

PLAN STRATÉGIQUE

2030

DE LA PROFESSION  
DE SAGE-FEMME

# PRÉAMBULE

La profession des sages-femmes 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, d'enseignement -, une transformation majeure s'est opérée.

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 la profession de sage-femme n'est pas une revendication corporatiste : c'est un impératif de santé publique et un choix stratégique pour la Nation.** Le destin des sages-femmes 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 du redressement de la natalité, et plus largement à la soutenabilité et à la performance de notre système de santé.

Le plan stratégique 2030 présenté dans ce rapport vise à identifier et activer les leviers essentiels permettant à la profession de trouver, d'ici à 2030, la place, la reconnaissance et les moyens nécessaires pour exprimer pleinement son 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.

La méthodologie retenue et les objectifs poursuivis reposent sur la construction d'un consensus large et durable : au sein de la profession elle-même, avec les autres professions médicales et paramédicales, avec les pouvoirs publics, l'ensemble des acteurs de la santé, et la population.

Ce consensus suppose une meilleure diffusion des connaissances sur la réalité contemporaine du métier de sage-femme, sur l'évolution de son positionnement et sur ses apports concrets, afin de déconstruire les préjugés, les idées reçues et les représentations obsolètes.

Enfin, la condition déterminante du succès de ce plan réside dans la qualité de sa mise en œuvre. Celle-ci devra s'inscrire dans un calendrier clair, un plan d'actions cohérent et une mobilisation de l'ensemble de la profession. Ce plan est global : chaque mesure y trouve son sens, et les bénéfices de chacune s'additionnent à ceux des autres. C'est de cette cohérence, de cette ambition partagée et de cette action collective que dépendra la réussite finale.

**Pr Frédéric Bizard**

Le 27 janvier 2026

# SOMMAIRE

p.04

État des lieux de la profession

p.08

Les grands enjeux nationaux de la profession

p.11

Stratégie nationale pour le renforcement de la profession

p.18

Les dix mesures phares du plan

p.21

L'auteur

# PLAN STRATÉGIQUE 2030 DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

## ÉTAT DES LIEUX DE LA PROFESSION

**La démographie des sages-femmes est la plus dynamique des professions médicales.** Elle progresse depuis 2012 de 2,6% par an, contre 0,8% pour les médecins. C'est aussi la profession la plus jeune (40,9 ans vs 44,3 ans pour les dentistes) et la plus féminisée (97%). En 2025, la profession compte 25 760 sages-femmes. Le relèvement du numérus clausus à plus de 1 000 étudiants admis chaque année devrait maintenir cette dynamique, qui renforcera notre système de santé grâce à l'extension des missions des sages-femmes au-delà de la périnatalité.

L'exercice hospitalier demeure majoritaire en 2024 (54 %), mais il recule au profit de l'exercice libéral (26 % en 2024 contre 10 % en 2012) et de l'exercice mixte (10 % contre 5 % en 2012). L'exercice libéral devrait augmenter de 70 % d'ici 2050, avec une part estimée à 36 % dès 2030. Cette évolution s'accompagne d'une structuration croissante de l'offre, marquée par une hausse des cabinets de groupe (50 % en 2024 contre 28 % en 2014).

Parallèlement, les effectifs hospitaliers sont de plus en plus marqués par le recours à l'intérim, passé de 0 % en 1998 à 14 % en 2024.

**La démographie des médecins dédiés à la santé de la femme et du nouveau-né est, quant à elle, en forte tension.** Depuis les années 2000, l'effondrement des effectifs de gynécologues médicaux n'a été que partiellement compensé par la hausse des gynécologues-obstétriciens. Entre 2010 et 2025, le nombre total de gynécologues a diminué de 11 %, passant de 7 811 à 6 936. En 2010, 47 % des gynécologues étaient des gynécologues médicaux, contre seulement 16 % en 2025. Cette pénurie a conduit à une véritable désertification gynécologique : **en 2025, plus d'une femme sur deux (53 %) renonce à des soins gynécologiques.**

Sur la même période, le nombre de médecins généralistes a diminué de 9 % (81 870 en 2025), tandis que celui des pédiatres a augmenté de 15 % (8 774 en 2025). Le salariat domine chez les pédiatres (70 %) et continue de progresser, alors que l'exercice libéral reste majoritaire chez les médecins généralistes (56 %) et chez les gynécologues médicaux (80 %).

Depuis le premier plan périnatalité de 1998, le paysage des maternités a profondément évolué. **Les maternités de type 1 sont passées de 564 en 1996 à 163 en 2022**, constituant le principal facteur de baisse du nombre total de maternités depuis 2012 (-73 établissements, dont -75 de type 1). En 2022, 73 % des accouchements sont réalisés dans le secteur public (contre 67 % en 2012), tandis que la part du secteur privé lucratif a reculé de 25 % à 19 %.

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 évolution ne doit pas remettre en cause la sécurisation de l'accouchement qui reste la priorité, mais celle-ci ne doit pas freiner l'émergence des alternatives à la maternité classique** que sont les maisons de naissance et les accouchements à domicile (AAD), ou encore l'accès aux plateaux techniques.

**Après une décennie d'existence des maisons de naissance, la France est également très en retard avec seulement 0,12% des naissances totales dans 9 établissements.** Il existe un réel engouement des femmes pour ces maisons qui représentent une liberté de choix du lieu d'accouchement, dans des conditions sécurisées et de respect de l'intimité du couple. Les exemples des États-Unis, de l'Allemagne et de la Suisse démontrent le fort potentiel de développement de ces structures, placées sous la responsabilité des sages-femmes et constituant un levier de maîtrise des dépenses de maternité.

Les études des sages-femmes sont marquées depuis 30 ans par des évolutions importantes du point de vue de la durée, des modalités d'accès et de l'universitarisation (LMD). L'universitarisation a été renforcée en 2014 (grade de master) puis en 2023 (sixième année, doctorat). Ainsi, la formation s'est sensiblement rapprochée de celle des médecins, réalisée au sein des UFR, par des enseignants-chercheurs pour la théorie et les maîtres de stage universitaire pour la pratique. Ces évolutions sont en cours de régularisation et ne sont pas encore totalement effectives sur l'ensemble des parcours.

**La loi HPST puis la réforme LMD ont changé le paradigme de la profession, qui est devenue universitaire, autonome et scientifique.** Le positionnement de la sage-femme a évolué vers une professionnelle de santé globale de la femme, une praticienne autonome aux compétences élargies. 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 le cursus de formation.

Le référentiel professionnel du Conseil National Professionnel Maïeutique de 2023 confirme l'identification des sages-femmes comme des professionnelles médicales de premier recours indispensables dans le domaine de la périnatalité, dotées de compétences élargies en gynécologie, en orthogénie et en santé périnatale. En tant que sage-femme référente, elle assure le suivi médical et de prévention en santé génésique de la jeune fille, de la femme, de la mère tout au long de la vie. La loi n° 2021-502 du 26 avril 2021, dite « Rist », prévoyait initialement que la sage-femme puisse être référente en santé génésique, mais dans la pratique, cette mission a été déclinée de manière plus restrictive au suivi de la grossesse.

**L'élargissement des compétences des sages-femmes pose la question de l'évolution des modes d'exercice pour assurer les nouvelles missions, de la rémunération de ces missions et des relations avec les autres professions médicales** compétentes pour certaines d'entre elles, comme les gynécologues, les médecins généralistes et les pédiatres.

Pour les suivis de grossesse, la classification clinique existante basée sur le niveau de risque (A, A1, A2, B) permet de définir les rôles et missions des gynécologues et des sages-femmes au bénéfice des patientes et des bonnes relations interprofessionnelles. En revanche, **en gynécologie, l'absence de recommandations claires pour l'orientation des situations pathologiques constitue un frein important. Elle expose à un double risque : un dépassement du champ de compétences des sages-femmes et une dégradation des relations avec le corps médical**, risque d'autant plus marqué que la pénurie de gynécologues complique l'accès à un avis médical dans de nombreux territoires.

Les sages-femmes disposent de compétences stratégiques pour un système de santé performant au XXI<sup>e</sup> siècle, notamment en matière de prévention auprès des adolescents et des jeunes adultes (infections sexuellement transmissibles, addictions, violences sexuelles et sexistes). Elles incarnent une profession médicale spécialisée dans le maintien en bonne santé, compétence charnière du système de santé à construire en France.

**Malgré ce rôle central, la profession est en souffrance. À l'hôpital, bien que reconnues comme profession médicale depuis 1945, les sages-femmes ne sont toujours pas intégrées au corps médical hospitalier.** Cette situation entrave leur autonomie, leur accès à la formation, leur participation à la gouvernance, et nuit à leur reconnaissance professionnelle, salariale et statutaire. Elle est aggravée par un contexte international où la sage-femme n'est pas toujours reconnue comme profession médicale, ce qui conduit à un classement administratif et économique (Insee) plus proche de celui des infirmiers que des autres professions médicales.

La faiblesse de la reconnaissance financière est particulièrement marquée. À l'hôpital, l'appartenance à la fonction publique hospitalière se traduit par un salaire moyen mensuel d'environ 2 600 € net, soit 2,5 fois moins qu'un médecin hospitalier (6 500 €). En exercice libéral, les écarts sont encore plus importants : 30 000 € de revenus annuels en moyenne, contre 90 000 € pour un médecin généraliste et 99 000 € pour un chirurgien-dentiste. Ces revenus sont également inférieurs à ceux des infirmiers et des kinésithérapeutes libéraux.

Les conditions de travail hospitalières se sont fortement dégradées ces dernières années pour l'ensemble des professions de santé, avec des spécificités propres aux sages-femmes, notamment en raison de ratios de personnel définis par les décrets de périnatalité de 1998, aujourd'hui dépassés.

L'absence de reconnaissance statutaire affecte leurs conditions quotidiennes d'exercice, dans un contexte de tensions chroniques sur les effectifs. La charge émotionnelle, la pression psychologique et l'exigence d'un accompagnement personnalisé des patientes sont particulièrement élevées. Cette dégradation de l'écosystème hospitalier accentue la perte de sens du métier et le sentiment d'invisibilisation.

Cette souffrance explique la récurrence des mobilisations sociales depuis les années 2000. La grève de 2013-2014, qui a duré plus d'un an dans 90 % des maternités, constitue la plus longue grève de l'histoire de la fonction publique française. **Ces mouvements traduisent un décalage structurel, croissant dans le temps, entre les responsabilités réelles des sages-femmes et leur reconnaissance statutaire, salariale, organisationnelle et symbolique.** Ce décalage doit être résorbé dans l'intérêt du bien commun.

**En 2024, les dépenses de soins courants des sages-femmes exerçant en ville s'élèvent à 681 M€, soit 0,3 % de la consommation totale de soins et biens médicaux** (255 Md€). Elles ont augmenté en moyenne de 10 % par an sur la dernière décennie, sous l'effet des volumes et non des tarifs, avec une hausse annuelle moyenne des effectifs libéraux de 6,1 % depuis 2014. Cette dynamique reflète l'émergence d'une profession ambulatoire dont les champs de compétences se sont profondément transformés, au service de la santé publique des femmes. Elle ne peut être comparée avec les autres professions médicales.

La plupart des soins liés à la grossesse étant remboursés à 100 % par l'assurance maladie, le taux moyen de prise en charge atteint 88 %. Avec l'extension possible des missions en ville, notamment en gynécologie, ce taux pourrait diminuer, posant la question de la répartition du reste à charge entre mutuelles et ménages. **D'un point de vue médico-économique, cette évolution reste particulièrement efficiente pour le système de santé.**

Les dépenses publiques liées à l'accouchement atteignaient 9,1 Md€ en 2022, soit 7 600 € par bénéficiaire, avec une répartition 80/20 entre l'hôpital et la ville. Les dépenses se répartissent à 59 % pour la naissance et le postnatal, 25 % pour le congé maternité et 16 % pour le prénatal. **L'indicateur le plus sensible en matière de maîtrise des coûts reste la durée moyenne de séjour**, en hausse en France (4,5 jours en 2022 contre 4,2 jours en 2013) et supérieure à la moyenne de l'OCDE (3,5 j). Son alignement sur cette dernière permettrait de dégager plusieurs centaines de millions d'euros à réinvestir dans la périnatalité.

Enfin, l'avenant 7 à la Convention nationale des sages-femmes libérales, signé le 11 juillet 2023 et appliqué en 2024-2025, constitue une avancée nécessaire en matière de revalorisation économique de l'exercice libéral, de renforcement du suivi à domicile et d'amélioration de l'accès aux soins des publics fragiles. Toutefois, **ses effets financiers relèvent davantage d'un rattrapage tarifaire que d'une revalorisation structurelle durable.** Les mesures ponctuelles de santé publique vont dans le bon sens, mais demeurent insuffisantes pour transformer durablement les pratiques et les organisations.

## LES GRANDS ENJEUX NATIONAUX DE LA PROFESSION

Depuis près de trente ans, le système de santé français évolue dans un environnement profondément transformé, marqué par trois transitions majeures.

La première est **la transition démographique**, caractérisée par le vieillissement de la population. Celui-ci impose de comprimer la morbidité par une **augmentation de l'espérance de vie en bonne santé**, ce qui suppose la mise en œuvre d'une politique ambitieuse et efficace de prévention et de maintien en bonne santé.

La deuxième est **la chronicisation des pathologies**, qui allonge considérablement la durée du risque maladie. Cette évolution rend indispensable le **développement d'une médecine de parcours**, fondée sur la coordination des acteurs, ainsi que la territorialisation de l'organisation sanitaire afin de mieux répondre aux besoins locaux de santé.

La troisième est **l'hyper-révolution technologique**, qui fournit l'essentiel des outils nécessaires pour relever les défis posés par les deux premières transitions, à condition toutefois de savoir les maîtriser, les financer et les intégrer massivement et de manière cohérente dans le système de santé.

Faute d'avoir engagé les réformes structurelles nécessaires pour adapter notre système de santé à cette nouvelle donne, sa capacité à répondre à la demande s'est progressivement dégradée. La prévalence des affections de longue durée atteint aujourd'hui un niveau historiquement élevé (**19 % de la population, soit 14 millions de patients en 2023**, et 25 % attendus en 2030). Dans le même temps, les conditions de travail des professionnels de santé et la satisfaction des assurés se détériorent, conduisant à un modèle de financement public solidaire de moins en moins soutenable.

Un **changement de paradigme s'impose**. Il s'agit de faire évoluer notre modèle, encore largement curatif, vers un **modèle de santé globale**, piloté à partir des besoins de santé des populations plutôt que de l'offre de soins, et renforçant la citoyenneté sociale ainsi que la démocratie en santé. Dans ce cadre, **la place des sages-femmes doit être très fortement renforcée**. Elles occupent en effet une position **stratégique** dans un modèle fondé sur l'investissement dans le capital humain en santé, l'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé et l'autonomisation (empowerment) des citoyens face à leur santé.

### Natalité, périnatalité et rôle central des sages-femmes

Face à la baisse substantielle de la natalité depuis 2010 et aux performances insuffisantes de la France en matière de périnatalité, les **sages-femmes constituent un levier incontournable** pour une reprise en main positive de la situation.

Le nombre de naissances a diminué de 22 % depuis 2010, passant de 802 224 à 660 800 naissances en 2024.

La France demeure néanmoins le deuxième pays de l'Union européenne en termes de fécondité. En 2023, l'indice conjoncturel de fécondité s'élevait à 1,66 enfant par femme, contre une moyenne de 1,38 dans l'Union européenne. Entre 2013 et 2023, la baisse moyenne de cet indicateur a été de 9 % dans l'UE, contre 17 % en France, 13 % en Italie, 12 % en Espagne et seulement 2 % en Allemagne.

Si la baisse de la natalité se traduit mécaniquement par une diminution de la demande globale de soins de maternité, **les besoins d'accompagnement** tendent en revanche à augmenter sensiblement. Cette évolution s'explique par des grossesses plus tardives, des profils maternels plus à risque, ainsi que par la concentration et la fermeture progressive de nombreuses maternités.

## Une dégradation préoccupante des indicateurs de mortalité infantile

En 2024, **2 700 enfants de moins d'un an sont décédés en France**, soit un taux de mortalité infantile de 4,1 décès pour 1 000 enfants nés vivants. Depuis 2011, ce taux a augmenté de manière significative, passant de 3,5 ‰ à 4,1 ‰. Cette évolution contraste fortement avec la tendance observée dans le reste de l'Europe, où la mortalité infantile continue de diminuer, même à un rythme modéré.

En 2010, la France affichait une performance supérieure à la moyenne européenne (3,6 ‰ contre 4 ‰), mais inférieure à celle de plusieurs pays comparables, tels que l'Allemagne (3,4 ‰), l'Espagne (3,2 ‰), la Suède (2,5 ‰) ou la Finlande (2,3 ‰). En 2020, la France est restée à son niveau de 2010, tandis que l'ensemble de ces pays poursuivaient leur amélioration. En 2023, la France se situe ainsi à un niveau comparable à celui des pays scandinaves... trente ans plus tôt.

Si la France atteignait le taux moyen de mortalité infantile de l'Union européenne (3,3 ‰ au lieu de 4,1 ‰), le nombre de décès d'enfants de moins d'un an serait d'environ 2 180 sur la base des 660 000 naissances de 2024, soit **520 décès évitables par an**, et plus de 5 200 sur dix ans.

Les enjeux humains, sociaux et économiques de la mortalité infantile sont tels que l'Organisation mondiale de la santé en a fait un indicateur clé du niveau de développement des pays. Le maintien de la situation actuelle fait peser un risque réel de déclassement relatif pour la France. Le coût économique indirect d'un décès d'un enfant de moins d'un an est estimé à environ 3,8 millions d'euros en 2025, soit un coût annuel global proche de 2 milliards d'euros.

Le bénéfice économique d'un retour au taux moyen européen représenterait ainsi près de **trois fois le montant total des dépenses de ville des sages-femmes** en 2024 (681 millions d'euros). Dès lors, toute augmentation des dépenses liées à l'intervention des sages-femmes dans la prévention et la réduction de la mortalité infantile doit être appréciée au regard de ce gain potentiel par décès évité.

## Des faiblesses structurelles de la périnatalité française

Cette contre-performance française ne relève pas du hasard, mais de **faiblesses structurelles persistantes** dans la gestion de la périnatalité. Selon la Cour des comptes, les principaux indicateurs de santé périnatale — mortinatalité, mortalité néonatale et mortalité maternelle — témoignent d'une **performance médiocre de la France** par rapport aux autres pays européens.

La réglementation encadrant l'organisation et les conditions techniques de fonctionnement des maternités, inchangée depuis vingt-cinq ans, n'est plus adaptée ni à l'évolution des pratiques de prise en charge ni à la restructuration de l'offre de soins. Une révision en profondeur de l'organisation de l'offre de soins périnatale apparaît indispensable afin d'améliorer la sécurité, les résultats sanitaires et l'efficacité des moyens mobilisés.

## Santé des femmes et rôle de première ligne des sages-femmes

La prise de conscience politique et scientifique des spécificités de la santé des femmes renforce encore la **place des sages-femmes dans le système de santé**. La santé des femmes constitue aujourd'hui un **enjeu majeur de santé publique**. Celles-ci jouent un rôle central dans la gestion de la santé familiale : plus des deux tiers assurent le suivi médical de leurs enfants et de leur conjoint, souvent au détriment de leur propre santé.

Les femmes sont par ailleurs surreprésentées parmi les populations précaires. En France, **64 % des personnes renonçant aux soins sont des femmes**, soit environ 9,5 millions chaque année. La prévention, le dépistage et le suivi gynécologique s'inscrivent ainsi dans une approche globale et indispensable de la santé des femmes, au cœur des missions des sages-femmes.

Enfin, malgré les efforts de prévention et de sensibilisation, les violences sexistes et sexuelles demeurent une réalité massive et structurelle. En 2023, 1 371 000 femmes majeures ont déclaré avoir été victimes de harcèlement sexuel ou d'exhibition sexuelle, soit une femme toutes les 23 secondes. La même année, 277 000 femmes ont déclaré avoir subi des tentatives de viol, des viols ou des agressions sexuelles, soit une femme toutes les deux minutes.

Par leur proximité avec les patientes, la relation de confiance qu'elles instaurent et la nature de leurs missions, les sages-femmes sont très souvent **en première ligne pour repérer, accompagner et orienter les femmes victimes de violences**.

## STRATÉGIE NATIONALE POUR LE RENFORCEMENT DE LA PROFESSION

### Pour une reconnaissance pleine et entière des sages-femmes comme une profession médicale

Malgré les fondements juridiques, scientifiques et éthiques sans ambiguïté sur la nature médicale de la profession, **l'approche française historique fortement médicalisée de la grossesse** et le manque de culture de prévention ont freiné cette reconnaissance et leur **autonomie professionnelle**.

Le texte central qui consacre explicitement le caractère médical de l'activité des sages-femmes est le Code de la santé publique (CSP), et plus précisément l'article L.4151-1. La formation initiale est arrivée au standard des autres professions médicales. La profession est régie par un code de déontologie, le secret médical, le respect du consentement éclairé et l'indépendance professionnelle ; c'est-à-dire les principes qui fondent l'éthique médicale.

La stratification clinique 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**. En revanche, une part importante du travail reste à accomplir en exercice libéral, où l'élargissement des compétences en gynécologie n'est pas encore pleinement intégré dans la pratique quotidienne ni suffisamment reconnu par les médecins gynécologues. La confiance repose sur une répartition claire, équilibrée et mutuellement reconnue 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.

Après l'injustice ressentie liée à la non-reconnaissance de la profession comme appartenant au corps médical hospitalier, les sages-femmes ont le sentiment de subir une seconde injustice à travers leur classification par l'Insee. La loi Chapelier N°2023-29 publiée le 25 janvier 2023 a fait naître de faux espoirs au sein de la profession. En effet, son contenu n'était pas fondé sur le droit européen, ce qui rend juridiquement impossible la publication de décrets d'application par l'Insee.

Dans ce contexte, trois leviers pragmatiques peuvent être activés à court et moyen terme :

- L'obtention d'un document explicatif officiel de l'Insee précisant la portée et les limites des nomenclatures existantes ;
- La valorisation des classes d'emplois correspondant aux responsabilités réelles des sages-femmes ;
- La préparation active de la prochaine version de la PCS afin d'améliorer durablement le classement statistique de la profession.

## Intégrer pleinement les sages-femmes dans le corps médical hospitalier

L'**obtention du statut de praticien hospitalier** constitue l'une des priorités de ce plan stratégique 2030, tant cet avènement rejaillira positivement et durablement sur l'ensemble de la profession et sur le système de santé.

Il s'agit avant tout d'une nécessité fonctionnelle, répondant à **l'évolution des compétences, des responsabilités et du rôle stratégique des sages-femmes** dans le système de soins, notamment en périnatalité. Elle doit s'inscrire dans une vision globale et ambitieuse de la carrière hospitalière et hospitalo-universitaire des sages-femmes.

Elle implique l'accès à l'ensemble des droits, devoirs, moyens et prérogatives permettant d'exercer pleinement leurs missions au service de la santé périnatale. Il s'agit d'un **tournant structurel**, et non d'un simple ajustement statutaire. L'obtention du statut de praticien hospitalier des sages-femmes pourrait s'inscrire dans un plan national de reconquête de la périnatalité, visant à inverser les tendances défavorables en matière de mortalité infantile et à repositionner la France parmi les pays les plus performants dans ce domaine.

## Consolider la place de la gynécologie dans la pratique des sages-femmes

Malgré un haut niveau de compétences reconnu dans le suivi gynécologique et l'importance majeure de cet **enjeu de santé publique**, de nombreux freins persistent sur le terrain, empêchant les sages-femmes d'exercer pleinement leur rôle. Toute réflexion prospective sérieuse en santé doit par ailleurs intégrer les **révolutions technologiques en cours**, notamment l'intelligence artificielle, qui redéfinissent les pratiques professionnelles, les parcours de soins et la place des acteurs de santé.

Face à l'essor rapide des applications numériques, utilisant parfois l'IA, la sage-femme pourrait devenir la **garante du bon usage de ces outils**. Elle aurait pour mission d'orienter les patientes vers des applications pertinentes, d'en expliciter les limites, et de prévenir les usages inadaptés ou délétères. À ce titre, la sage-femme pourrait devenir la référente de l'IA en périnatalité au sein des équipes et des réseaux, contribuant à l'évaluation des outils, à la validation des contenus destinés aux patientes et au signalement des dérives potentielles.

Une intelligence artificielle régulée et intégrée renforcerait ainsi la « sage-femme augmentée » dans ses missions cliniques et éducatives : prévention, repérage précoce, sécurité des soins, accompagnement personnalisé et qualité de la relation.

La gynécologie est intégrée à la pratique des sages-femmes depuis la loi HPST de 2009, avec un champ progressivement élargi.

L'évolution démographique et le développement de l'exercice libéral ont permis à la profession de s'inscrire pleinement dans cette mission essentielle pour la santé des femmes. Cette extension du champ de compétences doit toutefois être consolidée, précisée et mieux connue.

À l'instar de la grossesse, fondée sur le caractère non pathologique, l'intervention des sages-femmes en gynécologie doit reposer sur une stratification des femmes selon leur niveau de risque. Une telle classification clinique est nécessaire pour sécuriser les pratiques et clarifier les champs d'intervention.

Les Conseils Nationaux Professionnels (CNP) de maïeutique et de gynécologie apparaissent comme les acteurs les plus légitimes pour élaborer cette classification et définir les modalités d'intervention associées.

La Haute Autorité de santé serait ensuite chargée de la valider afin de lui conférer un caractère officiel, opposable et pérenne. En cas d'absence d'accord entre les CNP, il reviendrait à la HAS d'élaborer elle-même cette classification, même si une construction concertée demeure largement préférable pour garantir son acceptabilité et son déploiement effectif.

## Renforcer l'attractivité de l'hôpital pour les sages-femmes

L'activité d'accouchement à l'hôpital est de moins en moins attractive, tant pour les **gynécologues-obstétriciens** que pour les **sages-femmes**, au point de poser une question centrale : **qui accouchera les femmes en France demain ?** Cette crise s'inscrit dans une crise plus large de l'organisation hospitalière, mais elle présente également des spécificités propres à la périnatalité.

L'intégration des sages-femmes au corps médical hospitalier constitue une étape indispensable, mais elle doit s'accompagner d'évolutions structurelles permettant de rendre les carrières hospitalières de nouveau attractives, dans les domaines du soin, de la recherche et de l'enseignement. Au-delà de la question statutaire, la **possibilité de développer des activités mixtes** (cumul ville-hôpital) et de favoriser la mobilité professionnelle apparaît comme un levier essentiel pour retenir les professionnels. Par ailleurs, un chantier de refonte de la gestion de la périnatalité à l'hôpital doit être engagé, associant étroitement gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, sociétés savantes et directions hospitalières, dans les trois secteurs hospitaliers.

Il devra notamment **actualiser les décrets de 1998**, qui fixent les normes d'organisation et les ratios d'effectifs en fonction du volume d'activité, afin de mieux répondre aux besoins actuels en soins périnataux et à l'évolution des conditions d'exercice.

## Développer les alternatives pour les grossesses à bas risque

La refonte de la gestion de la périnatalité en France entraînera nécessairement le développement des **alternatives aux maternités pour les grossesses à bas risque**. Le rééquilibrage de la politique périnatale conduira à **renforcer l'autonomie des sages-femmes**, à dissocier les salles de naissance à l'hôpital et à développer les maisons de naissance ainsi que les accouchements à domicile.

L'objectif n'est pas de remettre en cause la prise en charge hautement médicalisée des grossesses à risque, mais de sortir d'une logique unique appliquée à l'ensemble des situations. Une approche différenciée, assumée et spécifique des grossesses à bas risque doit être développée. L'autonomie renforcée des sages-femmes et la dissociation des circuits au sein des maternités constituent deux **évolutions majeures à généraliser**.

Le développement des alternatives à l'accouchement en maternité doit s'appuyer sur une actualisation des besoins à 10 et 20 ans. Avec un taux d'accouchement en maison de naissance de l'ordre de 0,1 % après plus de dix ans d'expérimentation, il est temps de lever les freins structurels au développement de cette offre. La réponse à la question « qui accouchera les femmes en France demain ? » est claire : principalement les sages-femmes, dans une organisation de la périnatalité plus équilibrée entre grossesses à bas et à haut risque.

## Renforcer le rôle des sages-femmes dans le post-partum

Cette période est essentielle pour la **récupération physique et psychique de la mère**, l'adaptation du nouveau-né et le soutien à la parentalité ; c'est un enjeu de santé publique. L'objectif poursuivi est double : améliorer la qualité de la prise en charge tout en maîtrisant les dépenses de santé.

Le principal levier identifié de réduction des coûts repose sur la **réduction de la durée moyenne de séjour (DMS)** en maternité, qui génère plusieurs centaines de millions d'euros de moyens disponibles.

Cette réduction de la DMS ne doit pas être appréhendée sous un angle exclusivement budgétaire, mais comme un vecteur potentiel d'**amélioration de la qualité des soins**, à condition de s'inscrire 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. Une partie des économies générées doit être réinvestie dans le renforcement des moyens humains en ville et à l'hôpital, tant pour les **professionnels médicaux (sages-femmes, pédiatres, gynécologues)** que paramédicaux (infirmières puéricultrices).

Les taux de réalisation de l'entretien prénatal précoce et des séances de préparation à la naissance et à la parentalité sont à augmenter. Pour cela, la hausse des sorties précoces de maternité et une communication anticipée et explicite sur la durée prévisionnelle, ainsi que la réalisation systématique des examens pédiatriques de suivi du nouveau-né, à 8 et 15 jours après la naissance (J8 et J15), seraient utiles.

Le **renforcement des missions des sages-femmes à domicile** constitue un levier important, notamment grâce à une meilleure valorisation de leur rôle et au remboursement à 100 % des entretiens postnatals. Actuellement fixés entre 4 et 8 semaines puis 10 et 14 semaines, ces créneaux pourraient être réévalués pour mieux répondre aux besoins de suivi précoce et prolongé de la mère et du nouveau-né, incluant par exemple les examens de J8 et J15. La généralisation des outils d'e-santé complète ce dispositif, en facilitant le suivi à distance et la coordination des soins.

## Comblent les failles de l'allaitement maternel

L'**Organisation mondiale de la santé et Santé Publique France** recommandent d'instaurer et de maintenir un **allaitement exclusif du bébé par sa mère jusqu'à six mois**. Dans la lignée des performances de la France 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 étaient encore allaités en 2021 ; à trois jours, la moitié des enfants avait déjà consommé des préparations pour nourrissons du commerce en 2021 (comme en 2012).

Les sages-femmes de ville sont les **professionnelles de référence de l'allaitement maternel en France**. Elles agissent en soutien médical, éducatif et émotionnel. Celles qui ont un diplôme spécialisé de type DIU LHAM sont peu reconnues et donc peu identifiées par rapport aux autres sages-femmes. Outre cette reconnaissance de leur expertise, il est nécessaire de mettre en place des actes dédiés et valorisés suffisamment pour qu'ils soient viables économiquement. Il faudrait créer une consultation dédiée à cette consultation indispensable pour améliorer les performances françaises, ainsi qu'un acte pour le suivi de l'enfant tout au long de l'allaitement.

## Élargir le champ de prescription des sages-femmes

Élargir le champ de prescription des sages-femmes : le droit de prescription de la profession est encadré par une liste trop limitative pour leur permettre de répondre efficacement aux **besoins médicaux des patientes**.

Cette limitation génère des retards de prise en charge, une perte de temps médical et une rupture des **parcours de soins** facilement évitables. Comme pour les chirurgiens-dentistes, le champ de prescription des sages-femmes pourrait être limité à leur **domaine de compétence et de mission**.

## Convergence tarifaire en ville

L'application de la règle « **à prestation équivalente, rémunération équivalente** » est revendiquée à juste titre par les sages-femmes, même s'il convient de différencier les **actes techniques des actes cliniques** pour l'appliquer.

Pour les actes techniques (CCAM), dès lors que les sages-femmes disposent de l'autorisation réglementaire et des compétences pour réaliser un acte technique, le même tarif doit s'appliquer à tout professionnel de santé. 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. Ce n'est pas le professionnel qui justifie le tarif, mais bien le motif de la consultation.

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.

Pour les actes cliniques, en particulier la consultation gynécologique, la convergence tarifaire exige la constitution et l'application d'une **classification clinique gynécologique**, comme pour la grossesse. La convergence peut déjà s'appliquer pour la consultation de suivi d'une grossesse à bas risque, ce qui n'est pas le cas. Cette distorsion tarifaire injustifiée est à corriger. Le coût de cette convergence est soit négligeable (comme pour le frottis), soit largement compensé par des bénéfices de santé publique et des économies futures générées.

## Financement des maternités

Le **tarif GHS** couvre l'acte standard mais pas la **sécurisation permanente**, pourtant déterminante en obstétrique. Le financement des urgences gynécologiques et obstétricales est décorrélé des charges réelles, sachant que ce sont des urgences longues, nécessitant imagerie, biologie parfois chirurgie et génératrices d'un risque médico-légal élevé. La T2A ne prend pas en compte ces spécificités de l'urgence obstétrique.

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 à l'hôpital et dans les cliniques est entièrement à repenser dans le type de paiement utilisé et la valorisation de l'activité.

Là aussi, un raisonnement **médico-économique et non comptable** permettra d'en comprendre tous les bénéfices.

## Pour un service public départemental de la prévention et de la protection de la femme et de la petite enfance

Notre système de santé doit évoluer vers une **délégation de la gestion opérationnelle de la politique de santé** à une entité départementale de démocratie sociale et sanitaire. À cet échelon départemental, une **sage-femme référente** pourrait piloter le réseau départemental périnatal, appuyée par un Comité médical.

Des **sages-femmes référentes pour l'EVARS et pour les violences sexistes et sexuelles** pourraient y être intégrées, renforçant la cohérence et l'efficacité des politiques de prévention auprès des jeunes et de la protection de la femme et de la petite enfance. Ce serait aussi un levier pour mieux faire connaître l'étendue des champs des compétences et l'ensemble des missions des sages-femmes auprès de l'ensemble de la population.

# LES DIX MESURES PHARES DU PLAN

## 01 ■

**Reconnaissance médicale pleine et entière** : malgré des fondements juridiques, scientifiques et éthiques sans ambiguïté sur la nature médicale de la profession, l'approche française historique fortement médicalisée de la grossesse et le manque de culture de prévention ont freiné la reconnaissance pleine et entière du statut médical de la profession, et l'autonomie professionnelle des sages-femmes en ville et à l'hôpital, qu'il convient maintenant d'affirmer et de libérer. 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.

## 03 ■

**Renforcer la place des sages-femmes dans le suivi gynécologique préventif des femmes à tout âge** : malgré le haut niveau des compétences dans le domaine acquis par la profession, et l'enjeu majeur de santé publique du sujet, des freins importants perdurent sur le terrain pour que la profession puisse pleinement exercer son rôle. Une IA régulée 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. La conception par les CNP de maïeutique et de gynécologie d'une classification clinique gynécologique, comparable à celle de la grossesse, apparaît indispensable.

## 02 ■

**Intégrer pleinement le corps médical hospitalier** : l'obtention du statut de praticien hospitalier par les sages-femmes ne se limite pas à une simple reconnaissance mais s'inscrit dans une nouvelle vision globale et ambitieuse de la carrière hospitalière et hospitalo-universitaire des sages-femmes, et dans un plan de reconquête de la périnatalité en France. Ainsi, la réforme du statut doit s'inscrire dans un plan global de la sage-femme à l'hôpital intégrant toutes les dimensions de la carrière hospitalière : soins, recherche, enseignement, gouvernance, rémunération.

## 04 ■

**Renforcer l'attractivité de l'hôpital pour les sages-femmes** : l'activité de l'accouchement à l'hôpital est de moins en moins attractive aussi bien pour les gynécologues-obstétriciens que pour les sages-femmes. Ce sujet a des racines dans la crise de l'organisation hospitalière en général, qui se ressent aussi dans les autres spécialités hospitalières, mais elle possède aussi ses spécificités. Outre la question précédente de l'intégration dans le corps médical hospitalier, c'est la refonte de la gestion de la périnatalité à l'hôpital qui est en question. Le modèle français de l'ensemble de la périnatalité centré sur la médicalisation des grossesses à risque devrait être rééquilibré avec les enjeux de la prise en charge des grossesses à bas risque. C'est un chantier majeur à ouvrir avec toutes les parties prenantes, dont les enjeux sont multiples, dont celui de baisser la mortalité infantile.

## 05 ■

**Refondre la gestion de la périnatalité** en France entraînera 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 renforcer l'autonomie des sages-femmes et à développer les maisons de naissance et les accouchements à domicile. Ce développement est une forte demande des femmes et est très 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. Il générera des moyens supplémentaires pour mieux rémunérer les sages-femmes dans ces maisons et les services de gynécologie-obstétrique dans les établissements.

## 07 ■

Les taux insuffisants d'allaitement maternel ont des conséquences médico-économiques sous-estimées en France. Alors que les sages-femmes sont la profession référente dans l'allaitement maternel, en agissant en soutien médical, éducatif et émotionnel, leurs compétences sont peu reconnues et leur place mal identifiée. Une **consultation dédiée à cette adhésion à l'allaitement maternel** et un acte caractérisant le suivi du bébé tout au long de l'allaitement sont nécessaires, et générateur d'une valeur ajoutée médico-économique qu'il faudra évaluer au cours du temps.

## 06 ■

**Renforcer le rôle des sages-femmes dans le post-partum** : cette période est essentielle pour la récupération physique et psychique de la mère pour l'adaptation du nouveau-né ; c'est un enjeu de santé publique. 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'entretien prénatal précoce et des séances de préparation à la naissance et à la parentalité sont à augmenter. Pour cela, la hausse des sorties précoces de maternité et une communication anticipée et explicite sur la durée prévisionnelle seraient utiles. Le renforcement des missions des sages-femmes 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.

## 08 ■

**Supprimer la liste de prescriptions des sages-femmes** : le droit de prescription de la profession est encadré par une liste trop limitative pour leur permettre de répondre de façon satisfaisante aux besoins médicaux des patientes. Cette limitation génère des retards de prise en charge, une perte de temps médical et une rupture des parcours de soins facilement évitables. Comme pour les chirurgiens-dentistes, le champ de prescription des sages-femmes pourrait être limité à leur domaine de compétence et de mission.

## 09 ■

**Convergence tarifaire en ville et financement des maternités :** l'application du principe « à prestation équivalente, rémunération équivalente » est légitimement revendiquée par les sages-femmes, même s'il convient de différencier les actes techniques des actes cliniques pour l'appliquer. Pour les actes techniques (CCAM), dès lors que les sages-femmes disposent de l'autorisation réglementaire et des compétences pour réaliser un acte technique, un tarif identique doit s'appliquer à l'ensemble des professionnels de santé. Pour les actes cliniques, en particulier la consultation gynécologique, ce principe exige la constitution et l'application d'une classification clinique gynécologique, comme pour la grossesse. Il devrait déjà s'appliquer pour la consultation de suivi d'une grossesse à bas risque. Que ce soit les tarifs CCAM de l'accouchement et le financement T2A des maternités, nous recommandons de repenser le mode de financement, en sortant de la T2A actuelle, et de mieux valoriser l'activité obstétrique. Là aussi, un raisonnement médico-économique et non comptable permettra d'en comprendre tous les bénéfices.

## 10 ■

**Pour un service public départemental de la prévention et de la protection de la femme et de la petite enfance :** notre système de santé doit évoluer vers une délégation de la gestion opérationnelle de la politique de santé à une entité départementale de la démocratie sociale et sanitaire. A cet échelon départemental, une sage-femme référente pourrait piloter le réseau départemental périnatal, appuyée par un Comité médical. Une sage-femme référente pour l'EVARS et une pour les VSS pourraient être rattachées à ce réseau périnatal départemental.

## L'AUTEUR



**Frédéric Bizard** est économiste, spécialiste des modèles de protection sociale et de santé.

Frédéric Bizard est Professeur d'économie à l'ESCP Europe et enseigne aussi à Paris Dauphine. Il est un expert reconnu du secteur de la santé en France et à l'international.

Il est Président fondateur de l'Institut Santé, un organisme de recherche dédié à la refondation de notre système de santé.

[www.institut-sante.org](http://www.institut-sante.org)

### Derniers livres

« *Les itinérants de la santé. Quel avenir pour notre système de santé ?* » - Éditions Michalon - 2024

« *L'autonomie solidaire en santé* », Éditions Michalon, 2021

« *Et alors, la réforme globale de la santé, c'est pour quand ?* », Plaidoyer pour une refondation de notre système de santé, Éditions Fauves, Novembre 2019

« *Protection sociale : Pour un nouveau modèle* », Éditions Dunod, 2017

[www.fredericbizard.com](http://www.fredericbizard.com)

# CONTACT PRESSE

Adrien Di Rollo  
Directeur général de l'ONSSF  
[direction@onssf.org](mailto:direction@onssf.org)  
06 59 49 55 77

