

## Compte-rendu de l'audition des Sages-femmes du 7 avril 2010

### Les chiffres sur les sages-femmes

Au 1<sup>er</sup> janvier 2010, le répertoire ADELI dénombre 20 040 sages-femmes sur la France entière, dont 82 % de salariées, et 18 % de libérales. L'évolution des effectifs de sages-femmes entre 2000 et 2010 fait apparaître une hausse constante et régulière des effectifs, avec un taux de croissance sur 10 ans de 34,8 % et un taux de croissance annuel moyen de 3 % (Tableau 1).

**Tableau 1 : Évolution 2000-2010 des effectifs de sages-femmes**

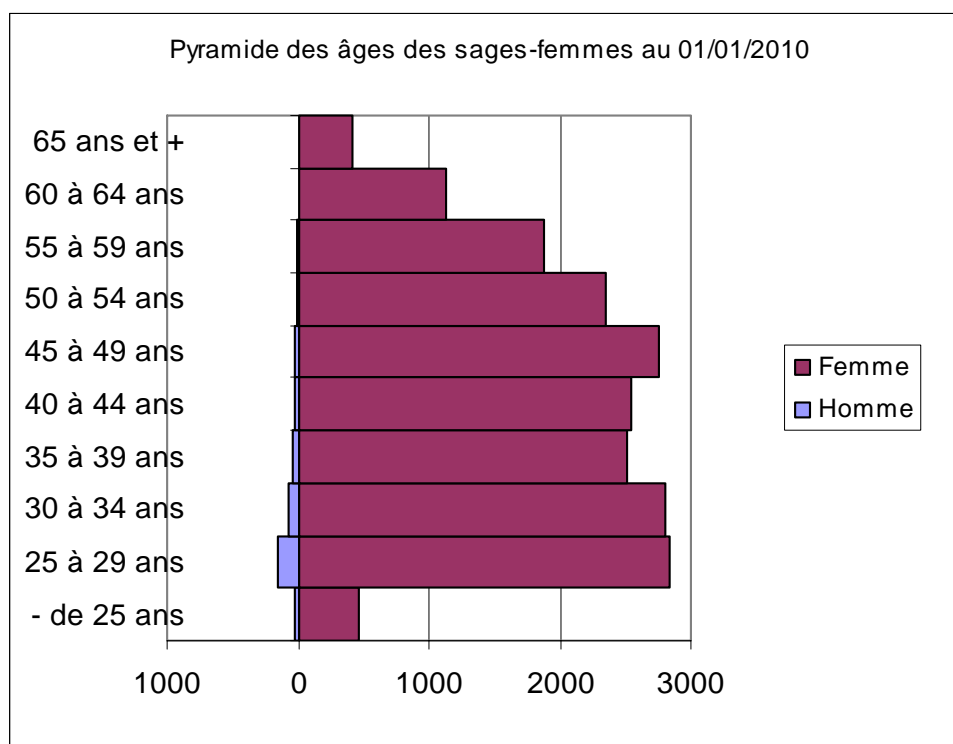
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Sages-femmes	14 862	15 263	15 688	16 280	16 765	17 215	17 695
					<b>Taux de croissance annuel moyen</b>	<b>Taux de croissance 2010-2000</b>	
	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>			
Sages-femmes	18 237	18 755	19 651	20 040	3,0%	34,8%	

Sources : DREES. Répertoire ADELI

Le fichier du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes (CNOSF) recense à la même date, 22 359 sages-femmes inscrites, parmi lesquelles 3 391 sont sans activité (elles se répartissent sur toutes les tranches d'âge). Il faut noter que depuis la dernière audition, les travaux de mise en place du RPPS (celui-ci devrait être opérationnel mi 2010) ont contribué à le fiabiliser.

La profession compte 98,2 % des femmes pour 1,8 % d'hommes. L'âge moyen est de 42 ans (42 ans pour les femmes et 32 ans pour les hommes). La pyramide des âges reflète les caractéristiques d'une profession très féminisée, avec des classes d'âge homogènes entre 25 et 55 ans.

Graphique 1 :



Source : DREES

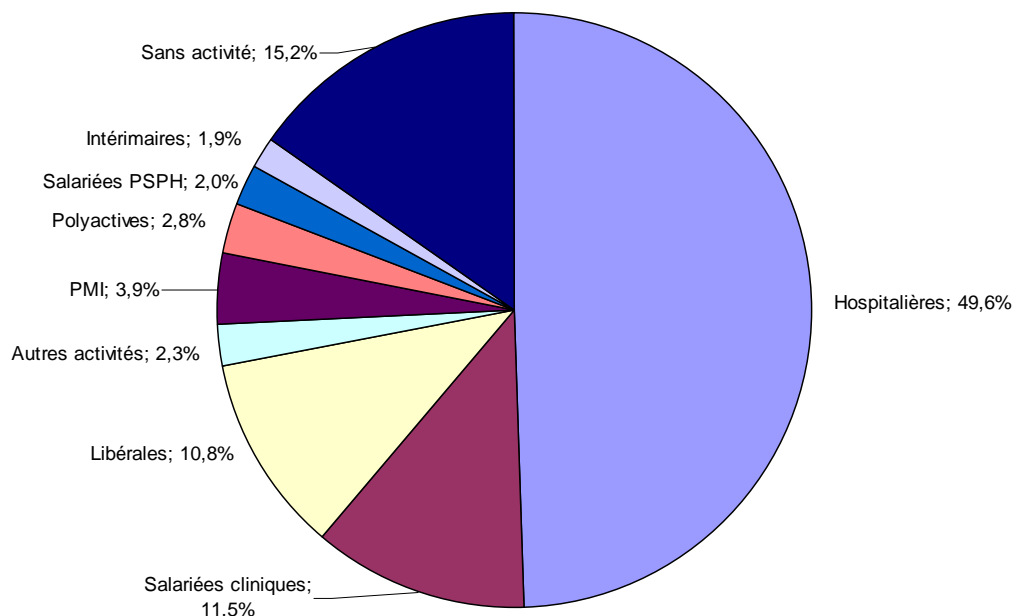
Tableau 2 : Des modes d'exercice diversifiés mais où l'exercice hospitalier reste dominant

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
libérales et mixtes salariées	2029 12833	2114 13149	2242 13446	2394 13886	2495 14270	2629 14586	2774 14921
					<b>Taux de croissance annuel moyen</b>	<b>Taux de croissance 2000/2010</b>	
	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>			
libérales et mixtes salariées	2944 15293	3168 15587	3430 16221	3703 16337	6,2% 2,4%	82,5% 27,3%	

En 2010, selon ADELI, 75,3 % des sages-femmes exercent leur activité principale en établissement d'hospitalisation public ou privé, 17,4 % en cabinet libéral. Enfin, environ 7 % des sages-femmes sont salariées non hospitalières et exercent principalement en PMI.

Le Conseil de l'Ordre utilise des catégories d'activités plus fines et sensiblement différentes, ce qui conduit à la répartition figurant dans le graphique ci-dessous.

**Graphique 2 : La répartition des sages-femmes par modes d'exercice (Données 12/2009)**



Source : CNOSF

La CNAMTS, quant à elle, recensait en 2008, 2 688 sages-femmes libérales. La croissance de l'effectif des sages-femmes libérales, en moyenne de +6,1 % par an depuis 1995, est supérieure à celle de l'ensemble de la profession et s'accélère depuis 2004 (voir graphique ci-dessous) ; ainsi, la forte hausse de l'année 2007 (+6,9 %) s'accélère encore en 2008 (+8,8 %).

**Tableau 3 : Évolution des effectifs de sages-femmes libérales :**

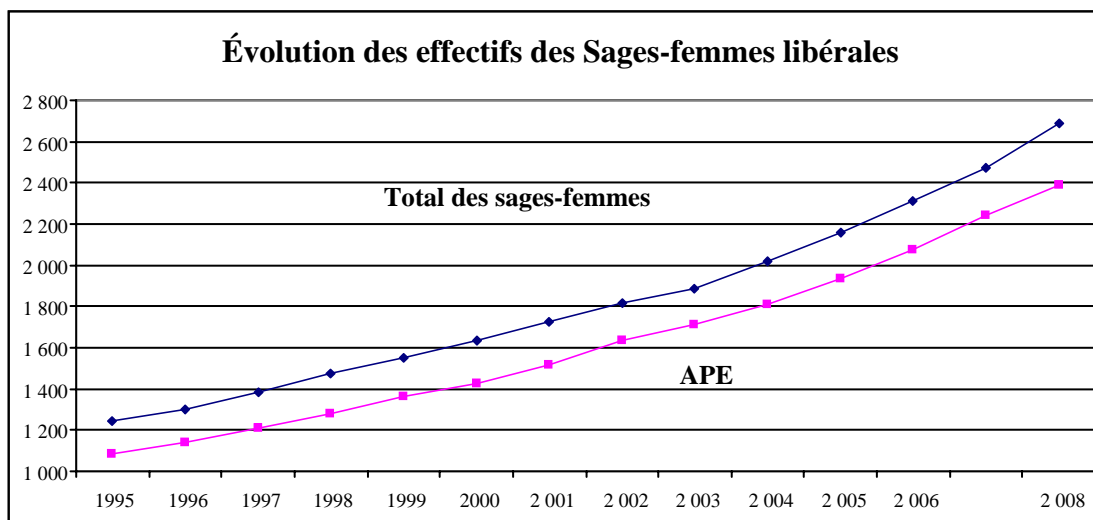
	1993	2000	2 001	2 002	2 003	2 004	2 005	2 006	2 007	2 008	TCAM* 95-08	Evol. 07-08
Effectif total	1 182	1 635	1 726	1 819	1 884	2 016	2 155	2 310	2 470	2 688	+6,1%	+8,8%
APE**	1 029	1 425	1 518	1 633	1 715	1 812	1 934	2 071	2 239	2 385	+6,3%	+6,5%
Libéraux exclusifs	899	1 281	1 363	1 448	1 497	1 581	1 687	1 806	1 930	2 106	+6,2%	+9,1%
Salarié + hospitalier à temps partiel	283	354	363	371	387	435	468	504	540	582	+5,8%	+7,8%
% APE**	87,1%	87,2%	87,9%	89,8%	91,0%	89,9%	89,7%	89,7%	90,6%	88,7%		
% libéraux exclusifs	76,1%	78,3%	79,0%	79,6%	79,5%	78,4%	78,3%	78,2%	78,1%	78,3%		
% salarié + hospitalier à temps partiel	23,9%	21,7%	21,0%	20,4%	20,5%	21,6%	21,7%	21,8%	21,9%	21,7%		

\* Taux de Croissance Annuel Moyen

\*\* APE : professionnels conventionnés actifs au 31 décembre, non installés dans l'année et ayant moins de 65 ans

Source : CNAMTS

**Graphique 3 :**



Source : CNAMTS

L'âge moyen des sages-femmes libérales est un peu plus élevé que celui de l'ensemble de la profession : 44,9 ans en 2008. Il se distingue en particulier celui de la catégorie des sages-femmes « hospitalières » utilisée par l'Ordre : 38 ans.

### La répartition géographique

Si l'on considère l'ensemble des sages-femmes, tous modes d'exercice confondus, la densité moyenne en France est de 139 sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans. Les régions les mieux dotées sont les DOM avec une densité de 172,4 et la région Rhône-Alpes (168,4). Les régions les moins bien dotées sont la Picardie avec 94,2 et l'Île-de-France (104) et la Corse (106).

La densité des sages-femmes libérales apparaît très inégale selon les départements. Le minimum observé dans la Meuse est de 5 sages-femmes pour un million d'habitants. Le maximum est de 103 dans l'Hérault, où l'effectif de sages-femmes aura néanmoins progressé de 4 % depuis 2007. Elles sont très peu représentées dans le Nord et le Centre de la France. C'est en PACA, Rhône-Alpes et en Poitou-Charentes qu'elles sont les plus nombreuses au regard de la population française présente dans ces départements. Dans l'Hérault, le Gard et le Tarn et Garonne, la densité de sages-femmes est plus de deux fois supérieure à la densité nationale.

Dans les départements où les densités de sages-femmes sont les moins élevées, le nombre de clientes par praticienne a tendance à être plus nombreux. En 2008, les sages-femmes voient en moyenne, 300 clientes différentes, avec des extrêmes allant de 140 clientes en Lozère à 619 en Seine Saint-Denis.

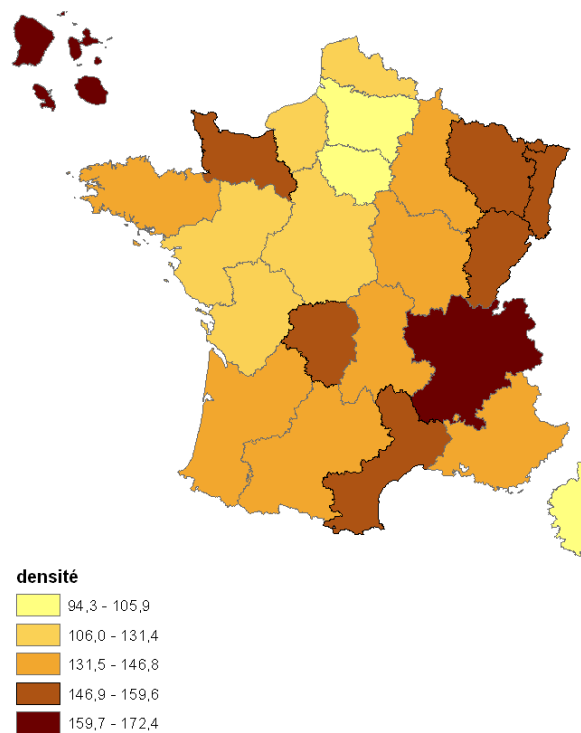
Une étude de la CNAMTS montre l'intérêt de l'échelle des zones d'emploi<sup>1</sup> pour appréhender l'accès à l'offre de soins libérale. A ce niveau, il est possible de rapprocher l'offre tant salariée (au travers de l'existence de maternités et de leur nombre d'accouchements) que libérale, « des besoins » appréhendés au travers des naissances domiciliées. Ont été ainsi définies des zones d'emploi dites attractives (nombre

<sup>1</sup>Une zone d'emploi est un espace géographique à l'intérieur duquel la plupart des actifs résident et travaillent. 364 zones sont définies pour la France entière dont 348 en France métropolitaine.

d'accouchements/nombre de naissances domiciliées supérieur à 1) et des « zones de fuite » (rapport inférieur à 1). Les liens avec l'offre libérale ont été ensuite examinés : 54 zones d'emploi n'ont aucune sage-femme libérale. Parmi elles, 39 avaient néanmoins plus de 300 naissances domiciliées (au-dessous de ce seuil, l'activité libérale peut être considérée comme non rentable) ; elles rassemblent 3,9 % de la population métropolitaine et représentent 3,3 % des naissances en France métropolitaine.

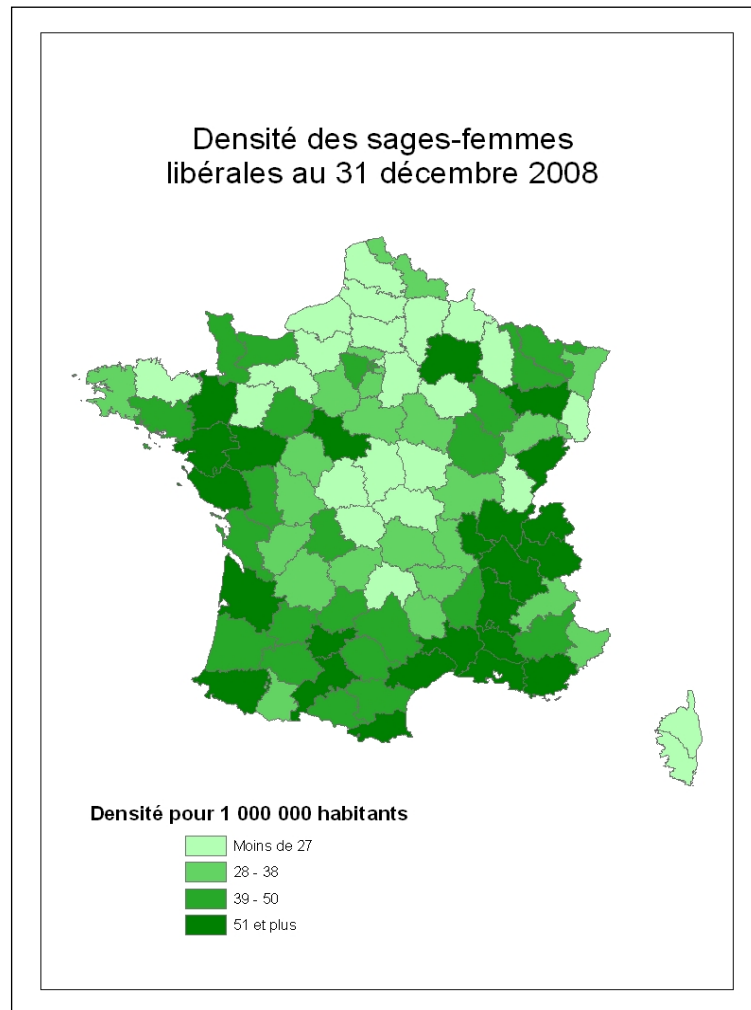
**Carte 1 : Densité pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans**

Densité et effectifs de sages-femmes  
par région au 1er janvier 2010



Sources : DREES. Répertoire ADELI

Carte 2 :



Source : CNAMTS

### **Une activité dont le contenu est en constante évolution**

Les missions de cette profession médicale ont été récemment élargies : au-delà de ses compétences concernant le suivi de la grossesse physiologique et la responsabilité du déroulement de l'accouchement normal, elle participe désormais à la mise en place de l'entretien du 4<sup>ème</sup> mois, rendu obligatoire par la loi réformant la protection de l'enfance.

Mais surtout, depuis la loi HPST, la profession s'est vu reconnaître des compétences en matière de suivi gynécologique de prévention et de contraception chez les femmes en bonne santé. Les représentants de la profession font observer que, pour le moment, ces activités n'étant pas inscrites dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), leur mise en pratique s'en trouve de facto empêchée. Les professionnels considèrent que la partie de ces activités qui est inscrite dans la NGAP est si peu rémunérée qu'il est impossible de les mettre en pratique

Compte tenu de ce nouveau partage des tâches, l'Association des étudiantes sages-femmes a indiqué qu'un groupe de travail avait été mis en place avec les internes de gynécologie-obstétrique, de gynécologie médicale et de médecine générale pour réfléchir aux nouveaux modes d'organisation et de coopération qu'il permettrait (structures pluri-professionnelles, voire des cliniques).

Le contenu de l'activité diffère selon le secteur d'exercice :

En l'absence de maisons de la naissance, les sages-femmes libérales ne font que peu d'accouchements (là aussi, c'est surtout par le manque d'attractivité de la pratique des accouchements dans la NGAP mais aussi du fait du manque d'ouverture des plateaux techniques aux sages-femmes libérales (4%) ; par contre, elles exercent une très grande diversité d'activités et, le plus souvent, se spécialisent : rééducation périnéale, préparation à la naissance, suites de couches. Selon les représentants de la profession, leur augmentation récente est liée à la raréfaction des postes hospitaliers et en cliniques (T2A). On voit apparaître des cabinets de groupe et des installations avec des médecins généralistes.

En secteur hospitalier, notamment en salle de naissance, l'activité propre des sages-femmes n'est pas identifiable, les actes codés dans le cadre de la CCAM étant par construction toujours attribués à un médecin. Le ratio nombre d'accouchements par sage femme et par an est très variable selon les établissements (d'une centaine à 400 dans l'exemple donné d'établissements publics du Nord-Pas-de-Calais). Cependant les sages-femmes hospitalières contribuent également au diagnostic anténatal, à la procréation médicalement assistée, aux activités de planning familial, aux réseaux périnatalité. Pour autant, les gestionnaires d'établissement ne sont pas incités à créer des postes, car la tarification à l'activité est basée sur la pathologie et non sur le suivi physiologique de la grossesse et l'accouchement normal. De ce fait, paradoxalement alors que les sages-femmes sont « spécialistes » de la grossesse et de l'accouchement normal, les conditions de travail actuelles les amènent à rester concentrées de fait sur les secteurs d'activité traditionnels liés à la pathologie.

### Les flux de formation actuels et leur évolution souhaitée

Les « quotas » 2007/2008 correspondaient à 1 006, ceux de 2008/2009 à 1205.

34 écoles ont répondu à l'enquête de la DREES dont les résultats sont présentés ci-dessous.

**Tableau 1A : Répartition des inscrits en 2008**

Effectif Total	Année d'étude	Effectif Total			
		Femmes	Hommes	Total	Dont étrangers
	<b>1ère</b>	931	104	1 035	14
	<b>2ème</b>	878	70	948	7
	<b>3ème</b>	835	65	900	12
	<b>4ème</b>	857	76	933	12
	<b>Total</b>	3 501	315	3 816	45
Dont nouveaux inscrits bénéficiant d'une réduction ou d'un allègement de scolarité.		0	1	1	

### Tableau 1B : Nouveaux inscrits en 2008

Nouveaux inscrits entrés directement en 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> années, plus les 1<sup>ères</sup> années, moins les redoublants de 1<sup>ère</sup> année

	Femmes	Hommes	Total
<b>Total nouveaux inscrits</b>	922	101	1 023

### Tableau 1C : Diplômes délivrés en 2008

	Femmes	Hommes	Total
Nombre de présentés	955	78	1 033
Nombre de reçus	810	57	867

Le taux d'échec ou d'abandon durant les études est élevé (environ 15 %) essentiellement en 2<sup>ème</sup> année.

En sus de ces diplômés issus des écoles, selon les données transmises par la DGOS, 123 sages-femmes diplômées hors de France ont eu leur diplôme reconnu en 2007, et 100 en 2008.<sup>2</sup>.

Les représentants de la profession insistent sur la nécessité d'augmenter les flux de diplômés. Ils avancent pour cela plusieurs raisons : le taux élevé de natalité et la mise en place de l'entretien du 4<sup>ème</sup> mois, mais aussi la nécessité d'améliorer la situation actuelle dans les maternités. Les normes existantes leur paraissent inadaptées car elles ne tiennent pas compte du niveau de la maternité, ni des autres missions auxquelles les sages-femmes participent.

Enfin, la hausse des quotas permettrait de répondre aux nouvelles missions, en particulier la prévention (dépistage du cancer du col, lutte contre le tabac et l'alcool durant la grossesse, prévention de la mortalité maternelle...). L'exemple de l'Angleterre est cité : 38 000 sages-femmes et moins de naissances. Par ailleurs, une revue systématique Cochrane récemment publiée<sup>3</sup> montre que les modèles de soins obstétricaux basés sur un suivi de la grossesse physiologique par des sages-femmes confèrent des bénéfices (par exemple, moins d'analgésie régionale, moins d'épisiotomie, d'accouchement instrumental et d'hospitalisation des bébés, plus d'allaitement et satisfaction des femmes) sans effets indésirables.

Cette augmentation des quotas est cependant rendu difficile car le taux d'encadrement théorique (1 sage-femme enseignante pour 20 étudiantes sages-femmes) n'est pas atteint dans toutes les écoles<sup>4</sup>. L'accès aux stages est également de plus en plus difficile car les maternités publiques sont saturées (accueil des internes en médecine, des élèves sages-femmes, infirmiers, et puéricultrices). Les professionnels auditionnés envisagent favorablement l'ouverture de stages dans le secteur privé (notamment pour l'échographie, la gynécologie de prévention ou contraception), ce qui pose la question de la rémunération des maîtres de stage.

<sup>2</sup> Selon transmises lors de l'audition, 172 sages-femmes diplômées dans l'UE/EEE et en Suisse ont eu accès en 2009 à une reconnaissance automatique du diplôme, enregistré par le Conseil de l'Ordre, dont 157 sont de nationalité française.

<sup>3</sup> « Comparaison des modèles de soins obstétricaux dirigés par les sages-femmes à d'autres modèles de soins offerts aux femmes enceintes : une revue systématique », Cochrane. Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H et Gates S., Pratiques et Organisation des soins, vol 40 n°4 oct/déc. 2009.

<sup>4</sup> Ce taux figure dans une circulaire et sera certainement à réajuster pour les structures universitaires dont le mode de fonctionnement diffère de celui des écoles hospitalières.



Par ailleurs, les écoles doivent maintenant selon les textes organiser la formation continue qui est devenue une obligation. A ce propos, les représentants de la profession signalent les difficultés qu'ont les sages-femmes hospitalières pour accéder à des formations spécifiques (du fait d'une gestion commune avec la formation des paramédicaux et des problèmes de remplacement).

### **Des évolutions fortes également de la formation, avec intégration à l'université en cours, au travers du système LMD**

Cette intégration à l'Université crée un besoin de sages-femmes « bi-appartenantes » enseignantes et cliniciennes, ayant un niveau au moins « master ». Or, pour le moment, les statuts sont un frein pour que les enseignantes accèdent à ce niveau universitaire. Le Droit Individuel à la Formation (20h par an) n'est pas compatible avec les exigences d'un « master » et le coût de celui-ci excède les crédits de formation continue. Les étudiantes sages-femmes auront de fait un niveau universitaire plus élevé que les enseignantes. Des solutions vont devoir être trouvées. La piste de la VAE est l'une des solutions envisagées. Un référentiel « métier et compétences » a été élaboré par la profession (il est paru en janvier 2010) pour servir de base au référentiel de formation.

### **Trajectoires professionnelles et transferts de tâches**

En termes de parcours professionnel, selon les informations des représentants professionnels présents, les sages-femmes commencent à exercer à l'hôpital et s'installent en libéral (ou en PMI) après quelques années d'expérience. La durée moyenne de carrière est d'au moins 28 ans, avec des changements de type d'exercice et des interruptions temporaires.

A l'hôpital, l'exercice à temps partiel est fréquent mais depuis l'étude DREES 1999 on ne dispose pas de chiffres fiables. Il est cité l'exemple de l'établissement où exerce une des sages-femmes présentes à l'audition où la moitié des sages-femmes sont à 50 %.

Une nouvelle tendance apparaît chez les jeunes sages-femmes avec une augmentation d'installation en libéral beaucoup plus rapidement qu'auparavant.

En réponse à la question des tâches susceptibles d'être déléguées, deux pistes sont évoquées : les soins infirmiers, notamment en postpartum (ils représentaient d'ailleurs initialement 27 semaines dans l'enseignement et ont été réduits à 8 semaines) ainsi que l'allaitement, que les professionnels estiment au cœur de leur métier, mais dont les sages-femmes assurent l'accompagnement en commun avec les puéricultrices, mais il semble que ces dernières soient trop peu nombreuses

## **Annexe : Liste des professionnels participants à l'audition**

### **Conseil National de l'Ordre des Sages Femmes (CNOSF)**

Marianne BENOÎT TRUONG CANH

### **Collège National de Sages Femmes (CNSF)**

Frédérique TEURNIER, *Présidente*

Véronique TESSIER, *Vice-présidente*

Conchita GOMEZ, *membre du Conseil d'administration*

Michèle RIVIERE, *membre du Conseil d'administration*

### **Association nationale des élèves sages-femmes**

Hélène MALMANCHE, *Vice-présidente en charge de l'Enseignement Supérieur*