 à environ 3,8 millions d'euros, soit un coût global annuel de l'ordre de 2 milliards d'euros.

La prise en compte des coûts directs et d'une revalorisation fondée sur le revenu par tête conduit à une évaluation sensiblement plus élevée. Les montants de 2 milliards d'euros au total et 3,8 millions d'euros par décès peuvent donc être considérés comme des estimations prudentes des coûts associés à la mortalité infantile.

Ces valeurs représentent des références utiles pour comparer les politiques de prévention possibles et évaluer l'intérêt économique des actions susceptibles de contribuer à la baisse de la mortalité infantile en France.

Le bénéfice économique pour la France d'un retour au taux de mortalité moyen de l'UE représente près de trois fois la dépense totale de ville de sages-femmes en 2024 (681 millions d'euros en 2024).

La réduction de la mortalité infantile repose sur une approche globale associant prévention, suivi des grossesses, prise en charge périnatale et lutte contre les inégalités sociales de santé.

Les sages-femmes étant au cœur de nombreuses actions de prévention et d'accompagnement des femmes et des nouveau-nés, le renforcement de leurs missions et des moyens qui leur sont consacrés constitue un levier essentiel pour améliorer les résultats sanitaires, sociaux et économiques attendus.

3. Des faiblesses structurelles de la périnatalité française

La mauvaise performance française sur la mortalité infantile n'est pas une fatalité. Elle est liée à des faiblesses structurelles de l'organisation de la périnatalité en France. Les données les plus récentes de la Drees confirment cette fragilité : en 2024, 7 398 enfants sont nés sans vie ou sont décédés au cours de leur première semaine de vie, sur 661 822 naissances totales, portant le taux de mortalité périnatale — qui correspond au nombre d'enfants nés sans vie ou décédés au cours des sept premiers jours de vie, rapporté à l'ensemble des naissances à partir de 22 semaines d'aménorrhée — à 11,2 pour 1 000 naissances (11,2 ‰). Ce niveau constitue le plus élevé observé depuis plus de dix ans.

Selon la Cour des comptes, les principaux indicateurs de la santé périnatale - mortinatalité, mortalité néonatale et mortalité maternelle - mettent en évidence une performance médiocre de la France par rapport aux autres pays européens.

La mortinatalité constitue la première et principale composante de cette mortalité périnatale : elle représente 82 % de l'indicateur en 2024. Le taux de mortinatalité, qui comprend les enfants nés sans vie par mort fœtale spontanée ou par interruption médicale de grossesse (IMG), s'élève à 9,2 ‰.

Dans les comparaisons européennes, le taux de mortinatalité, calculé hors IMG et après 24 semaines d'aménorrhée, s'établit à 3,8 ‰ en France pour la période allant de 2015 à 2020. La France est l'un des seuls pays dans lesquels il ne s'est pas amélioré depuis 2000.

Pour la mortalité néonatale - correspondant aux décès d'enfants intervenus au cours du premier mois de vie -, la France se situe au 22ème rang sur 34 pays européens, avec un taux de 2,7 ‰. Au sein de cette mortalité néonatale, la mortalité néonatale précoce, qui correspond aux décès survenant au cours des sept premiers jours de vie, constitue l'autre composante de la mortalité périnatale : elle atteint 2,0 ‰ en 2024.

La trajectoire est défavorable depuis 2012. Selon la Cour des comptes, la politique menée n'a pas permis d'améliorer suffisamment la sécurité et la qualité des soins de périnatalité.

Une offre de soins inadaptée aux enjeux actuels

Inchangée depuis 25 ans, la réglementation relative à l'organisation et aux conditions techniques de fonctionnement des maternités n'est plus adaptée ni à l'évolution des prises en charge ni à la restructuration de l'offre de soins.

Une vingtaine de maternités déroge toujours au seuil minimal des 300 accouchements annuels (fixé en 1998), et les maternités de moins de 1 000 accouchements ont de grandes difficultés pour attirer et conserver du personnel qualifié. De fortes disparités sont constatées entre les régions concernant les soins critiques néonatals.

Réviser l'organisation de l'offre de soins périnataux pour améliorer la sécurité des prises en charge, les performances de notre système de périnatalité, tout en renforçant l'efficience des moyens alloués est nécessaire. Il est également indispensable de renforcer l'attractivité des professions à l'hôpital, dans les PMI et en ville, notamment dans les territoires les moins bien dotés.

💡 ***Ce qu'il faut retenir -*** *La crise démographique et les fragilités croissantes de la périnatalité ne réduisent pas la place des sages-femmes dans le système de santé. Elles la renforcent. Les besoins de prévention, d'accompagnement et de suivi n'ont jamais été aussi importants. Notre profession est appelée à devenir l'un des principaux acteurs des parcours de santé des femmes, des nouveau-nés et des familles.*

4. Les sages-femmes au cœur du modèle périnatal de demain

Les propositions présentées dans cette partie s'inscrivent dans les travaux conduits par le Conseil National Professionnel de Maïeutique (CNP-M), qui réunit notamment les principales organisations représentatives de la profession : l'Association Française des Sages-Femmes Acupuncteurs (AFSFA), l'Association Nationale des Sages-Femmes Coordinatrices (ANSFC), l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL), l'Association Nationale des Sages-Femmes Orthogénistes (ANSFO), l'Association Nationale des Sages-Femmes Territoriales (ANSFT), l'Association Professionnelle de l'Accouchement Accompagné à Domicile (APAAD), l'Association Professionnelle de Sages-Femmes (APSF), l'Association des Sages-Femmes de Maisons de Naissance (ASFMDN), la Conférence Nationale des Enseignants de Maïeutique (CNEMa), le Collège National des Sages-Femmes de France (CNSF), l'Organisation Nationale Syndicale des Sages-Femmes (ONSSF) et l'Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes (UNSSF).

Ces travaux, présentés lors de l'audition ministérielle du 14 avril 2026, s'inscrivent dans le cadre de la mission sur la périnatalité lancée le 5 février 2026 par Stéphanie Rist, ministre de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. Ils identifient plusieurs leviers structurels pour faire évoluer l'organisation de la périnatalité en France.

Au-delà du constat, les difficultés actuelles de la périnatalité invitent à repenser le fonctionnement même de notre système de santé.

Alors que la majorité des grossesses et des accouchements relèvent de la physiologie, notre modèle demeure encore largement structuré autour de la gestion du risque et de la pathologie. Cette approche a permis d'importants progrès au cours des dernières décennies. Elle doit désormais évoluer vers une approche davantage centrée sur la prévention, l'accompagnement des parcours et la continuité des soins. Les enjeux d'aujourd'hui se situent de plus en plus en amont et en aval de l'accouchement : prévention, accompagnement des parcours, santé mentale périnatale, réduction des inégalités territoriales et soutien à la parentalité.

Cette évolution invite à renforcer une logique de gradation des soins selon le niveau de risque des grossesses. Les femmes présentant une grossesse physiologique doivent pouvoir bénéficier d'un accompagnement coordonné, continu et adapté à leurs besoins, tout en conservant un accès rapide à une expertise spécialisée lorsque la situation l'exige. Ce modèle, déjà largement développé dans plusieurs pays européens, permet une meilleure utilisation des ressources médicales tout en renforçant la qualité des prises en charge.

Elle conduit également à investir davantage dans les 1 000 premiers jours de l'enfant. La période préconceptionnelle, la grossesse, le post-partum et les premières années de vie constituent un continuum dont les effets sur la santé future sont aujourd'hui largement documentés. Le développement de la sage-femme référente s'inscrit pleinement dans cette logique de parcours et de continuité des soins.

Le post-partum mérite à cet égard une attention particulière. Longtemps considéré comme une simple période de transition après la naissance, il apparaît désormais comme un moment déterminant pour la santé physique, psychique et sociale des familles.

Selon Santé publique France (SpF), en 2021, à deux mois post-partum, 16,7 % des femmes ayant accouché dans l'Hexagone présentaient des symptômes de dépression, 27,6 % des symptômes d'anxiété et 5,4 % des idées suicidaires. Au total, la souffrance psychique concernait alors près d'une femme sur trois. Le suicide constitue par ailleurs la première cause de mortalité maternelle lorsqu'elle est considérée jusqu'à un an après la fin de la grossesse.

Le dépistage des troubles psychiques périnataux, l'accompagnement à la parentalité, le soutien à l'allaitement, la prévention des violences et le suivi à domicile constituent des leviers majeurs d'amélioration des parcours de soins. Le retard de la France en matière de suivi post-partum contraste avec plusieurs modèles européens qui privilégient un accompagnement renforcé à domicile dès les premiers jours suivant la naissance.

Cette transformation ne pourra reposer sur une seule profession. Elle implique une coopération étroite entre sages-femmes, médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens, pédiatres, anesthésistes, infirmiers, psychologues, professionnels de PMI et acteurs du secteur médico-social. La complémentarité des compétences est une condition indispensable à la qualité et à la sécurité des prises en charge.

Dans cette organisation renouvelée, les sages-femmes occupent toutefois une place singulière. Profession médicale spécialisée dans la physiologie, la prévention et l'accompagnement des femmes tout au long de leur parcours de santé sexuelle, reproductive et périnatale, elles constituent l'un des principaux leviers de transformation du modèle périnatal français.

💡 ***Ce qu'il faut retenir -*** *Répondre au défi démographique ne consiste pas uniquement à augmenter le nombre de naissances. Il s'agit également de garantir à chaque femme, à chaque enfant et à chaque famille un accompagnement de qualité, accessible et sécurisé. C'est dans cette ambition que les sages-femmes ont un rôle majeur à jouer dans la construction du système de santé de demain. Le déclassement de la France en matière de périnatalité n'est pas une fatalité : il dépend des choix d'organisation que nous ferons collectivement pour replacer la prévention, la proximité et la continuité des soins au cœur de notre système de santé.*

Chapitre 6 - Les sages-femmes au cœur de la santé des femmes et de leur accès aux soins

1. La santé des femmes : un enjeu de santé publique majeur, encore sous-estimé

Les femmes jouent un rôle central dans la gestion de la santé familiale : plus des deux tiers d'entre elles prennent en charge le suivi médical des enfants et de leur conjoint, parfois au détriment de leur propre suivi médical.

Cette place centrale dans l'organisation des soins familiaux ne doit pas masquer une réalité préoccupante : les besoins de santé des femmes restent encore insuffisamment pris en compte et leur accès aux soins demeure marqué par de nombreuses inégalités.

Le constat est préoccupant :

- 64 % des personnes renonçant aux soins en France sont des femmes (environ 9,5 millions par an) ;
- 53 % des femmes ont déjà renoncé à des soins gynécologiques, faute de praticiens disponibles ;
- Le nombre de gynécologues a chuté de 11 % en 15 ans (de 7 811 en 2010 à 6 936 en 2025) ;
- Dans certains départements, il n'existe plus aucun gynécologue médical à activité régulière ;
- Les femmes sont aujourd'hui majoritaires parmi les populations précaires en France. Elles représentent 53 % des personnes pauvres et 57 % des bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA). Leur situation professionnelle est fragile : 70 % des travailleurs pauvres sont des femmes, elles occupent des emplois à temps partiel, et 62 % des emplois non qualifiés.

Les sages-femmes : une réponse à la désertification gynécologique

Depuis 2009, nous avons la possibilité d'assurer le suivi gynécologique de prévention et de prescrire une contraception aux femmes en bonne santé. Nous constituons ainsi une réponse directe et efficace aux difficultés d'accès aux soins gynécologiques, en assurant des missions essentielles de prévention, de dépistage et d'accompagnement des femmes tout au long de leur parcours de santé.

Malgré les progrès, les questions de santé propres aux femmes – comme l'endométriose, la ménopause, le syndrome prémenstruel ou certains cancers féminins – restent sous-financées ou sous-étudiées, ce qui freine les avancées thérapeutiques et la qualité des soins.

La santé mentale constitue également un enjeu majeur de santé publique pour les femmes. Elle présente des écarts significatifs avec celle des hommes, notamment depuis la pandémie : 17 % des femmes de 18-75 ans souffrent de dépression, contre 10 % des hommes.

Les troubles musculosquelettiques concernent 60 % des femmes contre 51 % des hommes. Bien que représentant près de la moitié de la population active, les femmes subissent des inégalités marquées en santé au travail.

Au-delà des différences épidémiologiques, un biais de genre dans les soins existe et doit être pris en compte selon les experts de santé publique. Les sciences sociales démontrent l'influence des stéréotypes de genre (fragilité féminine versus virilité masculine) sur l'expression des symptômes et la relation soignant-patient.

2. Prévention, dépistage, suivi : notre rôle dépasse largement la grossesse

Le Plan stratégique 2030 pour la profession de sage-femme souligne que, compte tenu de notre formation, de nos compétences et des référentiels professionnels existants, nous avons vocation à devenir les professionnelles médicales référentes de la santé sexuelle, génésique et préventive des femmes tout au long de leur vie.

Cette approche s'inscrit dans une logique de parcours de vie. L'intervention des sages-femmes ne se limite plus à la grossesse ou à l'accouchement ; elle accompagne les femmes à différentes étapes de leur vie, de l'adolescence à la ménopause.

Cette prise en charge globale repose sur des missions de prévention, de dépistage, d'accompagnement et de suivi qui interviennent à différents moments du parcours de santé des femmes.

Cela inclut notamment :

Chez l'adolescente et la jeune femme Éducation à la santé sexuelle, prévention des IST, contraception, repérage des violences	**Chez la femme adulte** Suivi gynécologique de prévention, dépistages, accompagnement de la ménopause, suivi post-partum prolongé
En périnatalité Suivi de grossesse, accouchement, post-partum, allaitement, soutien à la parentalité, repérage des dépressions post-natales	**Santé publique** Vaccination, prévention des addictions, éducation thérapeutique, coordination des parcours de soins

Chapitre 7 - Les sages-femmes en première ligne face aux violences sexistes et sexuelles (VSS) :

Malgré les efforts de sensibilisation et de prévention, les violences sexistes et sexuelles (VSS) restent une réalité lourde et structurelle en France. Les chiffres sont vertigineux et rappellent l'urgence de ce sujet :

1 femme toutes les 23 secondes	**1 femme toutes les 2 minutes**
Victime de harcèlement sexuel ou d'exhibition sexuelle en 2023	Victime de viol, tentative de viol ou agression sexuelle en 2023
(1 371 000 femmes majeures)	(277 000 femmes)

Compte tenu de notre proximité avec les patientes, de la relation de confiance que nous instaurons et de la nature de nos missions, nous sommes très souvent en première ligne pour repérer, accompagner et orienter les femmes victimes de violences.

Prise en charge des séquelles physiques et psychologiques

Nous traitons des conséquences directes des violences (blessures, traumatismes génitaux, complications obstétricales liées à des rapports non consentis, grossesses non désirées, etc.).

Nous pouvons aussi dépister et orienter vers des soins post-viol ou vers les structures médico-judiciaires spécialisées dans l'accompagnement des victimes.

Sensibilisation et prévention

De plus en plus de nos formations intègrent aujourd'hui des modules sur la reconnaissance des violences, l'écoute empathique, et les mécanismes de signalement.

Des dispositifs innovants nous impliquent pour aborder prévention, respect des droits sexuels et reproductifs et repérage des violences, notamment chez les femmes vulnérables ou en situation de handicap.

Évolution réglementaire professionnelle

Le nouveau Code de déontologie des sages-femmes, entré en vigueur le 31 décembre 2025 puis actualisé en mars 2026, renforce les droits des patientes et réaffirme notre responsabilité dans le repérage, la protection et l'accompagnement des victimes de violences.

Un rôle à formaliser et à valoriser

Le Plan stratégique 2030 recommande que des sages-femmes référentes pour les VSS soient intégrées dans chaque réseau départemental. Ce rôle, que beaucoup d'entre nous exercent déjà de facto, mérite une reconnaissance officielle, une formation adaptée et une rémunération juste.

Synthèse : ce que la Partie 2 change pour notre exercice

Le Plan stratégique 2030 pour la profession de sage-femme identifie les grands défis auxquels la France est confrontée. Face à chacun d'eux, les sages-femmes apparaissent comme un acteur essentiel de la réponse

Défi 1 Répondre au défi démographique et périnatal	**Défi 2** Améliorer la santé des femmes et leur accès aux soins	**Défi 3** Prévenir et mieux prendre en charge les violences sexistes et sexuelles
Notre rôle : Un levier essentiel pour améliorer la santé périnatale, réduire la mortalité infantile et transformer les parcours de soins, notamment en renforçant la prévention, la proximité et le suivi pré et post-natal.	**Notre rôle :** Professionnelles médicales de la prévention, du suivi gynécologique et de la santé sexuelle et reproductive, nous constituons un recours essentiel face aux difficultés d'accès aux soins.	**Notre rôle :** Professionnelles de première ligne pour le repérage, l'accompagnement et l'orientation des femmes victimes de violences, nous contribuons à mieux coordonner leur parcours.

Un message à retenir

La seconde partie de cette feuille de route parle de nous. De notre place dans un système de santé qui en a besoin, de notre rôle auprès de femmes qui en ont besoin, et d'un pays qui doit désormais se donner les moyens de nous reconnaître pleinement.

La mobilisation de toute la profession autour de cette ambition collective est une condition indispensable de son succès.



STRATÉGIE NATIONALE POUR LE RENFORCEMENT DE LA PROFESSION

Après avoir établi le constat de notre transformation profonde et démontré notre rôle stratégique face aux grands enjeux de santé publique, cette troisième partie est celle des propositions et de l'action.

Elle porte une ambition claire : permettre aux sages-femmes d'occuper pleinement la place qui doit être la leur dans le système de santé français.

Reconnaître notre rôle ne peut plus se limiter à constater l'évolution de nos compétences.

Cela implique désormais de transformer notre cadre d'exercice, notre statut, notre modèle économique et notre organisation territoriale.

Cette stratégie repose sur quatre axes majeurs :

- La pleine reconnaissance de notre statut de profession médicale et de l'étendue de nos compétences ;
- La transformation de notre cadre d'exercice pour répondre aux nouveaux besoins de santé des femmes et à l'évolution de nos missions ;
- La reconnaissance de la valeur de notre activité et la construction d'un modèle de financement à la hauteur de notre contribution au système de santé ;
- Notre pleine intégration dans l'organisation, la coordination et la gouvernance territoriales des parcours de santé.

Cette partie se conclut par la présentation des 10 mesures phares du Plan stratégique 2030, qui constituent une feuille de route concrète pour transformer durablement notre profession.

Chapitre 8 : Nous sommes une profession médicale : il est temps que cette réalité soit pleinement reconnue

1. Une reconnaissance juridique qui doit désormais se traduire dans les faits

Nous sommes reconnues comme profession médicale depuis la loi du 19 ventôse an XI (10 mars 1803) qui a structuré l'exercice de l'art des accouchements, et nous bénéficions d'un statut ordinal depuis 1945. Si le fossé entre cette reconnaissance juridique explicite et sa traduction effective par les pouvoirs publics et les autres professions médicales s'est sensiblement réduit ces dernières années, il n'est pas encore totalement résorbé.

Un travail reste donc nécessaire pour que cette réalité soit pleinement effective et partagée.

Les propositions présentées dans ce chapitre poursuivent un objectif simple : faire coïncider la réalité de notre profession avec la place qui doit lui être accordée.

C'est l'objet des propositions formulées dans les paragraphes suivants. Au préalable, il convient de rappeler les fondements juridiques, scientifiques et éthiques qui établissent sans ambiguïté le statut médical de la profession de sage-femme.

Le fondement juridique : l'article L. 4151-1 du Code de la santé publique (CSP)

L'article L. 4151-1 du CSP consacre explicitement le caractère médical de l'activité des sages-femmes.

Extrait : « *L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et de l'accouchement ainsi qu'aux soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant.*

La sage-femme peut pratiquer l'accouchement normal, surveiller le travail et l'accouchement, pratiquer l'examen postnatal de la mère et de l'enfant et prescrire les médicaments, dispositifs médicaux et examens nécessaires.

Elle participe à la prévention, au dépistage et à l'éducation pour la santé. »

Ce texte contient les critères juridiques fondamentaux d'une activité médicale concernant :

- Le diagnostic **:** acte réservé aux professions médicales ; la sage-femme n'agit pas en délégation, mais elle analyse, évalue et décide ;
- La prescription : droit de prescrire médicaments, dispositifs médicaux et examens complémentaires ;
- La prise en charge autonome : elle surveille, décide, agit et oriente si nécessaire, sans être dans une situation de subordination ou de délégation.

- La pratique d'actes médicaux : accouchement normal (c'est-à-dire non identifiées comme pathologiques ou à risque), surveillance du travail, examen postnatal de la mère et du nouveau-né…

Les sages-femmes sont classées par le législateur parmi les professions médicales, au sein du Livre Ier du CSP, consacré aux professions médicales.

D'autres dispositions confirment ce caractère médical :

- Article L. 4151-2 CSP **:** définit l'autonomie de prescription et la liste des actes médicaux.
- Articles R. 4127-301 et suivants CSP **:** Code de déontologie des sages-femmes, calqué sur les codes de déontologie médicale (responsabilité, indépendance, secret médical).
- Article L. 1142-1 CSP **:** responsabilité médicale personnelle en cas de dommage lié aux soins.

Formation, compétences et éthique : les fondements de l'identité médicale des sages-femmes sont solides :

Fondement juridique	**Fondement académique**	**Fondement éthique**
L'article L. 4151-1 du CSP consacre explicitement le caractère médical de notre activité : diagnostic, prescription, prise en charge autonome.	Formation universitaire de six années aujourd'hui, appelée à devenir une formation en sept ans avec un diplôme d'État de docteur en maïeutique à partir de 2027, comparable aux cursus des autres professions médicales.	Code de déontologie, secret médical, consentement éclairé, indépendance professionnelle : les fondements de l'éthique des professions médicales.

Un positionnement historiquement brouillé par une forte médicalisation de la grossesse en France

Historiquement, les sages-femmes françaises ont été les premières praticiennes médicales de la naissance, bien avant la spécialisation obstétricale. Dès 1745, Angélique du Coudray développe un programme de formation rigoureux pour les sages-femmes en France, à la différence de nombreux pays européens qui, au XVIIIe siècle, n'avaient pas encore pris ce virage.

Là où certaines approches, notamment scandinaves, considèrent la grossesse comme un processus physiologique normal jusqu'à preuve du contraire, l'école française s'est longtemps inscrite dans une vision plus médicalisée, considérant la grossesse davantage à travers le prisme du risque et de la pathologie potentielle, sauf preuve du contraire.

Cette évolution a progressivement conduit, au cours du XXe siècle, à un déplacement du rôle des sages-femmes : d'une compétence pleine et entière dans l'accompagnement des grossesses considérées comme physiologiques, elles ont été progressivement placées sous la tutelle des gynécologues-obstétriciens dans un système fortement médicalisé.

Le statut médical des sages-femmes à l'hôpital doit aujourd'hui se traduire concrètement par leur pleine intégration aux professions médicales des établissements, avec toutes les conséquences que cela implique en matière de formation, de statut, de rémunérations et de participation à la gouvernance.

La stratification des grossesses selon le niveau de risque, ainsi que l'évolution des pratiques hospitalières, vont clairement dans le sens d'une meilleure reconnaissance du statut médical des sages-femmes et d'une organisation plus équilibrée entre expertise médicale spécialisée et accompagnement de la physiologie.

En revanche, une part importante du travail reste à accomplir en exercice libéral, où l'élargissement des compétences en gynécologie est encore insuffisamment intégré et reconnu par les médecins gynécologues et généralistes.

De ce fait, de nombreuses sages-femmes expriment un manque de confiance manifeste quant à leur légitimité à exercer en ville une activité médicale pleinement autonome, de qualité et en toute sécurité, faute de parcours de soins identifiés et de relations interprofessionnelles pérennes.

L'instauration d'une relation de confiance entre les différentes professions impliquées dans la santé des femmes et des enfants est indispensable, tant à l'égard des pouvoirs publics que des patientes.

Cette confiance reposera sur une répartition claire, équilibrée et partagée des champs de compétence**.** Les champs d'exclusivité respectifs des sages-femmes et des médecins gynécologues doivent ainsi être clairement définis et reconnus par les deux professions.

2. Insee : clarifier sans mener des batailles perdues d'avance

La loi du 25 janvier 2023, dite « loi Chapelier » avait promis un changement de classification Insee. Ce changement n'a pas pu être appliqué : la nomenclature française est contrainte par le droit européen, et l'Insee ne peut pas passer outre.

Le Plan stratégique 2030 propose d'aborder cette question avec pragmatisme et de privilégier des leviers réellement atteignables :

Obtenir un document officiel de l'Insee précisant que ses nomenclatures ne peuvent pas servir à hiérarchiser les professions dans le système de santé, ni à justifier des différences de remboursement.	Mettre en avant les « classes d'emploi » de l'Insee, dans lesquelles les sages-femmes sont classées au même niveau que les médecins (niveau supérieur), et dissociées des infirmiers.	Préparer dès maintenant la prochaine révision de la nomenclature des Professions et Catégories Socioprofessionnelles (PCS), prévue vers 2040, en documentant les évolutions réelles de la profession, afin d'obtenir un reclassement dans la catégorie « cadres et professions intellectuelles supérieures ».

3. La priorité absolue : le statut de praticien hospitalier

L'accès à un statut médical hospitalier à la hauteur des responsabilités exercées constitue l'une des priorités majeures de ce Plan stratégique 2030, tant cet avènement rejaillira positivement et durablement sur l'ensemble de notre profession et sur le système de santé.

Ce statut ne doit pas être envisagé comme une simple reconnaissance symbolique ou corporatiste, relevant d'un impératif de justice professionnelle.

Il s'agit avant tout d'une nécessité fonctionnelle, répondant à l'évolution de nos compétences, de nos responsabilités et de notre rôle stratégique dans le système de santé, notamment en périnatalité.

L'intérêt général et le bien commun doivent être au cœur de cette revendication.

Depuis vingt ans, la profession de sages-femmes a connu des avancées et des évolutions significatives (cf. partie 1), la positionnant désormais au niveau des autres professions médicales bénéficiant d'un statut médical hospitalier pleinement reconnu.

L'adoption de ce statut doit s'accompagner d'évolutions significatives de la carrière hospitalière qu'il faudrait anticiper. La méthodologie la plus adaptée pour y parvenir dans les meilleurs délais doit également être définie avec soin.

Une profession désormais alignée sur les critères du corps médical hospitalier

Nous avons vu précédemment que si nous sommes juridiquement une profession médicale, nous avons dû faire évoluer sensiblement notre profession en un demi-siècle pour que le droit se traduise dans les faits. Le combat n'est pas fini.

À l'hôpital, malgré ce statut de profession médicale et ces progrès, nous restons une profession à part sur les plans juridique et historique.

Le terme de « corps médical » a une définition juridique très stricte. Il comprend uniquement les médecins, les chirurgiens-dentistes et les pharmaciens hospitaliers.

Nous remplissons désormais l'ensemble des critères nécessaires à une pleine reconnaissance médicale hospitalière :

☑ **Critères déjà remplis**	❌ **Critère manquant**
✓ Profession médicale (CSP) ✓ Accès au doctorat (à partir de 2027) ✓ Formation dans les UFR santé (à partir de 2027) ✓ Branche du corps médical universitaire (en cours)	✗ Reconnaissance statutaire comme praticien hospitalier **→ C'est désormais le verrou qu'il reste à lever. Tout le reste est en place.**

Notre statut hospitalier actuel est hérité d'une organisation historique obsolète, qui a intégré les sages-femmes dans un corps spécifique de « sages-femmes hospitalières », rattaché au personnel soignant et non au corps médical.

Cette incohérence entre la nature médicale de la profession et son statut administratif constitue aujourd'hui un frein majeur à l'efficacité du système hospitalier en périnatalité.

Viser la plénitude du corps médical hospitalier, et non un simple changement statutaire

La reconnaissance du statut de praticien hospitalier ne saurait être une fin en soi. Elle doit s'inscrire dans une vision globale et ambitieuse de la carrière hospitalière et hospitalo-universitaire des sages-femmes.

L'entrée dans le corps médical hospitalier doit s'accompagner de l'ensemble des droits, devoirs, moyens et prérogatives permettant aux sages-femmes d'exercer pleinement leurs missions au service de la santé périnatale. Il s'agit d'un tournant structurel, et non d'un simple ajustement administratif.

Cette évolution est d'autant plus nécessaire que les résultats de la France en matière de santé périnatale se dégradent, avec des performances désormais inférieures à la moyenne européenne et à celles observées par la France au XXe siècle.

La France, historiquement en pointe au XXe siècle, se situe désormais en dessous de la moyenne européenne pour plusieurs indicateurs clés, notamment la mortalité infantile.

L'obtention de notre statut de praticien hospitalier devrait s'inscrire dans un plan national de reconquête de la périnatalité, visant à inverser les tendances actuelles de la mortalité infantile et à repositionner la France parmi les pays les plus performants dans ce domaine.

Ce que ce statut changerait concrètement

Rattachement à la Direction des affaires médicales (DAM) et cohérence avec la nature médicale de la profession • Accès à la formation médicale continue sur les mêmes fonds que les médecins, avec un nombre de jours annuels revalorisé pour tenir compte du rythme d'actualisation des connaissances propre à une profession médicale • Participation à la gouvernance hospitalière • Salaire à la hauteur des responsabilités exercées • Possibilité d'exercice mixte ville-hôpital sans restriction arbitraire • Accès aux missions de recherche et d'enseignement • Reconnaissance d'une véritable carrière hospitalo-universitaire

Cette évolution doit être analysée à l'aune d'une approche médico-économique (en termes de coût-efficacité et coût-bénéfice) : le rattrapage du taux de mortalité infantile vers la moyenne européenne pourrait générer jusqu'à 2 milliards d'euros d'économies annuelles, largement supérieures à l'impact budgétaire d'une revalorisation salariale.

La mise en place d'une gouvernance mixte sage-femme/médecin dans les instances de décision internes et externes aux établissements serait une juste reconnaissance de la profession de sage-femme, mais aussi une avancée vers un management des secteurs de la santé des femmes et de la périnatalité qui place la prévention au cœur du dispositif.

Ce statut ne doit pas être une fin en soi. Il doit s'inscrire dans un plan national de reconquête de la périnatalité, visant à améliorer les performances françaises (notamment en matière de mortalité infantile et de mortinatalité) et à redonner à l'hôpital son attractivité pour les sages-femmes.

Chapitre 9 – Faire reconnaître l'évolution de notre profession

1. L'impact de l'innovation technologique

La France se positionne en tête du classement en matière d'adoption de l'intelligence artificielle (IA) et surclasse même les États-Unis (21ème), le Royaume-Uni (9ème), le Canada (14ème) et l'Allemagne (24ème). Elle occupe le 5ème rang mondial pour l'adoption de l'IA générative, avec 44 % d'utilisateurs selon le rapport « AI Diffusion Index » du Microsoft AI Economy Institute publié en janvier 2026. Notre taux d'adoption a progressé de 3,1 points en 2025, soit l'une des croissances les plus fortes des 30 pays développés analysés par Microsoft (+2 points en Allemagne et aux États-Unis).

Le développement de l'IA en santé constitue une transformation majeure : le marché mondial de l'IA appliquée à la santé est estimé à environ 50 milliards d'euros en 2025 et pourrait dépasser 1 000 milliards d'euros à l'horizon 2035. Selon une étude Talan publiée fin 2025, 85 % des professionnels de santé déclarent déjà utiliser l'IA dans leur pratique.

La mobilisation des pouvoirs publics, le fait de disposer en France de notre propre modèle d'IA générative (Mistral AI), ainsi que l'usage déjà répandu de l'IA dans le monde professionnel (33 % des entreprises de 250 salariés ou plus selon l'Insee) sont des facteurs explicatifs de cet engouement pour l'IA.

Cet engouement justifie d'autant plus d'intégrer dès maintenant l'impact de l'IA dans la réorganisation de notre système de santé en général et dans la réflexion sur la place des sages-femmes dans le système de santé de demain.

Impact spécifique de l'IA pour la place des sages-femmes dans la santé de demain

Les bénéfices et limites de l'IA évoqués pour les usagers comme pour les professionnels de santé sont valables pour la santé des femmes d'une part et pour les sages-femmes, d'autre part.

Les femmes jouent un rôle déterminant pour leur propre capital santé, mais aussi celui de leur entourage. Elles ont un fort tropisme pour l'information médicale.

L'IA générative étant un outil de langage qui synthétise, reformule, classe, aide à rédiger et peut dialoguer avec des connaissances en santé, elle pourrait améliorer l'information, la prévention et l'efficience des parcours de santé des femmes, sous réserve d'un usage responsable et encadré.

Qu'il s'agisse d'améliorer l'information et l'éducation à la santé des femmes grâce à des explications personnalisées (contraception, IST, grossesse, allaitement, ménopause) ou de faciliter notre pratique quotidienne par une meilleure préparation des consultations, une aide à la documentation ou une coordination renforcée des parcours (ville-maternité-PMI, dossier médical…), l'IA représente déjà et représentera demain une véritable valeur ajoutée pour la santé des femmes.

Cette révolution technologique ne doit toutefois pas reproduire les mécanismes d'invisibilisation dont la profession a parfois souffert. Les sages-femmes ne peuvent être les grandes oubliées d'une transformation qu'elles investissent déjà dans leur pratique quotidienne. L'histoire récente de la profession montre que certaines évolutions techniques, comme l'échographie obstétricale, n'ont pas toujours conduit à une reconnaissance pleine et entière des compétences mobilisées sur le terrain.

L'IA constitue donc un enjeu stratégique : il ne s'agit pas seulement d'utiliser de nouveaux outils, mais de participer activement à la définition de leurs usages en santé des femmes. À défaut, la profession pourrait voir une nouvelle fois son expertise diluée ou captée par d'autres acteurs.

Les applications numériques de santé pour les femmes sont déjà nombreuses : plusieurs centaines dans le monde et plusieurs dizaines actives en France. Le marché des applications numériques « Femtech » représente 4,1 milliards de dollars en 2024 et devrait atteindre 22,2 milliards de dollars dans dix ans, soit une croissance annuelle estimée à 18,5 %.

Les thèmes principaux sont pour la plupart directement liés aux champs de compétences des sages-femmes : suivi menstruel et fertilité, ovulation, grossesse, soutien post-partum…

Les sages-femmes sont déjà pleinement engagées dans cette transformation numérique. En 2024, elles figurent en tête des professionnels étudiés dans l'usage de la téléconsultation, avec 21,7 % des usages, devant les anesthésistes (10,9 %) et les psychologues et psychiatres (10,7 %). Cette appropriation des outils numériques démontre leur capacité à intégrer les innovations lorsqu'elles répondent aux besoins des femmes et améliorent les parcours de soins.

Dans le domaine de l'échographie, les nouvelles générations d'équipements intègrent également des outils d'aide à l'acquisition et à l'interprétation : biométrie automatisée, repérage de certaines anomalies ou assistance au positionnement. Ces technologies ne remplacent pas l'expertise clinique : la responsabilité de l'interprétation et de la décision médicale demeure celle de la sage-femme. Elles peuvent en revanche constituer un appui majeur, notamment dans les territoires sous-dotés, en renforçant la qualité et la sécurité du dépistage prénatal.

Une IA « cadrée » pour une sage-femme « augmentée »

Face à l'effervescence des applications numériques – utilisant souvent l'IA mais pas systématiquement –, nous devons prendre toute notre place dans l'évaluation et l'accompagnement de ces nouveaux usages. La sage-femme peut devenir l'une des principales garantes du bon usage de ces applications, notamment dans les maternités et dans le cadre des réseaux de périnatalité : en participant à l'évaluation des outils, à la validation des contenus destinés aux femmes et au signalement des dérives potentielles. Cette implication permettra d'éviter l'utilisation d'outils non pertinents ou insuffisamment évalués, tout en accompagnant les femmes dans la compréhension de leurs limites.

Cette transformation nécessite un cadre réglementaire clair, porté par les pouvoirs publics, garantissant la fiabilité des contenus diffusés en santé et associant pleinement les professionnels de terrain, dont les sages-femmes, à leur évaluation et à leur régulation.

Dans cette perspective, une IA « cadrée » permettra de renforcer la sage-femme « augmentée » dans ses missions cliniques et éducatives : prévention, repérage précoce, sécurité des soins, accompagnement personnalisé et qualité de la relation.

Le développement massif de modules de formation à l'IA dans nos formations initiales et continues constitue une priorité de santé publique.

L'enjeu est d'autant plus important que nous connaissons déjà les conséquences d'une diffusion non encadrée des informations de santé, notamment à travers les réseaux sociaux. La propagation de croyances erronées ou de conseils inadaptés génère aujourd'hui des situations que les sages-femmes accompagnent et corrigent quotidiennement dans leurs cabinets. L'IA pourrait amplifier ces phénomènes si elle n'est pas intégrée dans un cadre rigoureux, fondé sur des contenus validés scientifiquement.

À défaut, la prolifération incontrôlée des usages de l'IA par les femmes pourrait fragiliser notre position professionnelle et nous exposer à un risque de déqualification.

Il apparaît donc indispensable que la profession, en lien avec ses instances représentatives et scientifiques, élabore des recommandations claires sur les usages autorisés et sur le principe d'une validation humaine systématique des décisions : l'IA propose, la sage-femme dispose.

Enfin, l'IA renforcera notre capacité à prévenir, diagnostiquer, prescrire et accompagner avec davantage de précision, de sécurité et de personnalisation.

Dans le contexte de l'élargissement récent de nos missions, l'IA constitue un outil de soutien stratégique, à condition d'en maîtriser les usages et d'en garantir un déploiement éthique et responsable.

En résumé :

Ce que l'IA peut faire pour nous

• Réduire les tâches administratives • Aider à structurer les données médicales • Générer des supports d'éducation pour les patientes • Aider au repérage précoce de facteurs de risque • Faciliter la coordination ville-maternité-PMI • Servir d'assistant à la prescription sécurisée

Ce que l'IA ne remplacera jamais

• La relation de confiance avec la patiente

• Le jugement clinique en situation complexe • L'accompagnement émotionnel • La décision médicale finale • L'expérience incarnée du soin

La « sage-femme augmentée »

La sage-femme augmentée est une professionnelle qui met l'IA au service de son expertise, tout en restant pleinement garante de la décision médicale et de la relation de confiance avec les femmes. Nous devons investir cette transformation en développant nos compétences, en participant à l'évaluation des outils et en garantissant un usage éthique et responsable de l'IA en santé des femmes.

Le développement d'une formation initiale et continue à l'IA constitue une priorité. Sans cet accompagnement, la prolifération d'applications de santé féminine non évaluées pourrait fragiliser notre position professionnelle et éloigner davantage les femmes d'une information fiable et validée scientifiquement.

2. Gynécologie : clarifier notre champ d'exercice pour l'exercer pleinement

C'est l'un des freins les plus concrets de notre exercice au quotidien. Depuis 2009, nous avons le droit d'assurer le suivi gynécologique de prévention. Toutefois, en l'absence de recommandations officielles claires, trois difficultés demeurent :

- Un manque de lisibilité persiste dans l'articulation des champs de compétences et dans les modalités d'orientation vers un avis spécialisé ;
- Les gynécologues peuvent percevoir un chevauchement insuffisamment balisé entre les champs d'exercice ;
- Les femmes connaissent encore mal la possibilité de consulter une sage-femme pour leur suivi gynécologique.

Champ de compétences et limites à faire reconnaître

Depuis les années 2010, les compétences en gynécologie font pleinement partie de la formation initiale des sages-femmes. Pour celles formées antérieurement, un DU en gynécologie permet d'acquérir ces compétences.

La gynécologie est une discipline intégrée à la pratique de la profession de sage-femme depuis la loi HPST de 2009. Le champ de compétences des sages-femmes en la matière s'est progressivement élargi grâce aux évolutions législatives successives. L'essor démographique et le développement de l'exercice libéral ont permis à la profession de s'intégrer dans cette mission essentielle pour la santé des femmes.

Cependant, cette extension n'a pas encore été pleinement accompagnée d'une clarification des rôles et des responsabilités de chacun. Le champ d'intervention des sages-femmes, tel que défini par les textes, se limite à la consultation gynécologique de prévention, dit autrement au suivi gynécologique « normal », non pathologique.

Cette définition, juridiquement nécessaire, reste aujourd'hui insuffisamment lisible pour les professionnelles elles-mêmes, pour les autres acteurs du système de santé et pour les femmes.

Il est dans l'intérêt de l'ensemble des parties prenantes de lever les tensions générées par ces difficultés. Cet enjeu est d'autant plus crucial que l'accès à un suivi gynécologique de qualité devient de plus en plus difficile pour des millions de femmes.

Dans ce contexte, la densité croissante du réseau des sages-femmes en ville représente une opportunité majeure pour répondre à ce besoin de santé publique.

Par leur accessibilité en exercice libéral ou en centres de santé, leur approche globale, préventive et centrée sur les besoins de santé des femmes, ainsi que par leur capacité d'écoute et d'accompagnement, les sages-femmes offrent une prise en charge spécifique et à forte valeur ajoutée dans le suivi gynécologique.

Il est donc dans l'intérêt général de conforter et de développer ce rôle. Pourtant, plus de dix-sept ans après l'ouverture de ce champ de compétences, sa reconnaissance par les pouvoirs publics, les autres professions médicales et les femmes elles-mêmes demeure très insuffisante.

Par une identification des femmes à risque, sur le modèle du suivi de la grossesse

Une condition indispensable à cette évolution est de définir plus clairement les modalités d'intervention des sages-femmes dans le suivi gynécologique, selon un modèle comparable à celui qui existe pour la grossesse.

Dans ce dernier, nous assurons en autonomie la prise en charge des grossesses dites « normales », c'est-à-dire non identifiées comme pathologiques ou à risque. Nous participons à la prise en charge pluriprofessionnelle des grossesses pathologiques.

Nos champs de compétences en matière de grossesse sont aujourd'hui bien reconnus par les femmes, les autres professionnels de santé et les pouvoirs publics. Le système de stratification du risque obstétrical est éprouvé et fonctionnel.

Il distingue quatre groupes de grossesses :

- groupe A - sans facteur de risque ;
- groupe A1 - à faible risque avec facteurs mineurs ;
- groupe A2 - à risque obstétrical intermédiaire ;
- groupe B - à haut risque nécessitant un suivi médical spécialisé.

Cette organisation permet d'identifier clairement le rôle de chaque professionnel, de sécuriser les parcours et de garantir une orientation adaptée en fonction du niveau de risque.

Puisque le principe d'intervention autonome de la sage-femme dans le suivi gynécologique est similaire à celui de la grossesse, fondé sur le caractère non pathologique, la mise en place d'une stratification comparable des situations gynécologiques selon le niveau de risque apparaît comme une évolution cohérente et nécessaire.

Les conseils nationaux professionnels (CNP) de maïeutique et de gynécologie sont les acteurs les plus légitimes pour définir cette classification clinique gynécologique et les modalités d'intervention des professionnels qui en découlent. La HAS serait chargée ensuite de valider cette règle afin de la rendre officielle, opposable et durable.

Toutes les parties prenantes ont intérêt à une mise en place rapide de cette classification :

- Les gynécologues, dont l'expertise médicale pourrait être davantage consacrée aux situations pathologiques et complexes ;
- Les sages-femmes, qui verraient l'un de leurs champs de compétences majeurs clairement reconnu et renforcé ;

- L'Assurance maladie, qui pourrait promouvoir une organisation plus efficiente des parcours, fondée sur le principe du juste professionnel pour le juste soin ;
- Les femmes, dont l'accès à un suivi gynécologique de prévention de qualité serait significativement amélioré.

Cette classification constitue donc un outil d'organisation des soins, et non une opposition entre professions. Elle permettrait de mieux répondre aux besoins des femmes en mobilisant pleinement les compétences de chaque professionnel de santé.

Une place dans les soins primaires à consolider et à faire connaître

Cette reconnaissance par toutes les parties prenantes dans le suivi gynécologique est d'autant plus stratégique qu'elle contribuerait, au-delà de ce seul champ de compétences, à conforter pleinement notre place dans les soins primaires.

Nous avons un rôle majeur à jouer dans la santé des femmes tout au long de leur vie, en particulier dans les champs de la prévention, de la santé sexuelle et reproductive et de la périnatalité. Dans le cadre de l'évolution attendue de notre système de santé, notre place devra être pleinement reconnue dans une organisation territoriale coordonnée, articulant les professionnels de santé, les acteurs médico-sociaux et les dispositifs de prévention existants.

Nos missions s'étendent dorénavant bien au-delà de la maïeutique : prévention gynécologique, échographies, PMA, orthogénie, dépistage des cancers, vaccination, éducation et promotion de la santé…

Cette diversification des missions témoigne de la transformation profonde de notre profession : si nous demeurons les professionnelles de référence de la grossesse et de la naissance, nous contribuons désormais pleinement à la santé des femmes à différents moments de leur parcours de vie.

Malgré toutes ces avancées, notre identification comme recours de premier niveau et comme acteur médical de référence pour la santé périnatale et gynécologique, en association avec les autres professionnels médicaux dédiés, reste largement à construire.

3. Notre profession à l'hôpital : rendre de nouveau l'accouchement attractif

La question posée par le Plan stratégique 2030 est directe : qui va accoucher les femmes demain en France ? Les sages-femmes hospitalières sont de moins en moins nombreuses. Les gynécologues-obstétriciens se détournent de l'accouchement. Les maternités ferment.

L'évolution démographique et des modes d'exercice depuis 2010 montre clairement une baisse du nombre de sages-femmes hospitalières, avec une dynamique en faveur de l'exercice libéral.

Cette évolution ne traduit pas un désintérêt des sages-femmes pour l'accompagnement des naissances ou du post-partum. Elle révèle avant tout les difficultés croissantes rencontrées dans l'exercice hospitalier : conditions de travail dégradées, tensions sur les effectifs, manque de

reconnaissance et organisation contrainte par des décrets de périnatalité qui ne permettent pas toujours de répondre aux besoins réels des femmes et des professionnels.

L'un des enjeux majeurs identifiés par la profession concerne la possibilité de garantir une prise en charge « une femme – une sage-femme » (« one to one midwifery care ») lorsque la situation clinique le permet. Alors que ce modèle reste encore peu développé en France, il est expérimenté depuis plusieurs décennies dans plusieurs pays anglo-saxons.

À l'avenir, notre modèle doit permettre aux sages-femmes de coordonner les parcours de grossesse, en lien avec les autres professionnels de la périnatalité, dans le respect du libre choix du lieu de naissance.

L'OMS recommande d'ailleurs les modèles de continuité des soins assurés par les sages-femmes pour les grossesses à bas risque, qui améliorent la qualité des soins et l'expérience des femmes.

La difficulté actuelle n'est donc pas liée à un manque d'engagement des sages-femmes auprès des femmes et des nouveau-nés, mais à un modèle hospitalier qui ne permet plus toujours d'exercer notre profession dans les conditions attendues. Restaurer l'attractivité de l'accouchement suppose de repenser l'organisation du travail, de redonner du sens aux missions et de mieux reconnaître notre expertise.

Cette situation conduit aujourd'hui un nombre significatif de sages-femmes à réorienter leur activité professionnelle, soit vers d'autres métiers, soit vers un exercice en ville offrant davantage d'autonomie et de possibilités d'organisation.

Parallèlement, le développement du suivi de grossesse extra-hospitalier, ainsi que l'élargissement de nos champs d'intervention, ont significativement ouvert le champ des possibles pour les sages-femmes, à l'hôpital comme en dehors.

Ces nouvelles opportunités nous offrent aujourd'hui des alternatives professionnelles qui n'existaient pas auparavant, notamment à travers le développement de l'exercice libéral et de l'exercice mixte. Dans ce contexte, la limitation de ces possibilités par la contrainte, notamment via une restriction de l'exercice mixte, ne constitue pas une réponse adaptée à la situation actuelle.

Cette attrition des sages-femmes hospitalières s'inscrit dans un contexte plus large qui touche également les gynécologues-obstétriciens. Ces derniers s'orientent de plus en plus vers d'autres domaines tels que la PMA, la chirurgie gynécologique ou l'endocrinologie, au détriment de l'activité d'accouchement.

Ces activités sont souvent perçues comme plus gratifiantes sur le plan intellectuel, plus innovantes et moins contraignantes. À cela s'ajoutent le travail de nuit systématique et un risque médico-légal élevé en cas de complication pour l'accouchement, qui pèsent lourdement dans les choix d'orientation professionnelle.

Dans ces conditions, l'activité d'accouchement apparaît de moins en moins attractive, tant pour les médecins que pour les sages-femmes.

Répondre à cette crise d'attractivité nécessite donc une approche globale : il ne s'agit pas uniquement de maintenir des effectifs, mais de reconstruire un modèle périnatal hospitalier permettant aux sages-femmes et aux médecins de retrouver du sens dans l'accompagnement des naissances, tout en garantissant aux femmes des soins de qualité.

Si aucune inflexion majeure n'est engagée, la question de savoir *qui accouchera les femmes en France demain* n'a rien de provocateur. Elle est d'autant plus légitime que les indicateurs de performance périnatale de la France se sont dégradés ces dernières années (cf. partie 2).

Améliorer nos conditions de travail et nos perspectives de carrières hospitalières

L'amélioration des conditions de travail à l'hôpital concerne l'ensemble des professionnels de santé, médicaux et non médicaux. Elle touche notamment :

- Une gouvernance insuffisamment ouverte à la participation des soignants dans la prise de décision et la gestion des ressources ;
- Une gestion administrative croissante, au détriment du temps consacré aux patients ;
- Des pénuries et une instabilité des ressources humaines, qui font peser une charge accrue sur les équipes permanentes.

Nous sommes directement confrontées à ces difficultés dans notre exercice quotidien. Mais pour les sages-femmes, ces enjeux se doublent d'une problématique spécifique : celle de notre pleine reconnaissance au sein du système hospitalier. Notre profession médicale reste encore insuffisamment intégrée dans les organisations hospitalières, ce qui limite notre participation aux décisions, nos perspectives d'évolution et la valorisation de nos compétences.

Le premier levier concerne donc l'intégration pleine et entière de la maïeutique au sein du corps médical hospitalier, à travers la reconnaissance du statut de praticien hospitalier en maïeutique et l'ensemble des droits, responsabilités et perspectives qu'il implique.

Cette évolution statutaire constitue une étape indispensable, mais elle ne peut être une fin en soi. Elle doit s'accompagner d'une transformation plus large de notre carrière hospitalière, permettant de développer des parcours professionnels attractifs dans le soin, la recherche et l'enseignement, et de reconnaître pleinement notre expertise médicale.

L'attractivité de l'exercice hospitalier passe également par la possibilité, pour les sages-femmes, d'y déployer pleinement leurs compétences. Dans certains établissements de santé, elles restent encore limitées dans la réalisation de certaines activités relevant pourtant de leur champ d'exercice, notamment les consultations prénatales, le suivi gynécologique ou les activités d'orthogénie. Ces restrictions constituent une entrave à l'exercice de notre profession et limitent les possibilités de construire des parcours professionnels diversifiés à l'hôpital.

Repenser la gestion de la périnatalité et l'organisation des maternités en dissociant le cas des grossesses à risque

Au-delà de la question statutaire, il apparaît indispensable d'engager un chantier de refonte de la gestion de la périnatalité à l'hôpital, associant étroitement gynécologues-obstétriciens, sages-femmes et directions hospitalières, dans les trois secteurs hospitaliers, dans une logique de réorganisation des parcours et de meilleure complémentarité entre les professionnels.

L'objectif n'est pas d'organiser une concertation de façade, mais de mener un travail approfondi, piloté par les sociétés savantes et les directions, autour de thématiques structurantes telles que :

- L'autonomie professionnelle des sages-femmes ;
- La reconnaissance et la visibilité de la sage-femme référente ;
- Le développement des projets de recherche portés par les sages-femmes ;
- Les ratios de personnel en fonction du nombre de naissances ;
- L'impact de la baisse du nombre de maternités ;
- L'augmentation des facteurs de risque chez les femmes enceintes ;
- La participation des sages-femmes à la gouvernance des maternités ;
- La distinction organisationnelle entre salles de naissance et organisation générale pour grossesses à bas risque et grossesses à risque ;
- Le développement des maisons de naissance et des accouchements à domicile.

Le modèle français de la périnatalité, largement structuré autour des grossesses à risque - qui représentent environ 20 % des grossesses - mérite d'être réinterrogé, vers un rééquilibrage du centre de gravité de la périnatalité en faveur des grossesses à bas risque. Si la sécurisation des parcours de soins pour ces grossesses à risque ne saurait être remise en cause, elle ne doit pas se faire au détriment de la prise en charge des grossesses à bas risque.

Confier davantage d'autonomie aux sages-femmes pour l'accompagnement des grossesses à bas risque tout au long du parcours, y compris au sein des maternités, permettrait à la fois de renforcer notre rôle et de soulager la charge pesant sur les gynécologues-obstétriciens, au bénéfice d'une organisation plus efficiente et plus cohérente des soins.

Enfin, la réduction importante du nombre de lits de maternité et la fermeture de nombreux établissements au cours des dernières années (cf. partie 1) se sont opérées sans réflexion globale suffisante sur l'organisation territoriale et fonctionnelle des soins périnataux.

4. Favoriser le développement des alternatives aux maternités pour les accouchements à bas risque

La logique de repenser la gestion de la périnatalité en donnant plus de poids à l'accompagnement des grossesses à bas risque concerne notre profession, mais aussi la volonté de mieux répondre aux attentes des femmes. Rappelons que, selon une enquête de l'Ifop publiée en mai 2024, près de 60 % des femmes souhaitent accoucher dans des maisons de naissance et 85 % sont favorables à leur développement.

Les critères de liberté de choix et de respect de l'intimité du couple sont privilégiés par les femmes pour le choix du lieu de l'accouchement. Cette demande d'évolution des modèles d'accompagnement ne remet pas en cause l'exigence fondamentale de sécurité des soins. Elle doit toutefois permettre l'émergence d'alternatives à la maternité classique que sont les maisons de naissance et les accouchements accompagnés à domicile (AAD), ainsi que l'accès aux plateaux techniques.

La perte d'attractivité de l'activité d'accouchement à l'hôpital chez les professionnels médicaux dédiés – gynécologues et sages-femmes – dans les conditions actuelles d'organisation des maternités, associée à des performances dégradées de la périnatalité, constitue une opportunité

pour repenser globalement notre modèle périnatal. Ce constat doit permettre de mieux articuler les différents modes d'accompagnement, en donnant toute leur place aux sages-femmes dans le suivi des grossesses à bas risque et dans l'accompagnement physiologique des naissances.

Transformer la crise de la périnatalité en une opportunité

« *Un pessimiste voit la difficulté dans chaque opportunité, un optimiste voit l'opportunité dans chaque difficulté* », selon Winston Churchill.

L'opportunité de la situation tendue actuelle de la périnatalité est de faire évoluer la logique globale qui place aujourd'hui le centre de gravité de la prise en charge sur les grossesses à risque et tend à décliner ce modèle hyper médicalisé sur l'ensemble du système.

Comme l'enjeu n'est pas de remettre en cause ce modèle pour les grossesses à risque, ni de s'enfermer dans une bataille culturelle ou historique entre modèles de soins, le plus efficace est de développer une prise en charge dissociée et spécifique, pleinement assumée, de la prise en charge des grossesses à bas risque.

Dans les maternités, deux transformations apparaissent nécessaires : renforcer l'autonomie et la responsabilisation des sages-femmes dans l'accompagnement des grossesses à bas risque – un fonctionnement déjà mis en œuvre dans certaines maternités mais qui doit être généralisé – , et permettre, lorsque cela est pertinent, une organisation différenciée des salles de naissance entre les grossesses à bas risque et les grossesses à risque. Cette évolution doit également mieux intégrer la place des sages-femmes dans la structuration des parcours physiologiques.

Cela suppose de clarifier les responsabilités de chacun : les sages-femmes doivent pouvoir pleinement exercer leur rôle dans l'accompagnement des parcours physiologiques, tandis que les obstétriciens interviennent dans leur champ d'expertise, notamment pour les situations pathologiques ou à risque. Cette complémentarité des compétences constitue une condition essentielle pour construire une organisation plus lisible, plus efficiente et mieux adaptée aux besoins des femmes.

C'est aux sociétés savantes en maïeutique et en gynécologie de statuer sur les grandes orientations à donner pour rénover la périnatalité pour les trente prochaines années.

Dans ce chantier figure le développement des alternatives à l'accouchement pour les grossesses à bas risque dans lesquelles les sages-femmes ont une responsabilité pleine et entière et les femmes enceintes une réelle liberté de choix.

Le projet de développement des alternatives à l'accouchement en maternité devrait partir d'une actualisation des besoins, en évaluant à 10 et 20 ans le potentiel d'accouchement en maisons de naissance et des accouchements à domicile. Avec un taux de naissance actuel de l'ordre de 0,1 % en maison de naissance, après plus de dix ans d'autorisation, il est temps de lever les freins pour développer l'offre.

À cette actualisation des projections doit être associée une évaluation médico-économique des expériences des dix dernières années en maisons de naissances en France, et la réalisation d'un benchmark avec cinq pays comparables européens ayant réussi le développement des alternatives à la maternité.

Pour que ces alternatives aux maternités réduisent les coûts globaux liés à l'accouchement, il faut un volume bien plus important que la situation actuelle. La rentabilité sur investissement sera d'autant plus forte que le volume sera élevé car les charges variables sont relativement modestes. Une fois le point mort atteint, les structures peuvent être très efficientes.

Nous verrons que les économies générées par les maisons de naissance et les accouchements à domicile devraient permettre de mieux rémunérer le personnel de ces maisons, et de mieux valoriser les activités de gynécologie-obstétrique à l'hôpital.

Sans tendre à l'exhaustivité, les autres leviers à étudier pour accélérer le développement des maisons de naissance sont de plusieurs ordres :

- Renforcer l'appui institutionnel et financier : augmenter les incitations à investir et à exercer dans ces maisons, faciliter les partenariats (conventions) avec les maternités ;
- Simplifier et clarifier le cadre réglementaire ;
- Développer les conditions permettant aux sages-femmes d'exercer en maison de naissance, en valorisant l'approche physiologique déjà intégrée à la formation initiale et au cœur de la profession, et en encourageant les étudiantes et étudiants sages-femmes à découvrir ce mode d'exercice au cours de leur parcours de formation. Cela suppose également de renforcer les terrains de stage permettant la transmission par compagnonnage. La profession a perdu de nombreux lieux d'apprentissage favorisant une approche physiologique de la naissance, pourtant essentielle à la formation des futures sages-femmes ;
- Sensibiliser les futurs parents et faire connaître les maisons ;
- Valoriser les résultats des expérimentations menées à ce jour.

En résumé :

Transformer l'exercice à l'hôpital

• Statut de praticien hospitalier • Autonomie renforcée pour les grossesses à bas risque • Possibilité d'exercice mixte (ville + hôpital) • Participation pleine et entière à la gouvernance des maternités • Organisation différenciée des parcours physiologiques et des prises en charge à risque, pouvant notamment s'appuyer sur des organisations spécifiques des salles de naissance lorsque cela est pertinent • Actualisation des décrets de 1998 sur les ratios de personnel

Développer les alternatives

• Maisons de naissance : passer de 0,12 % à un taux comparable à l'Allemagne (150 maisons) • Accouchements à domicile encadrés • Salles de naissance dédiées aux grossesses à bas risque dans les maternités • Évaluation médico-économique du potentiel à 10 et 20 ans

5. Renforcer notre rôle dans le post-partum

Dans le chantier de refonte de la périnatalité en France, la gestion du post-partum occupe une place importante. Cette période, essentielle à la récupération physique et psychique de la mère et à l'adaptation du nouveau-né, concentre des enjeux majeurs de santé publique.

Elle recouvre à la fois des dimensions fondamentales pour le bien-être maternel et infantile, telles que l'allaitement ou le soutien à la parentalité, et des risques médicaux significatifs, parmi lesquels figure la dépression du post-partum.

Les objectifs poursuivis sont doubles : améliorer la qualité de la prise en charge de la période post-natale dans l'intérêt conjoint de la mère et de l'enfant, tout en maîtrisant les dépenses de santé.

Le Plan stratégique 2030 identifie deux leviers majeurs : réduire la DMS dans les maternités et combler les failles de l'allaitement maternel.

Réduire la durée moyenne de séjour en maternité (DMS)

Le principal levier identifié de réduction des coûts repose sur la diminution de la DMS en maternité.

En rapprochant cette durée de la moyenne observée dans les pays de l'OCDE, la Cour des comptes estimait dès 2014 des économies de l'ordre de 320 millions d'euros. Ce montant sera nettement supérieur en 2026.

Toutefois, la réduction de la DMS ne doit pas être appréhendée sous un angle exclusivement budgétaire : elle peut également constituer un vecteur d'amélioration de la qualité des soins, à condition qu'elle s'inscrive dans un parcours structuré, sécurisé et coordonné.

Il revient aux sociétés savantes de définir les évolutions nécessaires afin de garantir des conditions optimales de prise en charge de la mère et de l'enfant en post-partum.

Dans une logique de réduction maîtrisée de la DMS, une partie des économies générées devrait être réinvestie dans le renforcement des moyens humains en ville et dans les maternités, tant pour les professionnels médicaux (sages-femmes, pédiatres, gynécologues-obstétriciens) que pour les autres professionnels indispensables à la prise en charge post-natale (notamment les infirmières puéricultrices).

Réduire la DMS postnatal peut à la fois générer des économies substantielles et améliorer l'expérience des mères et des nouveau-nés, à condition que la sortie soit préparée, sécurisée et accompagnée. Cette évolution suppose donc de renforcer le rôle des professionnels assurant le suivi post-natal, au premier rang desquels les sages-femmes, afin de garantir une continuité des soins entre la maternité et le domicile.

Si les principales composantes de la prise en charge périnatale sont déjà identifiées et partiellement organisées, l'enjeu réside aujourd'hui dans la structuration et le renforcement de certaines étapes clés et d'actions essentielles permettant une baisse de la DMS dans des conditions de sécurité et de qualité optimales.

Préparer la sortie dès la grossesse selon une logique de parcours

L'entretien prénatal précoce (EPP), créé en 2007 et rendu obligatoire en mai 2020, constitue un moment privilégié pour anticiper les besoins de la femme enceinte, préparer l'accouchement et

la parentalité, mais également organiser en amont les conditions du retour à domicile et du suivi postnatal.

Le taux de réalisation n'était que de 62 % en 2024. Des variations importantes selon les territoires amènent ce taux à moins de 20 % dans certaines zones rurales et sous-médicalisées.

Une réflexion approfondie sur le rôle de la sage-femme référente apparaît indispensable pour améliorer rapidement ce taux et réduire les inégalités territoriales. Au-delà de la désignation d'un professionnel identifié, cette organisation doit permettre d'assurer une véritable continuité entre le suivi prénatal, l'accouchement et l'accompagnement postnatal, en lien avec les équipes hospitalières et les acteurs de ville.

Par ailleurs, bien que sept séances de préparation à la naissance et à la parentalité soient prises en charge à 100 % par l'Assurance maladie, leur fréquentation demeure très inégale : 80 % des primipares y participent, contre seulement 35 % des multipares (Enquête nationale périnatale 2021, publiée en 2022). Au-delà de leur nombre fixé par les textes, l'enjeu réside dans leur adaptation aux besoins des femmes et dans leur capacité à couvrir l'ensemble des dimensions actuelles de prévention et d'accompagnement à la parentalité.

L'absence de recommandations précises quant au contenu et au suivi de ces séances limite leur efficacité, alors même qu'elles sont jugées essentielles par les experts pour une préparation optimale. Une actualisation des recommandations professionnelles et leur intégration systématique dans le parcours de soins seraient donc nécessaires.

Développer les sorties précoces sécurisées (entre 24 et 48 heures)

Afin d'encourager la participation à l'EPP et aux séances de préparation, il apparaît pertinent d'introduire plus explicitement la perspective d'une sortie précoce de maternité pour les grossesses à bas risque.

Cette orientation doit être pensée avant tout comme un objectif de santé publique, et non comme une mesure exclusivement budgétaire, ce qui implique la mise en place de moyens adaptés en amont et en aval de l'accouchement.

Le développement des sorties précoces suppose d'identifier, dès l'EPP, les grossesses éligibles et d'organiser le suivi post-natal avant même l'accouchement, dans le cadre d'un plan personnalisé de retour à domicile. Il nécessite également de prévoir des centres de proximité ou des unités ambulatoires au sein des maternités, afin de faciliter la prise en charge de certaines situations, comme les ictères néonataux ou les pertes de poids, et de permettre, lorsque cela est nécessaire, une réhospitalisation du couple mère-enfant.

Aujourd'hui, l'absence de solutions intermédiaires adaptées conduit souvent les équipes à prolonger les séjours en maternité plutôt qu'à organiser une prise en charge ponctuelle après la sortie. Le développement de lits dédiés, mobilisables en fonction des besoins, ou de structures ambulatoires intégrées aux maternités pourrait ainsi faciliter ces prises en charge tout en évitant les séparations entre la mère et son enfant.

La communication anticipée et explicite sur la durée prévisionnelle de séjour et la possibilité d'une prise en charge courte ambulatoire constitue, à cet égard, un facteur clé de réussite.

Renforcer massivement notre rôle à domicile

L'un des déterminants majeurs d'une réduction réussie de la DMS réside dans le renforcement des moyens consacrés au suivi à domicile des mères et des nouveau-nés. Celui-ci suppose de revoir les modalités d'organisation et de financement du suivi post-natal en ville afin de garantir un accompagnement suffisamment intensif, coordonné et économiquement viable pour les sages-femmes.

Il appartient aux experts d'évaluer précisément les besoins d'accompagnement post-natal après un accouchement physiologique, mais un renforcement apparaît particulièrement nécessaire au cours du premier mois, période durant laquelle plusieurs visites à domicile pourraient être bénéfiques.

Si la prise en charge à 100 % est assurée jusqu'au douzième jour post-partum, les entretiens post-nataux réalisés entre 4 et 8 semaines puis entre 10 et 14 semaines ne sont remboursés qu'à hauteur de 70 %, alors même qu'ils constituent des temps essentiels et non optionnels du suivi. La faible valorisation financière de ces consultations longues (38,40 €) constitue également un frein à leur systématisation. De plus, leur réalisation à domicile, pourtant préférable dans certaines situations, s'avère économiquement peu viable et demeure donc marginale.

Une meilleure valorisation de ces entretiens, un remboursement à 100 %, ainsi que la suppression du délai de réalisation sont à considérer comme un investissement dans la périnatalité à haut retour pour le pays, comme nous l'avons démontré dans la partie 2.

Renforcer l'usage du numérique et du télé-suivi post-natal

La généralisation des outils de e-santé représente un levier complémentaire important pour sécuriser le retour à domicile et améliorer la continuité du suivi entre la maternité et la ville. Le recours à la téléconsultation avec une sage-femme entre deux visites, lorsque cela est pertinent, ainsi que la mise en place de dispositifs de communication simples et accessibles durant les sept premiers jours suivant la sortie, devraient constituer un standard de prise en charge.

Enfin, si la réduction de la DMS constitue le principal levier économique, elle gagnerait à être déclinée en indicateurs plus opérationnels et compréhensibles pour les professionnels de santé comme pour les patientes : taux de sorties précoces réussies, satisfaction maternelle, continuité du suivi par les sages-femmes, taux de réhospitalisation à 7 et 30 jours.

Combler les failles de l'allaitement maternel en France

L'OMS et SpF recommandent d'instaurer et de maintenir un allaitement exclusif du bébé par sa mère jusqu'à six mois. Dans la lignée des performances globales dans la périnatalité, la France a une marge de progression significative pour l'allaitement maternel.

Au bout de six mois, seul un tiers des nouveau-nés était encore allaité en 2021 (contre 25 % en 2012) ; à trois jours, la moitié des enfants avait déjà consommé des préparations pour nourrissons du commerce en 2021, comme en 2012, selon l'Étude épidémiologique sur les petits enfants et leur alimentation (Epifane).

La durée médiane de l'allaitement est d'environ 17 semaines.

L'allaitement maternel est un véritable enjeu de santé publique au regard des bénéfices considérables qu'il apporte pour la mère et pour l'enfant.

Les bénéfices pour l'enfant sont de plusieurs ordres :

- Immunitaire : présence accrue d'anticorps IgA (immunoglobulines A), moins d'infections des oto-rhino-laryngologistes (ORL), moins d'hospitalisations la première année de vie ;
- Métabolique : moins d'obésité, de diabète ;
- Neurologique : développement cérébral ;
- Digestif : meilleure digestion ;
- Allergie et asthme : baisse des prévalences ;
- Sommeil : sommeil plus léger, plus protecteur ; moins de réveil.

Les bénéfices pour la mère sont aussi multiples :

- Meilleure récupération corporelle post-accouchement ;
- Cancer : diminution du risque de cancer du sein et de l'ovaire ;
- Métabolique : moins de diabète de type 2 ;
- Cardio-vasculaire : moins de risques de maladies coronariennes, moins d'hypertension artérielle (HTA) ;
- Psychique, sommeil, bien-être…

La multitude et la nature de ces bénéfices démontrent que toute politique efficace pour augmenter le taux d'allaitement génère des bénéfices médico-économiques importants.

Les sages-femmes de ville sont les professionnelles de référence de l'allaitement maternel en France. Le suivi de l'allaitement fait pleinement partie de nos compétences initiales et constitue un élément central de notre rôle auprès des mères et des nouveau-nés. Nous intervenons dans une approche à la fois médicale, éducative et émotionnelle. Les formations complémentaires, telles que le diplôme universitaire de lactation humaine et allaitement maternel (DU LHA), permettent d'approfondir cette expertise et doivent également être mieux valorisées, notamment pour prendre en compte les consultations longues et complexes nécessitant un accompagnement renforcé.

Au-delà de cette expertise, il est nécessaire de mettre en place des actes dédiés et suffisamment valorisés pour qu'ils soient viables économiquement. Les consultations d'allaitement maternel durent entre 45 min et 1 h, avec une double prise en charge de l'enfant et de la mère.

Il conviendrait de créer une consultation dédiée pour améliorer les performances françaises, ainsi qu'un acte pour le suivi du bébé tout au long de l'allaitement.

La structuration de ce suivi de l'allaitement doit également s'accompagner d'un élargissement du droit à la prescription, adapté aux multiples pathologies fréquentes pendant cette période.

Le suivi périodique de l'amélioration des taux d'allaitement au cours des années permettra de mesurer les gains médico-économiques réalisés par rapport à ces nouvelles dépenses, qui doivent être considérées comme un investissement dans le capital santé de la mère et du bébé.

6. Élargir notre champ de prescription

Notre droit de prescription est strictement encadré par une liste réglementaire prédéfinie. Nous sommes donc limitées dans notre capacité à prescrire certains médicaments, dispositifs médicaux, examens ou arrêts maladie aux seuls éléments explicitement prévus par les textes.

Cette liste limitative est aujourd'hui clairement trop restrictive pour permettre à la profession d'exercer pleinement ses missions.

Elle ne couvre pas l'ensemble des situations rencontrées dans la pratique quotidienne, notamment en matière de suivi gynécologique, de santé sexuelle et reproductive, de post-partum, de prévention et de santé des femmes en général.

Nous devons fréquemment renvoyer les patientes vers un médecin, ce qui entraîne des retards de prise en charge, une perte de temps médical et une rupture dans le parcours de soins.

La suppression de la liste limitative de prescription constitue une évolution nécessaire. La profession serait ainsi en droit de prescrire tout type de médicaments, de dispositifs médicaux et d'arrêts maladie dans son champ de compétences.

Selon le Plan stratégique 2030, le renforcement de notre profession repose sur une reconnaissance, des moyens et un positionnement à la hauteur des compétences et des missions exercées par les sages-femmes au sein de notre système de santé.

La suppression de la liste de prescription est parfaitement justifiée dans l'ensemble de nos champs de compétences, qu'ils soient exclusifs ou partagés. Elle doit nous permettre de remplir pleinement nos missions, d'assurer une prise en charge continue et autonome, d'améliorer l'accès aux soins et de répondre aux évolutions de notre formation.

Certaines pathologies courantes nécessitent des passages inutiles chez le médecin : la prescription d'antibiotiques et d'antifongiques par voie vaginale ou orale pour des mycoses vaginales ou mammaires ; les traitements de première intention pour des douleurs pelviennes bénignes. Dans les domaines de la douleur, du post-partum et de la santé mentale, notre capacité de prescription est également très limitée.

En matière de prévention du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), l'impossibilité pour les sages-femmes de prescrire la PrEP constitue une incohérence au regard de leurs missions en santé sexuelle et reproductive. Il en est de même pour l'incapacité à prescrire le congé pathologique.

Le Plan stratégique 2030 recommande de supprimer la liste limitative et de permettre aux sages-femmes de prescrire tout acte qui entre dans leur champ de compétences, sur le modèle des chirurgiens-dentistes dans le leur.

Chapitre 10 – Être payées à la hauteur de ce que nous faisons

1. La prévention, c'est de l'investissement, pas une dépense

L'Assurance maladie considère aujourd'hui les dépenses de soins de ville des sages-femmes principalement comme un poste à maîtriser. Cette vision réductrice doit évoluer : elle rejoint les orientations portées par le Plan stratégique 2030, qui place la prévention et la valorisation des compétences des sages-femmes au cœur de la transformation nécessaire de notre système de santé.

Cette orientation en faveur d'un système de santé davantage tourné vers la prévention a été portée au plus haut niveau de l'État. En septembre 2018, le Président de la République présentait le plan « Ma santé 2022 » ainsi que le plan national de santé publique « Priorité prévention », visant à faire de la prévention un axe majeur de la politique de santé. En janvier 2023, il rappelait à nouveau la nécessité de transformer durablement notre système de soins pour mieux répondre aux tensions qui le traversent et aux nouveaux enjeux de santé. Plus récemment, le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur l'organisation de la périnatalité dans les territoires, publié en août 2026, place la prévention et la santé publique au cœur des solutions pour enrayer la dégradation des indicateurs de santé périnatale.

Les compétences des sages-femmes répondent directement à ces enjeux, par leur positionnement au cœur de la prévention, de l'éducation et de l'accompagnement des femmes tout au long de leur vie.

Des gains financiers potentiels conséquents de l'investissement dans la bonne santé

Dans un rapport publié en juin 2025 intitulé « Pour un redressement durable de la Sécurité sociale », les trois Hauts Conseils (Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie [HCAAM], Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge [HCFEA] et Haut Conseil du financement de la protection sociale [HCFIPS]) font de la prévention un des principes cardinaux de ce redressement durable : « *la prévention des risques sanitaires et sociaux est le meilleur moyen d'infléchir ou d'atténuer la progression des dépenses* ».

Même si la France n'a toujours pas instauré une politique de pilotage et d'évaluation sérieuse des actions de prévention, les données médico-économiques internationales prouvent aujourd'hui que la prévention est un levier efficace pour réduire la prévalence des pathologies chroniques et maîtriser la dépense, et donc maintenir l'équilibre des comptes publics.

La Cour des comptes a estimé qu'un an d'espérance de vie sans incapacité supplémentaire faisait économiser un montant d'environ 1,5 milliard d'euros à l'assurance maladie. Il faut aussi y ajouter les bénéfices sociaux individuels et collectifs (externalités positives).

Une étude au Royaume-Uni prouve que les dépenses en matière de santé publique sont globalement plus efficientes que les dépenses de soins. Ainsi, produire une année de vie pondérée par la qualité (un QALY) revient en moyenne à 3 800 livres sterling dans le domaine de la santé publique, contre 13 500 livres sterling pour les soins, soit 3,5 fois plus cher.

Une majorité des gains de santé à venir se fera par la prévention (environnementale, sociale, comportementale et médicale)

70 % de ces gains seront accomplis par la prévention, en développant des environnements plus propres et plus sûrs, en encourageant les comportements plus sains et en adressant les facteurs sociaux derrière les pathologies, tout en permettant un accès large aux vaccins et à la prévention médicalisée.

L'eau et l'air non pollués, la nourriture saine, l'exercice physique régulier, la littératie en santé (c'est-à-dire la capacité à accéder, comprendre et utiliser les informations nécessaires à la santé) constituent les comportements individuels en santé et, avec les soins préventifs comme la vaccination, aident à réduire le fardeau des maladies sur le long terme.

Parmi les missions phares pour réduire la prévalence des pathologies et donc générer des gains de santé conséquents pour les femmes, les sages-femmes contribuent déjà pleinement à ces objectifs à travers de nombreuses missions : sécuriser les naissances, la vaccination, l'arrêt du tabac, l'accompagnement pour un mode de vie sain, l'accompagnement à la parentalité...

Une réduction annuelle brute des dépenses de soins par une politique de maintien en bonne santé de 80 milliards d'euros d'ici à 2040 en France

Le gain potentiel pour la France sur 20 ans est donc de 40 % de la CSBM qui est de 254 milliards d'euros en 2024, en croissance de 3,6 % par an en moyenne depuis 10 ans (187 milliards d'euros en 2014). En se projetant à 2040, la CSBM en 2040 sera de 360 milliards d'euros en euros courants.

En considérant une baisse de 40 % en 2040 de la charge des pathologies chroniques dans le système de santé (dont la dépense représentera près de 70 % de toutes les dépenses), cette évolution représente des gains financiers bruts de l'ordre de 80 milliards d'euros. À ces bénéfices, il faut soustraire l'investissement nécessaire à l'obtention des 40 % de gains pour disposer des gains économiques nets.

La performance économique des investissements dans la bonne santé dans les prochaines années, dont l'activité des sages-femmes, présente donc un potentiel considérable pour le système de santé, auquel il faut ajouter les externalités économiques et sociales pour le pays.

La mortalité prématurée et la mauvaise santé freinent la croissance économique

Malgré les progrès accomplis, la santé pénalise encore la prospérité économique et le bien-être social, avec deux sources dominantes : la mortalité prématurée et la morbidité.

La mortalité prématurée réduit la taille de la population active disponible : 55 % de ces décès surviennent dans les pays à revenus faibles et intermédiaires. Certaines pathologies, comme le VIH/syndrome d'immunodéficience acquise (Sida), touchent particulièrement des personnes en âge de travailler.

En France, le taux de décès prématuré chez les hommes diminue, passant de 299 à 238 pour 100 000 depuis 2002, tandis qu'une stabilisation est observée chez les femmes, à 123 pour 100

000 en 2022. La mortalité infantile est le paroxysme de la mortalité prématurée. Deux tiers des décès prématurés sont des hommes.

La mauvaise santé et la morbidité empêchent les individus affectés de rester actifs et de réaliser tout leur potentiel productif. En 2017, 580 millions d'années-personnes (année personne : durée de suivi d'une personne non malade) ont été perdues en raison de la mauvaise santé dans le monde. Dans les pays développés, un actif sur cinq est touché par une affection de longue durée (ALD), qu'il s'agisse de migraines, de douleurs dorsales, de dépression ou de troubles anxieux, ce qui impacte directement sa productivité.

Le coût de la mauvaise santé a été estimé en 2017 à 12 000 milliards de dollars, soit 15 % du produit intérieur brut (PIB) mondial, la taille du PIB chinois à l'époque.

Le capital humain, clé de la croissance de la prochaine décennie

La politique de santé au XXe siècle, et encore aujourd'hui en France, a été avant tout une politique de gestion des professionnels de santé pour permettre un accès aux soins pour tous. Y compris pour maîtriser les dépenses de santé, la politique a été centrée sur l'offre de soins. La réduction par deux du *numerus clausus* de 1985 à 1995 en est un exemple parmi bien d'autres.

Le débat sur la maîtrise des dépenses d'indemnités journalières est caricatural de ce point de vue. Si l'offre médicale joue un rôle dans le dynamisme de ce poste, en prescrivant les arrêts maladie, les principaux déterminants de cette hausse (à plus de 90 %) sont du côté de la demande et du marché du travail.

Les gains économiques de la bonne santé vont être d'autant plus stratégiques que la population active va augmenter six fois moins vite dans les 50 prochaines années (+0,3 % par an) que dans les 50 dernières années (+1,8 % par an). En France, elle sera quasiment stable jusqu'en 2040 (de 30,1 millions à 30,5 millions), avant de décroître ensuite.

L'enjeu de l'évolution qualitative de la population active, dont l'état de santé constitue une composante majeure du facteur de production humain, va être un des facteurs clés pour optimiser la croissance potentielle des pays développés dans les prochaines années.

Par exemple, toute politique qui vise à maintenir plus longtemps la population active sur le marché du travail, par le report de l'âge de la retraite entre autres, devrait s'accompagner d'une politique active d'investissement dans le capital humain en santé.

Les femmes représentent 54,9 % de la population active en France (vs 31 % en 1968) selon le Bureau International du Travail (BIT). En 2024, le taux d'activité des femmes de 15 à 64 ans atteint environ 71,5 % contre 77 % pour les hommes (Insee 2025). La santé des femmes représente donc également un enjeu majeur pour le potentiel de croissance économique du pays.

Une meilleure santé pourrait ajouter 12 billions de dollars au PIB en 2040 dans le monde

Le PIB global pourrait augmenter de 12 000 milliards de dollars en 2040, soit une hausse de 8 % (sur la base d'un PIB mondial estimé à 142 000 milliards de dollars en 2040), incluant :

- 1,4 billion de dollars (12 %) : moins de décès prématurés ;

- 4,2 billions de dollars (36 %) : de meilleures conditions de santé ;
- 4,1 billions de dollars (35 %) : une participation accrue au marché du travail ;
- 2 billions de dollars (17 %) : une hausse de la productivité.

Extrapolé à la France, cet effet économique pourrait représenter environ 300 milliards d'euros en 2040, avec un PIB de 3 800 milliards d'euros en 2040, contre 3 500 milliards d'euros sans cet effet :

- 36 milliards d'euros (12 %) : moins de décès prématurés ;
- 108 milliards d'euros (36 %) : de meilleures conditions de santé ;
- 105 milliards d'euros (35 %) : une participation accrue au marché du travail ;
- 51 milliards d'euros (17 %) : une hausse de la productivité.

Ces chiffres donnent une idée de l'ampleur des externalités économiques positives de l'investissement dans la bonne santé des femmes.

Le fort retour sur investissement des actions en faveur de la santé périnatale

Le taux de mortalité infantile a augmenté en France de 3,5 ‰ à 4,1 ‰ entre 2011 et 2024.

En 2010, la France (3,6 ‰) performait mieux que la moyenne de l'UE (4 ‰), mais moins bien que l'Allemagne (3,4 ‰), l'Espagne (3,2 ‰), la Suède (2,5 ‰) et la Finlande (2,3 ‰). En 2020, la France est restée à son niveau de 2010, alors que tous les autres pays avaient amélioré leurs résultats.

Comme développé précédemment, le coût économique annuel associé à la mortalité infantile est estimé à environ 2 milliards d'euros, soit près de 3,8 millions d'euros par décès. Ces montants, qui constituent une estimation minimale, illustrent le potentiel de retour sur investissement des actions en faveur de la santé périnatale.

Le coût élevé de la baisse de la natalité pour la Nation donne une idée du potentiel de gain

La France a connu en 2025 un choc démographique inédit depuis 1945, avec un solde naturel négatif de 6 000 décès (645 000 naissances pour 651 000 décès). Outre les deux guerres mondiales, cette situation n'a connu que trois occurrences en 1907, 1911 et 1929, où le solde naturel a été négatif de manière ponctuelle.

La situation de 2025 devrait au contraire se confirmer dans les prochaines années, voire dans les trois prochaines décennies, en raison de deux tendances selon l'Insee :

- La hausse des décès depuis les années 2010, tendance qui devrait se poursuivre jusque dans les années 2040/2050, avec le décès des personnes nées pendant le *baby-boom* ;
- La baisse des naissances depuis les années 2010.

La Cour des comptes décrit une érosion tendancielle des recettes liée au ralentissement de la croissance de la population en emploi – donc de la richesse produite et des assiettes fiscales/sociales – qui progresse moins vite, voire qui recule relativement.

Selon cette analyse, complétée par une étude de la Commission européenne, ce basculement démographique réduirait la croissance potentielle de la France de 0,2 point par an en moyenne entre 2022 et 2070.

Elle rappelle aussi un point clé mécanique : la part des 20–64 ans dans la population totale baisserait (scénario central Insee) de 55,3 % (2023) à 50,0 % (2070)**,** ce qui pèse sur l'offre de travail et rend encore plus crucial le taux d'emploi, notamment celui des seniors.

Faire évoluer la régulation économique des dépenses de santé

L'idée centrale est de considérer certaines dépenses de santé non plus comme de simples coûts à contenir, mais comme de véritables investissements dans le capital humain**.**

Autrement dit, dépenser pour maintenir la population en bonne santé (prévention, suivi, accompagnement) permet d'augmenter la qualité de vie, de réduire les maladies évitables, et, à moyen et long terme, de diminuer les dépenses de soins lourds.

Mais pour être légitime et efficace, cet investissement doit être planifié, ciblé et évalué**,** comme toute politique d'investissement public.

Cela suppose de diffuser une culture médico-économique, aujourd'hui très peu développée en France, où la question dominante reste : « *combien ça coûte* » plutôt que « *qu'est-ce que ça rapporte en gains de santé et économies futures* ».

Une fois évacué le scepticisme des uns sur la rentabilité de cet investissement, il reste à gérer le scepticisme des autres sur la capacité collective à réaliser les bons investissements.

Pour répondre à ces deux objections, il faut s'appuyer sur des outils objectifs d'évaluation, notamment l'analyse des DALYs (Disability-Adjusted Life Years, ou années de vie ajustées sur l'incapacité) évités**.** Les DALYs mesurent le nombre d'années de vie en bonne santé perdues à cause d'une maladie ou d'un handicap.

L'analyse de l'impact sur le nombre de DALYs évités est un des outils pour construire le plan d'investissement.

Les études montrent que 40 % des gains de santé - notamment par la lutte anti-tabac et la prévention des maladies cardiovasculaires - sont obtenus pour un coût inférieur à 100 dollars par année de vie gagnée en bonne santé et 6 % pour un coût inférieur à 1 000 dollars.

Cela prouve que des interventions très efficaces et peu coûteuses existent déjà**,** mais qu'elles ne sont pas suffisamment identifiées ni priorisées dans les choix budgétaires.

Un changement de paradigme comparable à l'éducation

Alors qu'il a fallu des siècles pour convaincre que l'investissement dans l'éducation pour tous n'était pas qu'une affaire de justice sociale, mais aussi un levier vital pour la croissance économique, nous n'avons plus cet horizon de temps pour convaincre que l'investissement dans la bonne santé est le grand sujet économique et social contemporain.

Les sages-femmes, une dépense d'avenir à développer et à évaluer

Aujourd'hui, l'Assurance maladie adopte une logique essentiellement comptable. Elle ne mesure ni les économies futures ni les externalités positives générées (moins d'hospitalisations, meilleure insertion, productivité accrue) par les dépenses qu'elle gère.

Elle considère les dépenses comme un stock fini, sans distinguer leur rendement respectif en matière de santé et d'économies futures.
Les soins de ville des sages-femmes sont majoritairement préventifs, éducatifs, centrés sur la santé globale des femmes et des nouveau-nés. Ils relèvent donc clairement d'un investissement dans la bonne santé**,** mais sont traités comme une dépense courante à maîtriser.

Réformer la régulation économique des budgets au sein de la CNAM

C'est une transformation radicale de la gestion des dépenses publiques de santé qu'il faut mettre en œuvre pour passer d'une logique budgétaire statique à une logique d'optimisation dynamique des ressources.

Le nouveau système devrait impérativement :

1. Distinguer clairement les dépenses d'investissement dans le capital humain (prévention, suivi, éducation en santé), des dépenses de soins courants **;**

2. Produire régulièrement des études médico-économiques pour évaluer le rapport coût/efficacité, et mesurer la rentabilité marginale de chaque euro investi ;

3. Orienter les financements vers les dépenses les plus rentables en santé, en économies futures, et en bénéfices sociaux.

2. Un principe intangible pour notre rémunération : « À prestation équivalente, rémunération équivalente »

Définition de la valeur d'un acte et conséquences pour la profession

Un acte médical est défini comme tout *« acte dont la réalisation par des moyens verbaux, écrits, physiques ou instrumentaux est effectuée par un membre d'une profession médicale dans le cadre de son exercice et les limites de sa compétence* ».

Ainsi, un acte médical se caractérise par la compétence du professionnel qui le réalise, et non par son appartenance à une profession spécifique.

Deux nomenclatures pour deux modalités de valorisation

Deux nomenclatures principales sont utilisées pour la valorisation des actes réalisés par les professions médicales :

- La classification commune des actes médicaux (CCAM) : elle concerne les actes techniques (chirurgie, imagerie, endoscopie, gestes techniques), chaque acte est identifié par un code

alphanumérique, un libellé précis, une tarification nationale, elle est utilisée à l'hôpital et en ville ;
- La nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) : elle concerne les actes cliniques (consultations, visites et actes réalisés par les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes) ; elle repose sur des lettres-clés (C, CS, AMI...) avec un coefficient.

Nous sommes concernées par les deux nomenclatures.

Alors que les tarifs de la NGAP sont directement fixés en euros par lettre-clé, selon une logique conventionnelle forfaitaire, les tarifs de la CCAM sont déterminés à partir de points de travail et de points de coût de la pratique, selon une logique économique fondée sur des unités de valeur.

La valorisation des actes CCAM repose sur une double composante - le point travail et le coût de la pratique -, conformément aux règles de la CCAM définie par l'Assurance Maladie et aux facteurs de conversion fixés par la convention médicale nationale.

La formule de valorisation d'un acte médical CCAM peut se résumer ainsi :

Valeur acte =

(Points travail × Facteur de conversion) + (Points coût de la pratique × Facteur de conversion pratique)

Le point travail mesure le temps médical, la complexité intellectuelle et la responsabilité de l'acte. En médecine de ville, il est converti en euros à hauteur de 0,44 € par point, valeur explicitement fixée par la convention médicale.

Il n'existe toutefois aucun facteur de conversion du point travail négocié spécifiquement pour les sages-femmes**.** Ainsi, dans l'avenant 7 à la convention nationale des sages-femmes libérales conclu le 11 juillet 2023 entre l'ONSSF, l'UNSSF, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam), aucun facteur de conversion du point travail ni aucune modification de la structure économique de la CCAM ne sont prévus pour les sages-femmes.

Dans ces conditions, il apparaît réaliste et cohérent de considérer que, pour un même acte réalisé par un médecin et par une sage-femme disposant des compétences requises, le facteur de conversion du point travail doit être identique**.**

Le coût de la pratique représente le matériel, les locaux, le personnel et l'amortissement des équipements. Il est exprimé en points du coût de la pratique, et est converti en euros selon un facteur de conversion pratique (0,11 €).

Qu'il s'agisse du point travail ou du coût de la pratique, aucune évaluation différenciée n'existe entre médecins et sages-femmes. Cette absence de différenciation est logique, puisque l'évaluation économique repose sur la nature de la prestation et non sur le statut du professionnel qui la réalise.

Application du principe « À prestation équivalente, rémunération équivalente »

Nous revendiquons que tout acte équivalent réalisé par un médecin (généraliste ou gynécologue) ou par une sage-femme soit rémunéré au même tarif de la sécurité sociale. Nous raisonnons uniquement pour les tarifs sécurité sociale, sans considérer les dépassements d'honoraires. Il convient de différencier les actes techniques des actes cliniques.

Application à la CCAM

Comme indiqué précédemment, ni le point travail ni le coût de la pratique ne font l'objet d'une évaluation différenciée selon le professionnel de santé.

Dès lors qu'une sage-femme dispose de l'autorisation réglementaire et des compétences reconnues pour réaliser un acte technique également pratiqué par un médecin (généraliste ou gynécologue), le même tarif doit s'appliquer.

De la même manière, toute évolution de la valeur de cet acte technique devrait être automatiquement répercutée sur les tarifs des sages-femmes.

Or, cette règle n'est pas systématiquement respectée, ce qui constitue une injustice qu'il conviendrait de corriger.

Prenons deux exemples :

- Le frottis cervico-vaginal (JKHD001) est rémunéré 12,46 € pour les sages-femmes et 13 € pour les médecins ;
- Les échographies de suivi de grossesse présentent des écarts tarifaires allant de 0,82 € à 5,49 € entre les médecins et les sages-femmes.

Ces deux exemples révèlent deux situations distinctes.

Le frottis cervico-vaginal est un acte très courant, essentiel de prévention du cancer du col de l'utérus. Chaque année, 31 000 lésions précancéreuses du col de l'utérus sont identifiées en France, dont 3 000 nouveaux cas de cancers et 1 000 décès par an.

Par définition, ces cancers et décès sont évitables. Le taux de recours au frottis cervico-vaginal est encore insuffisant, avec un taux de 50 % à 60 % pour les femmes de 25 à 65 ans, selon le Plan cancer.

Cet acte relève pleinement du champ de compétences des sages-femmes, mais il est aussi réalisé par les médecins généralistes et les gynécologues. En 2023, environ 450 000 prélèvements cervico-vaginaux (PCV) ont été cotés par 19 463 médecins généralistes en France, soit 20 % des PCV en France. Il y a donc eu au total 2 250 000 PCV, dont la majorité a été effectuée par les sages-femmes.

Les trois échographies de suivi de grossesse, quant à elles, étaient historiquement réalisées par les gynécologues. Les sages-femmes sont aussi autorisées à les réaliser, sous conditions de formation et de compétences validées. Pour cela, elles suivent le même enseignement universitaire que les médecins. Les échographies à visée diagnostique complexe ou pathologique restent exclusivement du ressort du médecin spécialiste.

Dans ce cas, les sages-femmes concernées ont acquis des compétences spécifiques leur permettant de réaliser un acte qui doit être valorisé de manière identique, quel que soit le professionnel autorisé à le pratiquer.

La différence de qualification entre médecins et sages-femmes justifie que certains actes plus complexes soient réservés aux médecins et mieux valorisés dans la CCAM. Elle ne justifie en revanche aucune différence de tarif pour un acte identique réalisé dans un cadre de compétences reconnu.

Cette logique vaut également en matière d'orthogénie. Les sages-femmes contribuent à garantir une offre de soins complète en réalisant les IVG médicamenteuses et instrumentales jusqu'à 16 semaines d'aménorrhée. Alors même que la loi du 2 mars 2022 a prévu que les conditions de rémunération des sages-femmes pour la réalisation des IVG instrumentales soient fixées par décret, cette extension de compétence n'a pas donné lieu à une revalorisation de leur rémunération à la hauteur de ce nouveau service rendu à la population.

Ainsi, la convergence tarifaire doit s'appliquer à l'ensemble des actes CCAM, sans remettre en cause les différences légitimes entre les champs de compétence respectifs des médecins et des sages-femmes.

Application à la NGAP

La convergence tarifaire appliquée à la nomenclature NGAP porte principalement sur le tarif de la consultation : 26,50 € pour une sage-femme, 30 € pour un médecin généraliste, et 40 € pour un gynécologue.

Il convient de différencier la consultation pour suivi de grossesse de la consultation pour suivi gynécologique.

Pour le suivi de grossesse, les femmes sont classées selon leur niveau de risque (A, A1, A2, B). Les grossesses à bas risque (groupe A), qui représentent environ 80 % des grossesses, peuvent être suivies en pleine autonomie par les sages-femmes. Les grossesses à risque (groupe B) relèvent du suivi médical spécialisé.

Dans cette logique fondée sur des données scientifiques et organisationnelles, la consultation de suivi de grossesse pour une femme du groupe A devrait être rémunérée de manière identique, quel que soit le professionnel qui la réalise. Or, cette égalité tarifaire n'existe pas aujourd'hui.

Il existe donc une distorsion tarifaire injustifiée. Celle-ci ne peut être corrigée par une baisse du tarif des médecins, récemment négocié, mais uniquement par une revalorisation du tarif de la consultation de suivi de grossesse réalisée par les sages-femmes.

Ce n'est pas le professionnel qui justifie le niveau du tarif, mais bien le motif de la consultation**.**

Pour le suivi gynécologique, l'absence de classification clinique des femmes selon leur niveau de risque ne permet pas d'aboutir à la même conclusion avec la même rigueur. Une consultation de prévention chez une femme en bonne santé n'est pas équivalente à une consultation intégrant la prise en charge de comorbidités complexes.

Ce point relève des sociétés savantes et de la HAS.

Deux remarques s'imposent néanmoins :

- L'absence de classification clinique gynécologique constitue une limite majeure et justifie pleinement la mise en place rapide d'un tel outil. Une classification analogue à celle utilisée en obstétrique permettrait d'identifier un groupe de femmes pouvant être suivies en autonomie par les sages-femmes, avec une convergence tarifaire justifiée.
- Les médecins généralistes pratiquant la gynécologie ont généralement suivi une formation spécifique. De même, toutes les sages-femmes exerçant en gynécologie ont reçu une formation initiale (après 2009) ou complémentaire.

Le sujet n'est donc pas celui des compétences, mais celui du contenu réel de la consultation, de son motif. Une consultation combinant suivi gynécologique et prise en charge d'une pathologie chronique, telle que le diabète, peut légitimement justifier une différence de tarif.

La solution repose sur une définition claire et partagée de notre champ d'intervention en gynécologie, via une classification clinique permettant d'améliorer l'organisation des soins, de fluidifier les relations avec les gynécologues et de justifier pleinement une convergence tarifaire.

Le coût pour l'assurance maladie de la convergence tarifaire

Par principe d'équité, il ne peut être opposé à une convergence tarifaire légitime un refus fondé uniquement sur des considérations de coût.

Par ailleurs, ce coût est soit négligeable (comme pour le frottis), soit largement compensé par des bénéfices de santé publique et des économies futures générées.

Dans un contexte de déserts médicaux, où des millions de citoyens rencontrent des difficultés d'accès à un médecin, l'incitation au développement de l'activité des sages-femmes permet de libérer du temps médical et constitue une opportunité économiquement positive.

La réalisation par les médecins de frottis, de consultations de suivi de grossesse pour des femmes à bas risque ou de consultations de prévention gynécologique ne représente pas nécessairement une valeur ajoutée médicale et ne correspond pas toujours à une allocation optimale des ressources humaines.

Les défaillances du suivi de la santé des femmes, notamment en prévention gynécologique et périnatale, ont un coût économique et social majeur. À titre d'exemple, le coût économique évitable associé à la mortalité infantile est estimé à 2 milliards d'euros.

Le renforcement de l'activité des sages-femmes en prévention doit être considéré comme un investissement à haut rendement médical, économique et social, comme démontré précédemment, dès lors qu'il s'inscrit dans le respect des recommandations et des règles de l'art.

Repenser le financement des accouchements et de l'activité obstétrique

Les tarifs de groupe homogène de séjours (GHS) de l'accouchement ont été conçus sur une logique de moyenne industrielle, comme pour l'ensemble des actes financés par la tarification à l'activité. Si cette approche est pertinente pour des actes relativement prévisibles comme la

chirurgie de la cataracte ou une prothèse de genou, elle apparaît moins adaptée aux spécificités de l'obstétrique.

L'obstétrique est particulièrement imprévisible (urgences vitales, complications rapides), fortement consommatrice en ressources humaines et soumise à des normes de sécurité particulièrement élevées. Le tarif GHS couvre l'acte standard mais pas la sécurisation permanente, pourtant déterminante en obstétrique.

Le financement des urgences gynécologiques demeure imparfaitement corrélé aux charges réelles, alors même qu'il s'agit de prises en charge souvent longues, nécessitant imagerie, biologie, parfois chirurgie, et exposant à un risque médico-légal élevé. Malgré les évolutions introduites par l'instruction de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et de la direction de la sécurité sociale (DSS) du 10 septembre 2020 relative à la gradation des prises en charge ambulatoires, les modalités de financement restent insuffisamment adaptées aux spécificités des urgences gynécologiques et obstétricales.

Cette situation se traduit par des déficits chroniques de nombreuses maternités (surtout des niveaux 1 et 2), des fermetures - notamment de maternités privées recentrant l'activité d'accouchement sur les établissements publics -, des regroupements, une dégradation des conditions de travail déjà mentionnées dans ce livre (transfert vers la ville des sages-femmes, turn-over, intérim coûteux) et, plus largement, par des résultats insuffisants en matière de santé périnatale.

Le tarif CCAM pour un accouchement par voie basse (313,50 €) révèle aussi la sous-évaluation économique d'un acte aussi important que l'accouchement.

Ainsi, le financement de l'activité obstétrique, dans ses différents modes d'exercice (hôpital, clinique, structures alternatives de naissance), est entièrement à repenser, tant dans le type de paiement utilisé (en incluant notamment un forfait structure) que dans la valorisation de l'activité.

Le GHS doit intégrer des valeurs actualisées et concordantes avec la réalité sur le temps soignant réel, les surcoûts liés aux nuits, aux gardes et au risque médico-légal...

Un forfait gynécologique pour les urgences devrait être créé et la pertinence de la T2A pour l'obstétrique réétudiée (possibilité d'un financement mixte : socle structurel + activité + complexité).

La reconnaissance financière du travail autonome des sages-femmes et le financement des consultations non programmées constituent également des évolutions nécessaires.

Chapitre 11 – La coordination territoriale : quand les sages-femmes deviennent des actrices centrales des parcours de santé

1. La PMI du Doubs : un exemple de coordination territoriale au service des femmes et des familles

La PMI constitue un acteur essentiel de l'accompagnement des femmes enceintes, des jeunes parents et des enfants dans les territoires. Pourtant, son rôle reste encore parfois méconnu, alors même qu'elle représente un véritable levier de prévention, de proximité et de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

L'organisation développée dans le département du Doubs illustre pleinement ce que peut être une PMI moderne, intégrée dans un parcours de santé coordonné. Elle présente également une particularité : la direction de la PMI est assurée, à titre dérogatoire, par une sage-femme. Cette expérience constitue un exemple concret de la capacité d'une sage-femme à exercer des responsabilités de direction et de pilotage d'un service de PMI. Elle montre que ces responsabilités ne sauraient être réservées aux seuls médecins : ne pas mobiliser les compétences des sages-femmes pour ces responsabilités revient à se priver de ressources disponibles dans les territoires. Elle illustre aussi la place que nous, sages-femmes, pouvons occuper dans une politique territoriale de santé dépassant largement le seul cadre des consultations individuelles.

Les interventions des sages-femmes de PMI reposent sur des modalités diversifiées, associant consultations, visites à domicile (VAD), accompagnements personnalisés et actions collectives, notamment à travers l'animation de groupes autour de la grossesse, de la parentalité ou de la santé des femmes.

Le département du Doubs est structuré autour de territoires distincts : le territoire de Montbéliard, le territoire de Besançon et le territoire du Haut-Doubs (Pontarlier). Chacun présente des spécificités propres en matière d'organisation, de caractéristiques géographiques et de population. Ces territoires regroupent des réalités urbaines, périurbaines et rurales variées, ainsi qu'une hétérogénéité de situations socio-économiques, de catégories socioprofessionnelles et de niveaux de revenus. Cette variabilité impose une organisation adaptée aux besoins des populations. L'enjeu n'est pas de proposer exactement les mêmes moyens partout, mais de garantir une véritable équité d'accès aux accompagnements.

Cette approche constitue une différence majeure entre égalité et équité. Les besoins ne sont pas identiques selon les territoires : les distances, les ressources disponibles, les situations sociales rencontrées ou encore la démographie des professionnels de santé nécessitent des réponses différenciées. C'est ce qui caractérise l'intervention de la PMI, fondée sur le principe d' « universalisme proportionné » : proposer un accès universel à la prévention et à la prise en charge, tout en adaptant l'intensité et les modalités d'intervention aux besoins des familles. C'est cette adaptation permanente qui permet d'assurer un accompagnement de qualité pour toutes les femmes et toutes les familles.

Dans le Doubs, les sages-femmes de PMI travaillent au sein d'équipes pluridisciplinaires associant notamment médecins de PMI, psychologues, infirmières puéricultrices,

professionnels des centres de santé sexuelle (CSS) et personnels administratifs au sein de la PMI, mais aussi les travailleurs sociaux des centres médico-sociaux. Cette organisation repose sur une conviction forte : nous ne pouvons pas répondre seules à l'ensemble des enjeux rencontrés par les familles. La complémentarité des compétences constitue une force, à condition que chacun puisse intervenir pleinement dans son champ d'expertise.

La coordination ne consiste donc pas à multiplier les intervenants autour d'une famille, mais à mobiliser les bonnes ressources au bon moment. Elle correspond pleinement à l'évolution de notre profession : nous ne sommes plus seulement des professionnelles qui réalisent des actes de soins, nous sommes aussi des actrices du parcours de santé, capables d'articuler l'ensemble de nos compétences autour des besoins des femmes et des familles.

Cette organisation commence dès la grossesse. L'EPP constitue à ce titre un point d'entrée important dans la coordination territoriale. Il est réalisé par une sage-femme, qu'elle exerce en PMI, en libéral ou à l'hôpital. Lorsqu'il fait apparaître des besoins particuliers ou des situations de vulnérabilité, le cadre prévu permet de proposer une intervention des services de PMI et d'assurer, lorsque cela est nécessaire, la coordination avec les autres professionnels intervenant auprès de la femme et de sa famille. Certaines situations nécessitent une vigilance particulière : grossesse chez une mineure, grossesse multiple, première grossesse après 40 ans, parcours de PMA, isolement, précarité ou difficultés psychologiques. L'orientation vers une sage-femme de PMI peut ainsi s'inscrire dans un parcours plus large, en lien avec la sage-femme qui réalise l'EPP et avec les autres professionnels concernés.

Dans ces contextes, la sage-femme de PMI peut intervenir précocement, notamment par des visites à domicile. Ces rencontres permettent d'établir une relation de confiance, d'évaluer les besoins de la femme et de sa famille et de mettre en place, lorsque cela est nécessaire, une prise en charge associant plusieurs professionnels ou plusieurs services et structures.

Les visites conjointes constituent d'ailleurs un outil particulièrement intéressant. Une intervention associant une sage-femme et une psychologue peut faciliter l'accès à un soutien psychologique. Une rencontre avec une assistante sociale peut permettre d'aborder simultanément les dimensions médicales, sociales et administratives d'une situation. De même, une visite à domicile associant une sage-femme et une puéricultrice peut prévenir une rupture dans l'accompagnement, notamment lors des périodes de transition après la naissance. Cette approche évite aux familles de devoir multiplier les démarches et permet une prise en charge plus cohérente.

Le lien avec les maternités occupe également une place centrale. Les sages-femmes de PMI participent aux échanges avec les équipes hospitalières, notamment dans les situations nécessitant une préparation particulière du retour à domicile. L'objectif est d'anticiper les besoins de la mère et du nouveau-né : vulnérabilité sociale, difficultés psychologiques, situation de handicap, nécessité d'un soutien renforcé ou risque de rupture dans le parcours.

Cette fonction prend tout son sens dans les situations où la santé mentale périnatale est fragilisée. Les difficultés psychiques et psychiatriques autour de la grossesse et de la naissance sont encore trop souvent sous-estimées. La mise en place de parcours coordonnés favorise l'alliance thérapeutique avec la patiente, en renforçant son adhésion au suivi dans la durée. Ces parcours contribuent ainsi à réduire les comorbidités associées aux troubles psychiatriques, mais également les difficultés relationnelles et les troubles de l'attachement, avec un impact positif sur le devenir de l'enfant. Le travail rapproché entre sages-femmes, psychologues et

partenaires sociaux permet ainsi de repérer plus rapidement les situations nécessitant un soutien et d'éviter que certaines femmes restent seules face à leurs difficultés.

L'un des enseignements majeurs de cette expérience concerne également la relation avec les familles. La PMI peut encore être associée, par méconnaissance, à une intervention uniquement liée à la protection de l'enfance. Le rôle des professionnels est donc aussi d'expliquer leur mission, de donner du sens aux interventions proposées et de construire une relation de confiance. Cette posture est essentielle : accompagner une famille ne signifie pas porter un jugement sur son histoire ou ses difficultés, mais identifier avec elle les ressources qui permettront de répondre au mieux aux besoins de l'enfant et des parents.

L'expérience du Doubs montre ainsi que la coordination territoriale n'est pas une compétence périphérique des sages-femmes. Elle constitue au contraire une dimension essentielle de notre profession, particulièrement dans une période où les besoins de soutien augmentent et où les inégalités territoriales persistent. Elle illustre également toute l'étendue de notre rôle dans l'organisation des parcours de santé, la prévention et l'accompagnement global des femmes et des familles.

Cette approche ne remet pas en cause la place de chaque professionnel. Au contraire, elle permet à chacun d'exercer pleinement son expertise dans une logique collective. Pour le système de santé, mieux mobiliser cette dimension territoriale des compétences des sages-femmes constitue un levier majeur pour renforcer la prévention, améliorer la continuité des parcours et répondre aux enjeux de santé publique. Cette évolution suppose de reconnaître pleinement les responsabilités que les sages-femmes peuvent déjà exercer dans ces missions.

Cette capacité à travailler en réseau constitue également un fondement indispensable pour répondre aux autres grands enjeux auxquels notre profession contribue déjà : la prévention et la prise en charge des violences sexistes et sexuelles, l'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle (EVARS), l'évolution du modèle périnatal et la coopération entre acteurs hospitaliers et territoriaux, notamment dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire (GHT).

2. Pour une meilleure intégration des sages-femmes dans l'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle (EVARS)

L'EVARS constitue un enjeu majeur de santé publique. Elle ne se limite pas à la transmission de connaissances sur la sexualité ou à la prévention des risques. Elle participe à la construction du rapport au corps, au respect de soi et des autres, au consentement et à la capacité de chacun à faire des choix éclairés en matière de santé. Les sages-femmes, notamment celles exerçant en PMI, sont déjà pleinement investies dans ces missions, à travers des actions d'information, de prévention et d'accompagnement auprès des femmes, des jeunes et des familles.

L'EVARS et la périnatalité relèvent d'un même continuum de santé :

Santé sexuelle → choix reproductifs → grossesse → parentalité → santé de l'enfant

Ces thématiques restent encore trop souvent abordées de manière cloisonnée alors qu'elles s'inscrivent dans une même approche globale de la santé. La santé sexuelle ne commence pas

avec la grossesse : elle participe à la construction des parcours de vie et accompagne les personnes bien au-delà de la période périnatale.

Dans cette logique, les réseaux de périnatalité pourraient constituer un espace pertinent pour soutenir cette articulation territoriale, en lien avec l'Éducation nationale, la PMI, les professionnels de santé, les structures associatives et les acteurs médico-sociaux. Il ne s'agirait pas de créer un dispositif supplémentaire, ni de se substituer aux acteurs déjà engagés, mais de mieux coordonner les compétences existantes, de favoriser la transversalité des interventions sur les territoires, d'assurer une cohérence des messages délivrés et de garantir une information adaptée aux réalités locales.

Les réseaux de périnatalité pourraient ainsi contribuer à structurer une véritable dynamique territoriale autour de l'EVARS, en facilitant la continuité entre prévention, accompagnement et prise en charge, tout en participant à la réduction des inégalités sociales et territoriales d'accès à l'information en santé sexuelle.

Nous disposons d'une légitimité particulière pour contribuer à cette démarche**.** Conformément au Référentiel professionnel, situations cliniques et compétences publié en 2023 par le CNP-M, notre profession intervient auprès des personnes à différents moments de leur vie : santé sexuelle, contraception, prévention, suivi gynécologique, projet de grossesse, grossesse et post-partum. Cette approche globale, à la fois médicale, préventive, éducative et relationnelle, constitue une spécificité forte de notre profession.

Notre rôle ne consiste pas à décider à la place des personnes, mais à leur permettre d'accéder à une information fiable, accessible et adaptée afin qu'elles puissent exercer leurs choix en matière de santé sexuelle et reproductive. Cette approche repose sur les principes fondamentaux de notre exercice professionnel : une information délivrée conformément aux données acquises de la science, respectueuse de l'autonomie des personnes et permettant un consentement éclairé. Cette posture est particulièrement importante auprès des jeunes, dans une période où se construisent le rapport au corps, à la santé, aux relations aux autres et à la vie affective et relationnelle.

Dans les territoires, l'identification de sages-femmes ressources en EVARS pourrait renforcer les liens entre les établissements scolaires, les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) locales, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), la PMI, les professionnels de santé et les acteurs associatifs. Elle permettrait également de mieux adapter les actions aux besoins des populations, notamment auprès des publics nécessitant une attention particulière, comme les jeunes en situation de handicap ou accompagnés par des établissements et services médico-sociaux.

L'intervention des sages-femmes dans l'EVARS représente ainsi un levier supplémentaire pour renforcer la prévention en santé sexuelle et reproductive, en s'appuyant sur une expertise déjà présente dans les territoires. Elle permet également de mieux faire connaître la contribution des sages-femmes aux politiques territoriales de prévention et de promotion de la santé.

3. Pour une meilleure intégration des sages-femmes dans la coordination territoriale de la prévention des VSS faites aux femmes

Les VSS représentent un enjeu transversal de santé des femmes. Elles peuvent survenir à différents moments de leur vie et avoir des conséquences durables sur leur santé physique, psychique et sexuelle, ainsi que sur leur santé reproductive et leur parentalité.

La période périnatale représente à ce titre un moment particulier : elle peut correspondre à une période de vulnérabilité, mais également à un temps privilégié pour favoriser l'écoute, le repérage et l'orientation.

Le repérage des violences ne repose pas uniquement sur la recherche de signes d'alerte. Il dépend avant tout de la capacité des professionnels à instaurer un cadre de confiance permettant aux femmes de pouvoir exprimer ce qu'elles vivent. La relation construite dans la durée avec les sages-femmes, notamment lors du suivi gynécologique, de la grossesse, du post-partum ou des visites à domicile, peut constituer un point d'appui essentiel. Certaines situations ne peuvent être identifiées qu'au travers d'une relation suffisamment établie pour permettre une parole.

Dans le champ des violences, l'expertise des sages-femmes repose ainsi sur leur capacité à identifier de manière précoce les situations de vulnérabilité, à évaluer les besoins des femmes et à les orienter vers les ressources adaptées. Cette compétence ne consiste pas à se substituer aux dispositifs spécialisés, mais à participer pleinement au parcours d'accompagnement des femmes victimes de violences.

La prévention et la prise en charge des violences sexistes et sexuelles nécessitent cependant une organisation collective. Aucun professionnel ne peut répondre seul à la complexité de ces situations. Les réponses efficaces reposent sur la capacité des acteurs sanitaires, médico-sociaux, sociaux, associatifs et institutionnels à travailler ensemble, à partager une culture commune et à rendre les parcours plus lisibles pour les femmes concernées grâce à la présence d'acteurs et de ressources clairement identifiées sur les territoires.

Dans cette perspective, les réseaux de périnatalité peuvent constituer un espace pertinent pour organiser les liens entre les différents acteurs impliqués dans l'accompagnement des femmes victimes de violences. Ils pourraient contribuer à renforcer les échanges entre professionnels, à diffuser les recommandations de bonnes pratiques, à identifier les ressources existantes et à favoriser une meilleure articulation entre les différents dispositifs mobilisés pour répondre aux situations de violences.

L'identification d'une sage-femme ressource sur les violences sexistes et sexuelles au sein des réseaux de périnatalité pourrait constituer un levier intéressant. Cette fonction ne viserait pas à créer une nouvelle organisation, mais à faciliter l'appropriation de cette problématique par les professionnels, soutenir les équipes, favoriser les échanges entre acteurs et améliorer la continuité des parcours.

À l'échelle des territoires, cette organisation doit rester adaptable aux réalités locales. Les réponses ne peuvent être identiques partout : elles doivent tenir compte des ressources disponibles, des besoins des populations et des dynamiques existantes. L'enjeu est de permettre à chaque territoire de mieux mobiliser les compétences présentes, notamment celles des sages-femmes, dans une logique de complémentarité.

Mieux intégrer les sages-femmes dans la prévention et la coordination autour des violences sexistes et sexuelles permet ainsi de mieux mobiliser une expertise déjà présente au service de la santé des femmes. Cela traduit l'évolution de la profession : une profession qui contribue pleinement au repérage précoce, à l'orientation et à la construction de parcours plus adaptés, plus accessibles et plus protecteurs.

4. Le rôle central des sages-femmes dans la gouvernance opérationnelle et stratégique des activités périnatales territoriales et des groupements hospitaliers de territoire (GHT)

La transformation de notre système de santé appelle une articulation toujours plus coordonnée, territorialisée et décloisonnée des parcours de soins. La périnatalité constitue un domaine particulièrement concerné : les besoins des femmes, des nouveau-nés, des enfants et des familles dépassent largement le seul temps de la grossesse et de la naissance et nécessitent une articulation étroite entre les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux.

Dans cette dynamique, nous, sages-femmes, occupons une place singulière. Professionnelles médicales et cliniciennes expertes de la physiologie, nous disposons également d'une expertise reconnue en matière de prévention, de santé publique et d'accompagnement des parcours, ainsi que d'une connaissance fine des réalités vécues par les femmes et les familles. Notre proximité avec le terrain et notre connaissance des besoins des populations et des ressources disponibles sur les territoires nous confèrent une légitimité particulière pour contribuer non seulement aux prises en charge individuelles, mais également à la construction, à la coordination et au pilotage des organisations de soins sur les territoires.

La gouvernance territoriale constitue ainsi un espace naturel d'exercice de notre expertise professionnelle.

Sur le plan opérationnel, nous contribuons déjà quotidiennement à assurer la continuité des parcours entre la ville, l'hôpital, la PMI et les structures médico-sociales, en limitant les ruptures et les difficultés d'articulation entre les différents acteurs. Cette articulation concerne notamment l'orientation des femmes et des familles, l'organisation des parcours, l'identification des situations de vulnérabilité et l'adaptation de l'offre aux besoins locaux. Notre connaissance fine du terrain permet d'optimiser l'orientation des patientes, d'anticiper les situations à risque et de prévenir les ruptures de soins ou d'accompagnement.

Cette gouvernance opérationnelle comprend également une dimension de gestion et d'adaptation des ressources. Par leur expertise clinique et leur connaissance des organisations, les sages-femmes peuvent contribuer à l'identification des besoins en professionnels, à l'organisation des équipes, à la priorisation des activités et à l'adaptation des ressources aux évolutions des besoins de la population.

Cette coordination repose sur une logique de complémentarité des compétences. Elle ne consiste pas à multiplier les interventions autour des familles, mais à mobiliser les professionnels les plus pertinents au moment où leur expertise est nécessaire : médecins, pédiatres, psychologues, travailleurs sociaux, professionnels de PMI, associations ou acteurs de proximité.

Le développement d'outils de coordination, de partage d'informations et de communication entre professionnels constitue à cet égard un enjeu majeur. Une gouvernance efficace suppose de favoriser le travail en équipe pluriprofessionnelle et de fluidifier les interfaces entre les différents secteurs du système de santé.

Concernant la qualité et la sécurité des soins, notre implication dans l'élaboration des protocoles, les démarches qualité, les retours d'expérience (REX), les audits ou encore les groupes de travail sur la morbi-mortalité périnatale contribue à harmoniser les pratiques et à faire évoluer les modes de fonctionnement à partir des réalités du terrain.

Cette participation permet d'identifier les écarts entre les organisations théoriques et les pratiques réelles, de repérer les situations à risque et de proposer des actions correctives adaptées aux spécificités des territoires. Les sages-femmes doivent ainsi être pleinement associées aux démarches d'évaluation et d'amélioration continue, non seulement comme professionnelles directement impliquées dans les soins, mais également comme actrices de l'évolution des pratiques et de la sécurité des parcours périnataux.

Le rôle, les responsabilités et le positionnement des sages-femmes doivent ainsi être reconnus et valorisés, tant dans la coordination des parcours que dans le management de la périnatalité. Leurs missions s'exercent à plusieurs niveaux de gouvernance, notamment :

- au niveau régional, au sein des agences régionales de santé (ARS), des dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité (DSRP) et des unions régionales des professionnels de santé (URPS) de sages-femmes ;
- au niveau départemental et territorial, au sein des conseils départementaux, des GHT, des CPTS et des différentes instances intervenant autour des 1 000 premiers jours, de la santé mentale, de la protection de l'enfance, du handicap et des vulnérabilités, ainsi que dans les réseaux néonatals ;
- au niveau des établissements de santé, au sein des instances médicales, de qualité et de gouvernance institutionnelle, ainsi que dans les structures de coordination des activités périnatales.

Les sages-femmes doivent participer pleinement à la gouvernance stratégique de la périnatalité. Les évolutions démographiques, la transformation des parcours de soins, les inégalités territoriales d'accès aux soins et les nouveaux enjeux de santé publique nécessitent une expertise spécifique qui doit être présente dans les lieux où se prennent les décisions. Cette expertise, déjà présente sur les territoires, doit pouvoir être davantage mobilisée dans les espaces de réflexion et de décision afin de contribuer pleinement aux évolutions du système de santé.

Au sein des GHT, des projets médicaux partagés, des schémas régionaux de santé ou des différentes instances territoriales de santé, mais également dans le cadre du déploiement des services départementaux de PMI, notre participation permet d'intégrer les enjeux spécifiques de la périnatalité : structuration du maillage des maternités, accès aux soins de proximité, développement des parcours ambulatoires, santé mentale périnatale, accompagnement du post-partum et de l'allaitement, prévention des violences ou encore prise en compte des déterminants sociaux de santé et des situations de vulnérabilité.

Les sages-femmes doivent également pouvoir être force de proposition dans les transformations et les innovations organisationnelles : développement des maisons de naissance, des parcours

coordonnés, des plateformes de télé-expertise, des réseaux de périnatalité ou de nouvelles modalités de suivi et de prise en charge permettant de rapprocher les soins des lieux de vie des populations.

Cette capacité à proposer et à participer à l'évolution des pratiques et des structures constitue une dimension essentielle de leur expertise stratégique.

Le rôle des sages-femmes ne peut être pleinement reconnu sans une représentation effective dans les instances où sont définies les politiques de santé et les modalités d'organisation territoriale. Dans certains établissements, elles participent déjà aux différentes instances de gouvernance et de démocratie en santé, notamment aux CME, aux commissions des usagers (CDU), aux collèges de la périnatalité et aux autres instances territoriales ou régionales pertinentes. Cette participation n'étant toutefois pas systématique, elle doit pouvoir être développée et favorisée.

Cette représentation permet de porter à la fois l'expertise des professionnelles de terrain et la connaissance des besoins des femmes, des nouveau-nés et des familles. Leur présence dans ces instances ne doit pas être conçue comme une représentation symbolique, mais comme la reconnaissance d'une expertise médicale et stratégique indispensable à la définition des politiques périnatales.

Le statut des sages-femmes exerçant des missions managériales et d'organisation, d'expertise et de leadership en maïeutique doit évoluer au regard de ces enjeux et des responsabilités qu'elles assurent au sein de ces espaces de gouvernance. Leur place au sein des principales instances du GHT (comité stratégique et commission médicale de groupement, commission ou instance qualité-sécurité des soins, département d'information médicale [DIM] de territoire, comité territorial des élus locaux, instance de coordination du projet médical partagé) doit être reconnue en tant que membre de droit. Il importe de reconnaître et de valoriser leur position d'expertes de la stratégie en maïeutique et de la coordination du parcours périnatal territorial.

Au sein des établissements de santé, le statut de sage-femme coordonnatrice en maïeutique est aujourd'hui obsolète et ne répond plus aux enjeux actuels. Son expertise au sein du pôle femme-mère-enfant, où elle occupe une place essentielle aux côtés du chef de pôle, ne peut en aucun cas être remplacée, la filière périnatale constituant une filière stratégique de l'établissement. Sa participation au conseil de surveillance et au directoire est primordiale. L'emploi fonctionnel qu'elle occupe actuellement est juridiquement précaire, temporaire et révocable, alors que les fonctions de management et de coordination en maïeutique répondent à des besoins structurels au sein de l'établissement. Il importe de construire une réforme visant à sécuriser cette fonction, en l'inscrivant dans la gouvernance institutionnelle et dans le référentiel métier de la fonction publique hospitalière. Il est nécessaire que la responsabilité institutionnelle de la maïeutique soit organisée sur un modèle stable et sécurisé, à l'instar des autres fonctions de gouvernance médicale et soignante.

Cette réforme du cadre statutaire et réglementaire doit inclure une véritable garantie de carrière. La perte de la fonction de coordination ne doit pas signifier la perte de l'emploi, de l'ancienneté ou des droits statutaires. Cette garantie doit être explicite afin de permettre aux professionnelles d'exercer durablement des responsabilités de gouvernance sans précarisation de leur situation professionnelle.

Garantir une gouvernance pérenne en maïeutique suppose de :

- garantir une fonction permanente de coordination sage-femme et sa protection statutaire ;
- assurer une représentation de la maïeutique dans la gouvernance médicale et institutionnelle, quel que soit le niveau où elle s'exerce (régional, départemental ou territorial) ;
- inscrire clairement son positionnement dans le projet médical et dans les projets d'établissement ;
- articuler cette gouvernance avec celle du GHT et du DSRP ;
- garantir une participation effective aux instances de décision et de pilotage des activités périnatales ;
- valoriser les compétences d'expertise, de management, de coordination et de stratégie en maïeutique.

La coordination en maïeutique ne doit plus être considérée comme une fonction d'encadrement des sages-femmes, mais bien comme un rôle de gouvernance de la politique périnatale. Cette responsabilité requiert une expertise, une expérience professionnelle, des compétences managériales et une vision territoriale qu'il s'agit de valoriser et de fidéliser afin de renforcer son attractivité et de favoriser la mobilité professionnelle de manière sécurisée.

Les crises sanitaires ont également démontré l'importance de disposer de professionnels capables d'adapter rapidement l'organisation des soins à l'échelle d'un territoire. Épidémies, pandémies, catastrophes naturelles ou autres situations exceptionnelles bouleversent l'organisation habituelle des soins et nécessitent une réponse coordonnée, réactive et adaptable. Par leur polyvalence, leur expertise en santé publique et leur ancrage auprès des populations, les sages-femmes peuvent jouer un rôle majeur dans ces situations exceptionnelles.

Lors d'une crise, nous contribuons à maintenir l'accès aux soins périnataux, à adapter rapidement l'offre aux besoins de la population et à sécuriser les parcours des femmes enceintes, des nouveau-nés et des familles. Nous pouvons notamment participer à l'adaptation des modalités de suivi et d'accueil, à l'organisation des équipes, à la priorisation des activités et à la continuité des parcours entre l'hôpital, la ville et les structures médico-sociales. Nous participons également à la diffusion d'informations fiables auprès des populations et à la prévention et au repérage des situations de vulnérabilité, notamment auprès des femmes les plus éloignées du système de santé.

Les sages-femmes doivent pouvoir être intégrées aux cellules de crise et aux dispositifs de coordination territoriale lorsque les décisions prises ont un impact sur la structuration des activités périnatales. Leur expertise peut notamment contribuer à la gestion des circuits de soins, à l'adaptation des ressources et à la continuité des parcours.

L'expérience récente des crises sanitaires a rappelé une réalité essentielle : la résilience d'un système de santé repose sur sa capacité à coordonner ses acteurs, à adapter rapidement son organisation et à s'appuyer sur les compétences disponibles dans les territoires.

Notre place ne peut donc plus être pensée uniquement au regard de nos actes cliniques, ni être limitée par une représentation partielle ou obsolète de nos compétences par les pouvoirs publics. Notre expertise doit être pleinement reconnue et mobilisée dans la structuration des parcours, la prévention, la santé publique, l'innovation dans les pratiques, la gestion des crises et la gouvernance des politiques périnatales territoriales. Cette reconnaissance doit être portée à la fois auprès des populations, des instances décisionnelles, des établissements de santé et des

autres professionnels. Elle doit également permettre de faire évoluer les représentations de la profession et de reconnaître pleinement la contribution des sages-femmes à la performance, à la qualité, à la sécurité du système de santé.

La périnatalité constitue en effet un champ stratégique de santé publique qui nécessite une approche globale, décloisonnée et prospective. Notre expertise médicale, notre connaissance de la physiologie, notre proximité avec les femmes et les familles, notre expérience de la prévention et notre vision transversale des parcours doivent être pleinement intégrées à la décision.

Renforcer notre participation aux instances de décision et de gouvernance constitue ainsi un levier essentiel pour construire une organisation plus cohérente, plus proche des besoins des femmes et des familles, plus équitable et mieux adaptée aux enjeux de santé de demain.

Notre place dans la gouvernance opérationnelle et stratégique des activités périnatales territoriales et des GHT traduit un enjeu essentiel : la qualité et la sécurité des parcours reposent également sur la capacité à articuler les compétences, les ressources et les acteurs autour des besoins des populations.

À l'horizon 2030, nous devons ainsi être reconnues comme des actrices médicales, managériales, expertes et stratégiques de la politique périnatale, pleinement associées à sa conception, à son pilotage, à son évaluation et à son évolution.

Conclusion – Le temps est venu

Ce livre ne se referme pas. Il ouvre une nouvelle page.

Il s'ouvre parce que les constats qu'il dresse ne sont pas des plaintes : ce sont des leviers. Il s'ouvre parce que les dix mesures qu'il propose ne sont pas des vœux pieux : ce sont des chantiers concrets, documentés, finançables.

Nous sommes à un moment rare de l'histoire d'une profession.

Rarement une profession médicale aura connu, en à peine trente ans, une transformation aussi profonde de sa formation, de ses compétences et de ses missions.

Rarement elle aura été aussi nécessaire - pour les femmes, pour les bébés, pour un système de santé qui a besoin d'elle pour basculer vers la prévention.

À l'heure où les enjeux de prévention, d'accès aux soins et d'accompagnement des parcours de santé prennent une place croissante, nos compétences répondent plus que jamais aux besoins de la société.

Et rarement le décalage entre ce que nous faisons et ce que nous recevons en retour aura été aussi criant.

Ce décalage, c'est précisément ce que ce livre a voulu nommer avec précision et sans complaisance. Non pour alimenter la frustration, mais pour rendre visible ce qui doit changer - et montrer que ce changement est à portée de main.

Car au-delà de l'évolution de notre profession, c'est aussi le système de santé qui est en train de se transformer. Les besoins de la population évoluent. Les attentes en matière de prévention, de proximité, d'accès aux soins et de coordination des parcours prennent une place croissante.

Dans ce contexte, nos compétences apparaissent plus que jamais comme une réponse aux défis des années à venir.

L'enjeu n'est donc pas seulement de faire reconnaître ce que nous faisons déjà. Il est de permettre à notre profession de prendre toute sa place dans le système de santé de demain.

Les arguments sont là. Les données sont là. Le cadre juridique, académique et éthique est là.

Ce qu'il reste à construire, c'est la force collective pour franchir le dernier verrou.

Cette force ne viendra pas seulement des instances représentatives, des syndicats ou des négociations conventionnelles.

Elle viendra de chacune et chacun d'entre nous - sage-femme hospitalière qui tient une salle de naissance à trois heures du matin, sage-femme libérale qui suit une grossesse jusqu'à l'accouchement, sage-femme en PMI qui repère une violence là où personne d'autre ne regarde.

Notre légitimité n'a pas besoin d'être conquise : elle existe déjà dans les textes, dans les faits, dans les pratiques. Ce qu'il faut désormais, c'est qu'elle soit pleinement reconnue, dans les statuts, dans les tarifs, dans les organisations.

2027, c’est maintenant : nous devons convaincre.

2030, c’est demain : nous devons pleinement assumer notre mutation.

Ce livre est un outil. Faisons-en bon usage — ensemble.

LES DIX MESURES PHARES DU PLAN STRATÉGIQUE

1. **Notre statut médical doit être reconnu sans ambiguïté** - malgré des fondements juridiques, scientifiques et éthiques qui établissent sans ambiguïté la nature médicale de notre profession, l'approche française historique fortement médicalisée de la grossesse et le manque de culture de prévention ont freiné la reconnaissance de notre statut médical, de notre autonomie professionnelle en ville et à l'hôpital, qu'il convient maintenant d'affirmer. Il en est de même vis-à-vis des classifications Insee, pour lesquelles trois leviers sont à activer : neutraliser leur interprétation avec l'aide de l'Insee, mettre en avant les classes d'emploi, et préférer le moyen terme pour améliorer la prochaine version de la classification PCS.

2. **Notre place à l'hôpital doit être celle d'une praticienne hospitalière** – l'obtention du statut de praticien hospitalier n'est pas un symbole, c'est la clé qui ouvre les autres portes. Elle s'inscrit dans une nouvelle vision globale et ambitieuse de notre carrière hospitalière et hospitalo-universitaire, et dans un plan de reconquête de la périnatalité en France. Ainsi, la réforme du statut doit s'inscrire dans une approche globale de la sage-femme à l'hôpital, lui permettant de déployer pleinement ses compétences et intégrant toutes les dimensions de la carrière hospitalière : soins, recherche, enseignement, gouvernance, rémunération.

3. **Notre rôle dans le suivi gynécologique doit être officiellement balisé et reconnu** – nous sommes compétentes pour assurer le suivi gynécologique de prévention des femmes à tout âge. Mais sans recommandation officielle claire, nous exerçons ce rôle dans un flou qui génère de l'anxiété pour nous, de la méfiance chez les gynécologues, et de l'ignorance chez les femmes elles-mêmes. La solution existe déjà dans notre cœur de profession : c'est la stratification selon le niveau de risque, comme pour la grossesse. Les CNP de maïeutique et de gynécologie doivent construire ensemble cette classification clinique gynécologique, et la faire valider par la HAS. Cette clarification doit également s'accompagner d'une communication nationale auprès du grand public sur les compétences des sages-femmes, afin de mieux faire connaître leur rôle et de lutter contre l'invisibilité persistante de la profession.

4. **L'accouchement à l'hôpital doit redevenir attractif pour nous** - de moins en moins d'entre nous veulent rester à l'hôpital. Ce n'est pas un caprice : c'est la conséquence logique de conditions de travail dégradées, d'un statut qui ne nous reconnaît pas, et d'un modèle périnatal centré sur les grossesses à risque, qui laisse peu de place à notre autonomie. La réforme statutaire est indispensable - mais elle ne suffira pas seule. Il faut refondre en profondeur l'organisation de la périnatalité hospitalière, en travaillant avec toutes les parties prenantes : dissocier les parcours selon le niveau de risque, renforcer notre autonomie pour les grossesses physiologiques, permettre, lorsque la situation clinique le permet, une prise en charge « une femme – une sage-femme » (« one to one midwifery care »), et actualiser les décrets de 1998 qui encadrent encore les ratios de personnel, devenus insuffisamment adaptés aux besoins actuels et aux recommandations de prise en charge. Et la question de savoir qui accouchera les femmes en France demain n'a rien de provocateur : elle pose directement celle de l'attractivité de l'exercice hospitalier, de l'organisation de la périnatalité et, plus largement, de la capacité de notre système de santé à garantir des soins de qualité.

5. **Refondre l'organisation de la périnatalité en France favorisera le développement des alternatives aux maternités pour les grossesses à bas risque** - le rééquilibrage de la politique de périnatalité en France vers les grossesses à bas risque conduira probablement à dissocier les salles de naissances à l'hôpital, à développer les maisons de naissance et les accouchements à domicile. Cette évolution répond à une forte demande des femmes et est en retard en France. Une évaluation médico-économique des expériences menées, associée à une évaluation de la demande potentielle pour les années à venir, est nécessaire pour calibrer et piloter ce développement. Celui-ci générera des moyens supplémentaires pour mieux rémunérer les missions des sages-femmes dans les maisons de naissance et les services de gynécologie-obstétrique.

6. **Renforcer notre rôle dans le post-partum** - cette période est essentielle pour la récupération physique et psychique de la mère et pour l'adaptation du nouveau-né. La convergence de la DMS en maternité avec la moyenne européenne mettrait à disposition des moyens financiers supplémentaires pour améliorer la gestion de cette période cruciale. Les taux de réalisation de l'EPP et des séances de préparation à la naissance et à la parentalité doivent augmenter. Pour cela, la hausse des sorties précoces de maternité et une communication anticipée et explicite sur la durée prévisionnelle seraient utiles. Le renforcement de nos missions à domicile, notamment par une meilleure valorisation et par un remboursement à 100 % des entretiens post-natals entre 4 et 8 semaines, 10 et 14 semaines, est un levier important.

7. **Notre expertise en allaitement maternel doit être reconnue et rémunérée -** les taux insuffisants d'allaitement maternel ont des conséquences médico-économiques sous-estimées en France. Les sages-femmes sont les professionnelles médicales de référence pour l'accompagnement de l'allaitement maternel, qui fait pleinement partie de leurs compétences et mobilise une approche à la fois médicale, éducative et émotionnelle. Les formations complémentaires, telles que le DU LHA, permettent d'approfondir cette expertise et doivent également être mieux reconnues, notamment pour valoriser les consultations longues et complexes nécessitant un soutien renforcé. Une consultation dédiée à l'allaitement maternel et un acte caractérisant le suivi du bébé tout au long de l'allaitement sont nécessaires, et constitueraient une valeur ajoutée médico-économique à évaluer dans le temps.

8. **Notre droit de prescription doit être à la hauteur de nos missions -** nous renvoyons des patientes chez un médecin pour des prescriptions que nous pourrions faire nous-mêmes : des antifongiques oraux pour une mycose, des antalgiques pour des douleurs pelviennes bénignes, le congé pathologique qui est préventif, la PrEP pour une femme exposée au VIH. Ce n'est plus tenable. La liste limitative encadrant nos prescriptions est aujourd'hui un frein à la qualité des soins et une source de ruptures évitables des parcours de nos patientes. Elle doit être supprimée. Comme pour les chirurgiens-dentistes, notre champ de prescription sera alors défini par notre champ de compétences - ni plus ni moins.

9. **Nous devons être payées à la hauteur de la valeur de nos actes** - le principe est simple : un acte identique réalisé dans le cadre de compétences reconnues doit être tarifé au même prix, qu'il soit fait par un médecin ou par nous. Aujourd'hui, ce n'est pas le cas. Un frottis cervico-vaginal nous est remboursé 12,46 €, contre 13 € pour un médecin. Nos échographies de grossesse sont sous-cotées jusqu'à 5,49 € de moins que celles d'un gynécologue. Une consultation de suivi de grossesse à bas risque, que nous assurons en totale autonomie, nous

est rémunérée 26,50 € contre 30 € pour un médecin généraliste. Cette même logique doit s'appliquer à nos compétences en orthogénie : les sages-femmes contribuent à garantir une offre complète de soins, en réalisant les IVG médicamenteuses et instrumentales jusqu'à 16 semaines d'aménorrhée, sans revalorisation à la hauteur de ce service rendu à la population. Ces distorsions doivent être corrigées. Au-delà de la ville, le financement des maternités est aussi à repenser : la tarification à l'activité actuelle ne tient pas compte de la réalité de l'obstétrique - imprévisible, exigeante, exposée. Un mode de financement mixte, intégrant un forfait structure et la valorisation réelle du travail de nuit et des urgences, doit le remplacer.

10. **Les sages-femmes doivent devenir des actrices centrales de la coordination territoriale de la prévention** – la prévention et l'accompagnement des femmes et des familles nécessitent une meilleure coordination entre les acteurs des territoires. Les sages-femmes doivent pouvoir y prendre toute leur place, en lien notamment avec la PMI, les maternités, les professionnels de ville et les réseaux de périnatalité. L'identification de sages-femmes ressources en EVARS et dans la prévention des VSS, ainsi que leur participation aux instances de gouvernance territoriale, permettraient de mieux articuler les parcours et de répondre au plus près des besoins des femmes et des familles.

Postface

À la croisée des attentes sociales d'accompagnement de la vie génésique et de l'évolution des savoirs obstétricaux, les sages-femmes devinrent en mars 1803 la première profession féminine diplômée en France et une des trois professions médicales reconnues et protégées par l'État. Ce point de bascule à l'origine de la profession telle que les sages-femmes l'exercent aujourd'hui est le résultat d'un choix politique fort qui fit d'elles les praticiennes par excellence de la naissance dans toutes ses dimensions. Agentes de santé publique, passeuses de savoirs médicaux et d'hygiène, les sages-femmes inventèrent au fil des XIX^e^ et XX^e^ siècles une profession aux multiples facettes, de l'exercice au domicile à l'hospitalisation des naissances, de l'accompagnement social de la maternité souffrante et marginalisée à la solidarité active en l'absence de contrôle efficace et légal des naissances.

« Non, la sage-femme n'est pas seulement une accoucheuse » s'écriait Marie Bocquillet, première secrétaire générale du premier syndicat de sages-femmes (qui fut aussi le premier syndicat féminin de l'histoire française), devant les participantes au Congrès de la Fédération féministe en 1902. Bien plus que cela, les sages-femmes furent des pionnières, avant la lettre, du suivi de la grossesse, de la santé gynécologique, du contrôle des naissances, de la protection maternelle et infantile. Pionnières, elles le furent aussi dans leur précoce conscience d'appartenir à un même corps professionnel, par-delà leurs lieux et conditions d'exercice, par la volonté de parler d'une voix commune qui s'exprima un bon demi-siècle avant la création de l'Ordre national des sages-femmes et des grands syndicats professionnels d'après-guerre. Si l'histoire de leurs mobilisations collectives n'est pas linéaire, elle montre leur engagement constant au service de la santé des femmes et des nouveau-nés et, partant de là, leur engagement au service de la société. Mille fois prophétisée, la disparition de la profession n'eut (et n'aura) pas lieu, tant les sages-femmes sont irremplaçables en ce qu'elles conjoignent en un même corps professionnel des missions médicales mais aussi humaines indispensables à la reproduction du corps social dans le respect plein et entier du contrat social.

Leur avenir n'en reste pas moins à construire, au premier chef parce que « [la profession] des sages-femmes ne doit pas être plus longtemps déshéritée du rang qui lui revient dans les professions médicales » (Ignace Druhen, *De l'institution des sages-femmes et de la réforme qu'elle réclame*, Lille, 1851). Ensuite, par le rôle qu'elles sont appelées à jouer dans la refondation d'une médecine humaniste, fondée sur la solidarité et le collectif, qui assure à chacune et chacun, dès sa naissance, « la possibilité d'une vie pleinement humaine » (Programme du Conseil national de la Résistance, 15 mars 1944).

Nathalie Sage Pranchère
Historienne, chercheuse en histoire de la médecine et de la santé

Listes des abréviations

AAD — Accouchement accompagné à domicile

AFSFA — Association Française des Sages-Femmes Acupuncteurs

ALD — Affection de longue durée

AMP — Assistance médicale à la procréation

ANSFC — Association Nationale des Sages-Femmes Coordinatrices

ANSFL — Association Nationale des Sages-Femmes Libérales

ANSFO — Association Nationale des Sages-Femmes Orthogénistes

ANSFT — Association Nationale des Sages-Femmes Territoriales

APAAD — Association Professionnelle de l'Accouchement Accompagné à Domicile

APSF — Association Professionnelle de Sages-Femmes

ARS — Agence régionale de santé

ASFMDN — Association des Sages-Femmes de Maisons de Naissance

BIT — Bureau International du Travail

CCAM — Classification commune des actes médicaux

CDU — Commissions des usagers

CES — Certificat d'études spécialisées

CLAP — Comité de Liaison pour l'Avenir de la Profession

CME — Commission médicale d'établissement

CMdN — Collectif des Maisons de Naissance françaises

CNAM — Caisse nationale de l'Assurance Maladie

CNEMa — Conférence Nationale des Enseignants de Maïeutique

CNOM — Conseil national de l'Ordre des Médecins

CNOSF — Conseil national de l'Ordre des sages-femmes

CNP — Conseil National Professionnel

CNP-M — Conseil National Professionnel de Maïeutique

CNSF — Collège National des Sages-Femmes de France

CNU — Conseil National des Universités

CPAM — Caisse primaire d'assurance maladie

CPTS — Communauté professionnelle territoriale de santé

CSBM — Consommation de soins et de biens médicaux

CSP — Code de la santé publique

CSS — Centre de santé sexuelle

DALYs — Disability-Adjusted Life Years

DES — Diplôme d'études spécialisées

DGOS — Direction générale de l'offre de soins

DIF — Droit individuel à la formation

DIM — Département d'information médicale

DMS — Durée moyenne de séjour

Drees — Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DSRP — Dispositif spécifique régional en périnatalité

DSS — Direction de la sécurité sociale

DU — Diplôme universitaire

DU LHA — Diplôme universitaire de lactation humaine et allaitement maternel

EPP — Entretien prénatal précoce

EQTP — Équivalent temps plein

EVARS — Éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle

FP — Fonction publique

FPH — Fonction publique hospitalière

FPT — Fonction publique territoriale

GHS — Groupe homogène de séjour

GHT — Groupement hospitalier de territoire

HAS — Haute Autorité de santé

HCAAM — Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

HCFEA — Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge

HCFIPS — Haut Conseil du financement de la protection sociale

HPST — Hôpital, patients, santé, territoires

HTA — Hypertension artérielle

IA — Intelligence artificielle

IGAS — Inspection générale des affaires sociales

IMG — Interruption médicale de grossesse

Insee — Institut national de la statistique et des études économiques

IST — Infection sexuellement transmissible

IVG — Interruption volontaire de grossesse

LAS — Licence accès santé

LMD — Licence-Master-Doctorat

NGAP — Nomenclature générale des actes professionnels

OCDE — Organisation de coopération et de développement économiques

OMS — Organisation mondiale de la Santé

ONCD — Ordre National des Chirurgiens-Dentistes

ONSSF — Organisation Nationale Syndicale des Sages-Femmes

ORL — Oto-rhino-laryngologistes

PASS — Parcours d'accès spécifique santé

PCEM1 — Première année du premier cycle des études médicales

PCS — Professions et catégories socioprofessionnelles

PCV — Prélèvement cervico-vaginal

PIB — Produit intérieur brut

PMA — Procréation médicalement assistée

PMI — Protection maternelle et infantile

PRADO — Programme d'accompagnement du retour à domicile

QALY — Quality-adjusted life year

REX — Retour d'expérience

RSA — Revenu de solidarité active

SA — Semaines d'aménorrhée

Sida — Syndrome d'immunodéficience acquise

SpF — Santé publique France

UE — Union européenne

UFR — Unité de formation et de recherche

UNSSF — Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes

URPS — Union Régionale des Professionnels de Santé

VAD — Visite à domicile

VAE — Validation des acquis de l'expérience

VIH — Virus de l'immunodéficience humaine

VSS — Violences sexistes et sexuelles

VVS — Valeur statistique d'une vie



COMITÉ DE LIAISON POUR L'AVENIR
DE LA PROFESSION SAGE-FEMME