



bureau@anesf.com



www.anesf.com

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



ANESF Sage-femme
ANESF-FR
ANESF_SageFemme



Intérêt de la Recherche en Maïeutique

Mai 2026



Sommaire

Sommaire	1
Liste des abréviations	2
Présentation de l'ANESF	3
I. Introduction	4
II. La recherche en formation initiale	6
A. Evolution de la recherche dans la formation	6
B. Parcours de master et double cursus	8
1. Parcours de master	8
2. Les doubles-cursus	8
C. Conclusion	9
III. Les freins à l'accès à la recherche	10
A. Une vision archaïque de la profession de sage-femme	10
1. Une évolution considérable depuis le début du 21ème siècle	10
2. Un décalage entre compétences et représentation par les pair·e·s et le grand public	18
B. Une intégration universitaire en cours	19
C. Les biais sexistes : un frein structurel et invisible	21
1. Les femmes dans la recherche : une discrimination systémique	21
2. La sous-représentation des femmes comme sujets de recherche médicale	22
3. Un effet de cumul pour les sages-femmes	22
D. Conclusion	23
IV. L'impact de la recherche en maïeutique	24
A. Sur la qualité formation	24
B. Sur les pratiques cliniques	25
C. Conclusion	26
V. La recherche en maïeutique à l'international : le retard français en perspective	27
VI. Conclusion	29
Bibliographie	30



Liste des abréviations

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

ANESF : Association Nationale des Étudiant·e·s Sages-Femmes

ANDCS : Association Nationale des Doubles Coursus en Santé

ANR : Agence Nationale de la Recherche

CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique

CNU : Conseil National Universitaire

CSP : Code de la Santé Publique

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EBP : Evidence Based Practice

ESF : Etudiant·e·s Sage-Femme

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

ICM : International Confederation of Midwife

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

M1/M2 : Master 1, Master 2

PCEM1 : Première année du Premier Cycle des Etude Médicale

PIR : Parcours d'Initiation à la Recherche

PMA : Procréation Médicalement Assisté

RCM : Royal College of Midwives

SA : Semaine d'Aménorrhée

UE : Unité d'Enseignement



Présentation de l'ANESF

L'ANESF est l'unique association représentant les étudiant·e·s sages-femmes [1]. Elle existe depuis 1987 et fédère plus de 4000 étudiant·e·s sages-femmes des 34 structures de formation de France grâce à leur adhésion et leur participation active à nos projets et nos réflexions.

L'ANESF a pour but :

- > De rassembler et de représenter les étudiant·e·s sages-femmes de France afin de défendre leurs droits et intérêts matériels et moraux tant collectifs qu'individuels ;
- > De défendre les intérêts et les droits des femmes au sein du système de santé et de notre société ;
- > De participer activement à l'évolution de la formation en sciences maïeutiques et de la profession ;
- > De fédérer et de contribuer au développement du réseau associatif des étudiant·e·s sages-femmes, à leur formation, ainsi qu'à leur professionnalisation ;
- > D'inciter les étudiant·e·s sages-femmes à devenir acteur·rice·s de leur citoyenneté à travers une démarche solidaire et d'éducation populaire ;
- > D'être actrice dans les décisions et les actions de santé publique notamment à visée éducative et préventive ;
- > D'affirmer et de réaffirmer ses valeurs républicaines que sont la liberté, l'égalité, l'adelphité et la laïcité tout au long de son existence.



I. Introduction

La maïeutique française se trouve aujourd'hui à un tournant décisif de son histoire disciplinaire. Profession médicale à part entière, reconnue comme telle par le Code de la santé publique [17], la sage-femme a vu ses compétences cliniques considérablement élargies au cours des deux dernières décennies [2][20][29]. Pourtant, malgré cette évolution juridique et professionnelle remarquable, le développement d'une culture de la recherche propre à la discipline demeure insuffisant, et se trouve même être structurellement entravé.

Cette situation est paradoxale : à l'heure où la médecine fondée sur les preuves constitue le socle de toute pratique de santé de qualité [45], la maïeutique française peine encore à produire les données probantes nécessaires à l'amélioration des soins qu'elle prodigue aux femmes et aux nouveau-nés, et à la légitimation de ses compétences et à son affirmation comme discipline scientifique à part entière. Les avancées récentes — la création de la section 90 du CNU en 2019, la réforme de la formation par la loi du 25 janvier 2023 [9] ouvrant la voie à un troisième cycle et à la thèse d'exercice, et l'intégration universitaire en cours — constituent des signaux encourageants, mais restent insuffisants s'ils ne s'accompagnent pas d'une volonté collective et structurée de développer la recherche en maïeutique.

Cette contribution vise à démontrer la légitimité et l'urgence de ce développement. Pour cela, nous examinerons d'abord la place croissante de la recherche dans la formation initiale en maïeutique, avant d'analyser les freins structurels et culturels qui en entravent l'accès. Nous montrerons ensuite l'impact concret que la recherche exerce sur la qualité de la formation et des pratiques cliniques, et nous situerons enfin la France dans une perspective internationale qui révèle l'ampleur du retard à combler. Il s'agit, en définitive, de plaider pour que la recherche en maïeutique cesse d'être perçue comme un horizon lointain et devienne le fondement ordinaire d'une profession pleinement universitaire, scientifiquement reconnue et tournée durablement vers l'amélioration de la santé des femmes.



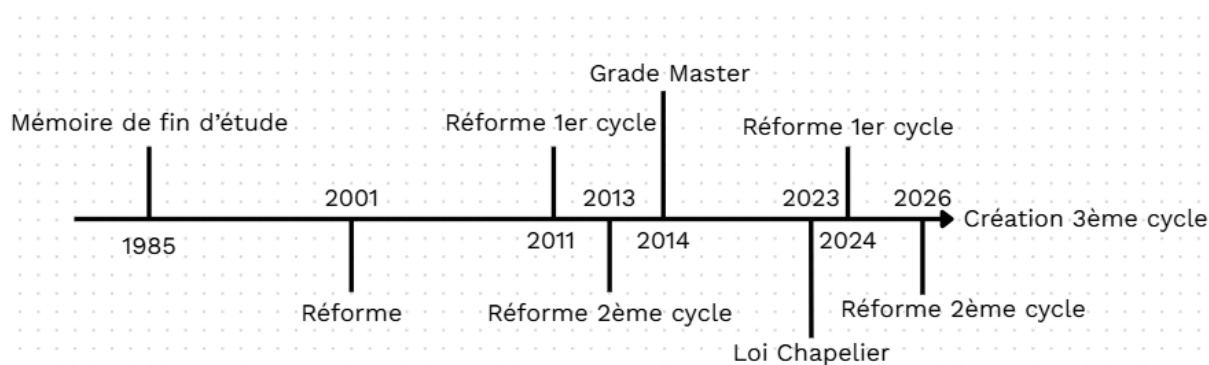
Alana Bouvier,
Vice-présidente chargée de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche, 2025-2026



II. La recherche en formation initiale

A. Evolution de la recherche dans la formation

En observant l'historique de la formation de sage-femme, nous constatons que la recherche occupe **une place de plus en plus prépondérante** au fur et à mesure du temps. Ainsi, l'intérêt pour la recherche dans notre formation a débuté avec le **décret de 1985** [3] qui instaure la **réalisation d'un mémoire de fin d'étude** afin d'être diplômé·e. Depuis, la recherche occupe de plus en plus de place au sein des maquettes du **fait des dernières réformes de la formation**.



Frise chronologique Evolution des études de sages-femmes

En 2001, dans les textes réglementaires [4], il est fait mention, **dès la première année** de la première phase d'une "démarche de recherche". On **retrouve également cette notion** dans chaque année des deux phases. A ce moment, les études des étudiant·e·s sages-femmes n'étaient pas réparties en cycle mais en phase, soit 2 phases de 2 ans. Ensuite, lors de la réingénierie de 2011 et de 2013, nous pouvons observer que la recherche est **de plus en plus mise en avant** par rapport aux textes réglementaires de 2001. En effet, dans l'arrêté de 2011 [5], il est spécifié dans l'un des quatre principes qui régissent l'acquisition des connaissances *"la non-exhaustivité : la progression très rapide des connaissances impose de choix et conduit à rejeter toute idée d'exhaustivité. L'enjeu est d'acquérir des concepts qui permettront à l'étudiant·e, au cours de ses études ultérieures et de sa vie professionnelle, de disposer des outils pour faire évoluer ses savoirs et ses savoir-faire. Cette progression rapide des connaissances est la conséquence directe des progrès de la recherche qui remettent ainsi en cause régulièrement les pratiques professionnelles. L'initiation à la recherche dans le champ de la santé est de ce fait nécessaire"* (article 5). Dans ce même article, il est également inscrit



pour la première fois, que dans le principe “d’ouverture”, il faut dès le premier cycle préparer les différentes orientations professionnelles, et que cela peut “*correspondre à une initiation à la recherche à travers des parcours de masters*”. La réalisation de parcours de master, et donc de recherche est plus largement détaillée dans l’annexe de ce même arrêté. De plus, cette fois-ci, dans cet arrêté est détaillé en annexe le contenu de la “démarche de recherche” : cela montre une **volonté d’homogénéiser** la formation au niveau national sur l’aspect recherche. Cette volonté **se confirme avec l’arrêté de 2013** [6], qui est dans la continuité de celui de 2011 puis avec **l’obtention du grade master** [7], peu de temps après en 2014.

En 2021, de **nombreuses mobilisations** des étudiant-e-s sages-femmes et des sages-femmes ont lieu afin de continuer à faire **évoluer la formation** [8]. Une des volontés est notamment de **faciliter l’accès à la recherche** qui n’est pas encore optimal et toujours **défavorisé** vis-à-vis des autres filières médicales. Cela amène à la loi Annie Chapelier du 25 janvier 2023 [9]. Cette loi permet, entre autres, la **création d’un 3ème cycle court**, une réingénierie de la formation ainsi que **l’obligation** pour les établissements de formation de **s’intégrer aux universités**. Depuis 2009, avec la loi HPST [2], les établissements de formations avaient seulement la possibilité de s’intégrer aux universités, mais peu ont franchi le cap du fait de **nombreux freins** et non d’un manque de volonté.

La réingénierie a débuté en 2024, avec celle du premier cycle [10], puis s’est poursuivie en 2026 avec celle du deuxième cycle [11]. La création du troisième n’est pas encore terminée à l’heure actuelle. La **place de la recherche** dans la formation de sage-femme devient de plus en plus **centrale**. En effet, la formation est désormais organisée en domaine. La recherche, au même titre que la gynécologie ou le domaine prénatal a son **propre domaine**. Les parcours de master sont toujours réalisables avec la précision “*et autre double-cursus*” (article 6). Nous reviendrons sur la différence entre parcours de master et double cursus sur la formation dans la partie B. Parcours de master et double cursus. Tout cela nous démontre une **réelle volonté d’intégrer pleinement la recherche et l’accès à celle-ci au sein de la formation initiale**.



B. Parcours de master et double cursus

1. Parcours de master

Les **parcours de master**, cités pour la première fois dans l'**arrêté de 2011** [5] sont décrits comme suit dans l'annexe : *“Des unités d'enseignement de formation à la recherche. Ces unités d'enseignement s'inscrivent dans des parcours de masters habilités. Ces parcours qui représentent une réelle formation à la recherche permettent dans des conditions qui sont fixées par l'université l'accession à une deuxième année de master à orientation recherche. Ces parcours comprennent généralement deux unités d'enseignement et un stage de 4 à 8 semaines dans un laboratoire de recherche reconnu.”*. Dans les faits, ces parcours **portent différents noms** selon les universités : parcours de recherche, PIR (Parcours d'Initiation à la Recherche), UE de master... Afin d'obtenir cette équivalence, il est souvent demandé de **valider le deuxième cycle** des études de maïeutique. Cependant, les **conditions de validations peuvent varier** entre les universités. Ce parcours de master, permet donc de **valider une première année de master**, soit un **M1 à la fin de la 5ème année**, anciennement au même moment que le diplôme d'état de sage-femme.

2. Les doubles-cursus

Les doubles cursus, **bien que possibles**, ne sont pour le moment pas suivis par les étudiant·e·s sages-femmes du fait de **nombreux freins** qui seront détaillés ultérieurement dans le III. Les freins à l'accès à la recherche. Les doubles cursus sont définis comme suit pour la filière sage-femme : il s'agit d'**unités d'enseignements** suivis au **premier cycle** de la formation ainsi que d'**un stage en laboratoire**. Le parcours est défini et intégré au cursus de santé et l'étudiant·e bénéficie d'un **nombre plus important de cours** de sciences pendant le premier cycle. Ce modèle a été développé en France par l'École de l'Inserm Liliane Bettencourt depuis 2003, eux-mêmes inspirés des MD-PhD nord-américain. Cela permet de **valider une première année de master, un M1, à la fin du premier cycle**, soit à la fin de la 3ème année. Les doubles-cursus se différencient des parcours recherches sur plusieurs aspects. Tout d'abord, les enseignements sont en général **pluridisciplinaires** contrairement au **parcours M1 qui est en général mono-thématique**. Par ailleurs, les étudiants en double-cursus **s'engagent à réaliser des stages de laboratoire et à valider leur M2** avant le début de leur 2e cycle.



Puis, l'étudiant·e reprend ses études de sage-femme au second cycle. Sinon, ce parcours peut se poursuivre avec une **qualification au CNU de maïeutique** ou d'une autre discipline, leur permettant de prétendre à un **poste d'enseignant·e-chercheur·euse** à l'université.

L'ANESF a développé ces différents points lors d'une contribution de 2024 intitulé : "Formation à la recherche dans le cursus de maïeutique".[12]

C. Conclusion

La **place de la recherche** dans la formation initiale en maïeutique a donc connu une **progression constante et structurée depuis le décret de 1985** [3], évoluant d'une **simple exigence de mémoire de fin d'études vers une véritable architecture pédagogique organisée autour de la démarche scientifique**. Les réingénieries successives de 2011 [5], 2013 [6] et surtout celle engagée depuis 2024 [10][11] témoignent d'une **volonté croissante d'inscrire la recherche au cœur du cursus maïeutique**, au même titre que les autres grands domaines de compétences de la profession.

Les parcours de master et les doubles cursus représentent à cet égard les **leviers les plus prometteurs** pour former une future génération de sages-femmes chercheur·euse·s, capables de s'engager tôt dans des trajectoires scientifiques allant **jusqu'au doctorat et aux postes d'enseignant·e-s-chercheur·euse·s**. Pourtant, ces dispositifs restent aujourd'hui largement théoriques : **peu connus, peu accessibles et souvent incompatibles** avec les contraintes d'un cursus clinique dense, ils peinent à trouver leur plein déploiement [12].

Cette situation illustre une **tension fondamentale** que la réforme en cours devra résoudre : il ne suffit pas d'inscrire la recherche dans les textes réglementaires pour qu'elle s'impose réellement dans les pratiques de formation. L'enjeu est désormais de passer de **l'intention à l'effectivité**, en **accompagnant concrètement les étudiant·e·s sages-femmes** qui souhaitent s'engager dans ces parcours, et en **levant les obstacles organisationnels et institutionnels** qui continuent d'en restreindre l'accès.



III. Les freins à l'accès à la recherche

A. Une vision archaïque de la profession de sage-femme

1. Une évolution considérable depuis le début du 21ème siècle

Les sages-femmes constituent en France l'**une des trois professions médicales** reconnues par le Code de la santé publique (CSP) [17], aux côtés des médecins et des chirurgien·ne·s-dentistes. Reconnue comme profession médicale à part entière, les sages-femmes exercent les **responsabilités les plus étendues au niveau européen** dans leur domaine. Plusieurs projets de lois votés pendant les années 2000 marquent l'accélération de la montée en compétences et en responsabilités de sages-femmes. Leur champ de compétences n'a cessé de s'élargir, répondant à la fois **aux enjeux de santé publique** – amélioration de l'accès aux soins, déserts médicaux – et à la **raréfaction des médecins spécialistes en gynécologie-obstétrique** [18]. Cette évolution est le fruit d'une succession de textes législatifs et réglementaires qui ont progressivement transformé la·le sage-femme, d'un·e **spécialiste de l'accouchement, en acteur·ice de la santé des femmes tout au long de leur vie.**

En 2002, **une réforme majeure** de la formation est amorcée avec **l'intégration du recrutement des étudiant·e·s sages-femmes dans la première année du premier cycle des études médicales (PCEM1)** [19], un concours commun avec les futur·e·s médecins, pharmacien·ne·s et chirurgien·ne·s-dentistes. Cette réforme confère à la maïeutique une légitimité universitaire renforcée, et s'inscrit dans la construction de l'espace européen de l'enseignement supérieur.

La **loi n°2004-806 du 9 août 2004** [20] constitue la première grande étape législative **d'élargissement des compétences** en France contemporaine. Elle modifie en profondeur les articles L.4151-1 à L.4151-4 du Code de la santé publique [21][22][23][24] et pose les bases du cadre dans lequel vont s'inscrire toutes les évolutions ultérieures. Néanmoins, les sages-femmes conservent une « compétence pleine et entière » en matière de grossesses normales et d'accouchements eutociques, tout en définissant les modalités de collaboration avec les médecins en cas de pathologie [25]



Les **principales avancées** sont les suivantes :

- Suivi autonome de la grossesse : la·le sage-femme est habilité·e à assurer en toute autonomie le suivi médical d'un·e patient·e de la déclaration de grossesse jusqu'aux soins postnataux du nouveau-né (article L.4151-1 CSP modifié [21]).
- Prescription de la contraception hormonale après accouchement ou interruption de grossesse (article L.4151-2 CSP [22]).
- Consultation postnatale possible, sous réserve d'orienter la personne vers un médecin en cas de situation pathologique constatée.
- Obligation de formation continue pour tou·te·s les sages-femmes en exercice (création de l'article L.4153-1 [26]).
- Clarification du rôle en cas de pathologie : en cas de pathologie maternelle, fœtale ou néonatale, la·le sage-femme doit faire appel à un·e médecin (article L.4151-3 CSP [23]).

La **loi HPST** [2] marque un **tournant décisif** dans l'histoire de la profession. En modifiant l'article L.4151-1 du CSP [21], elle **étend les compétences** des sages-femmes bien au-delà de la grossesse et de l'accouchement pour couvrir **la santé de la femme de manière globale**. Avant 2009, les sages-femmes intervenaient principalement autour de la périnatalité ; cette loi fait des sages-femmes de **réel·le·s acteur·ice·s en santé de la femme**, pouvant **suivre des femmes tout au long de leur vie**.

Les nouvelles compétences accordées sont les suivantes :

- Réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention pour toute personne en bonne santé, enceint·e ou non, y compris le suivi jusqu'à la ménopause (article L.4151-1 CSP — les sages-femmes doivent orienter vers un·e médecin en cas de situation pathologique [21]).
- Prescription et pose de dispositifs contraceptifs intra-utérins (DIU / stérilet) et d'implants contraceptifs.
- Réalisation d'échographies gynécologiques, en plus des échographies obstétricales déjà autorisées.
- Pratique d'actes d'acupuncture obstétricale sous réserve de détenir un diplôme interuniversitaire d'acupuncture obstétricale (arrêté du 2 novembre 2009 [27]).
- Possibilité de pratiquer l'ostéopathie sous réserve de détenir le titre d'ostéopathe (décret n° 2007-435 du 27 mars 2007, applicable en combinaison avec les compétences HPST [28]).



La loi du 26 janvier 2016 [29] franchit une nouvelle étape déterminante, **répondant directement aux recommandations de la HAS** en matière d'accès aux soins et de santé reproductive. Elle autorise les sages-femmes à réaliser des interruptions volontaires de grossesse (IVG) par voie médicamenteuse et à prescrire des substituts nicotiques.

- IVG médicamenteuse en autonomie : la·le sage-femme peut réaliser des IVG médicamenteuses en établissement de santé ou hors établissement (via convention) jusqu'à 7 semaines de grossesse révolues (9 SA), avec prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie.
- Prescription de substituts nicotiques aux personnes enceint·e·s, à leur entourage et aux enfants jusqu'au terme de la période postnatale.
- Consultations en tabacologie intégrées aux compétences officielles.
- Renforcement du rôle dans le suivi des femmes en situation de vulnérabilité (violences faites aux femmes, addictions).

En 2019, la **création du CNU section 90**, la section maïeutique ouvre enfin la porte à la **recherche pour la profession et surtout la science des sage-femme**.

L'année 2021 ouvre deux nouvelles perspectives majeures pour la profession. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 [30] autorise une expérimentation de trois ans de l'IVG instrumentale (chirurgicale) par les sages-femmes, sous des conditions strictes de formation et d'expérience, préalablement à une éventuelle généralisation. En parallèle, la loi du 26 avril 2021 [31] prévoit la participation des sages-femmes aux activités d'assistance médicale à la procréation (AMP/PMA).

- Expérimentation de l'IVG instrumentale en établissement de santé : un décret et un arrêté tous deux parus en 2021 définissent les conditions de formation, d'expérience et d'organisation requises. En octobre 2022, 18 établissements de santé sont retenus à l'issue d'un appel à candidatures national [32].
- Participation des sages-femmes aux activités de PMA.



- Renforcement des compétences en psychiatrie périnatale et dans la prise en charge de la dépression du post-partum.
- Généralisation et structuration du bilan prénatal de prévention (introduit dans la nomenclature en 2019) dans le parcours de soins coordonné.

L'année 2022 est exceptionnellement dense en évolutions réglementaires. Deux décrets du 5 mars 2022 [33][34] actualisent la liste des médicaments et des dépistages que les sages-femmes peuvent prescrire, dans le but de compléter l'arsenal thérapeutique nécessaire à la gynécologie de prévention, notamment en termes de prescription d'anti-infectieux pour les femmes et leurs partenaires.

Nouvelles compétences thérapeutiques et de dépistage :

- Traitement des cystites non compliquées hors grossesse (sans facteur de risque).
- Prise en charge de certaines infections sexuellement transmissibles (IST) chez la femme et son-sa partenaire : Chlamydiae trachomatis, Neisseria gonorrhoeae.
- Traitement des vaginoses et des primo-infections herpétiques génitales.
- Prescription de topiques vaginaux œstrogènes et progestatifs.
- Prescription d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) pour la prise en charge de la douleur post-partum, dans le cadre d'une IVG ou de dysménorrhées primaires.
- Dépistage du VIH, VHB, VHC et syphilis pour la patiente et son-sa partenaire, avec orientation vers un médecin ou service spécialisé en cas de résultat positif.
- Dépistage et traitement de première intention de Chlamydiae trachomatis, Neisseria gonorrhoeae et Trichomonas vaginalis chez la femme et son-sa partenaire asymptomatique.
- Dépistage des infections à HPV.

Extension majeure des compétences vaccinales :

Le décret n° 2022-611 du 21 avril 2022 [35] et l'arrêté du 12 août 2022 [36] étendent considérablement les compétences vaccinales des sages-femmes. Elle·il·s peuvent désormais prescrire et pratiquer les vaccins contre : la rougeole-oreillons-rubéole (ROR), le tétanos, la diphtérie, la poliomyélite, la coqueluche, l'hépatite B, la grippe, le HPV, le méningocoque C et B, la



varicelle, le zona, la fièvre jaune et l'Haemophilus influenzae de type B – pour la femme, le nouveau-né, l'entourage de la personne enceinte et les enfants mineurs, selon les cas. Le BCG est également autorisé pour le nouveau-né.

IVG : élargissement du délai et de l'accès :

- Depuis le décret de février 2022 [37], le délai pour l'IVG médicamenteuse hors milieu hospitalier passe de 7 à 9 semaines d'aménorrhée (SA).
- La téléconsultation et prise en charge dans le cadre d'une IVG médicamenteuse sont possibles.
- Les médicaments (mifépristone, misoprostol) peuvent être délivrés directement en officine sur prescription de la·le sage-femme.
- La loi du 2 mars 2022 visant à renforcer l'accès à l'avortement prévoit la généralisation progressive de l'IVG instrumentale par les sages-femmes en établissement de santé [38].

À l'issue de l'expérimentation lancée en 2021-2022, le décret du 16 décembre 2023 [39] (modifié par un décret du 23 avril 2024 [40]) rend pleinement effective la compétence des sages-femmes en matière d'IVG instrumentale. Cette prise en charge ne peut avoir lieu qu'en établissement de santé, sous réserve de conditions de formation théorique et pratique définies par la réglementation.

Le décret n° 2025-1426 du 30 décembre 2025 [41] procède à une véritable refonte du code de déontologie des sages-femmes, codifié depuis 2004 dans la partie réglementaire du CSP. Sa modification la plus symbolique est la suppression de l'article R.4127-324 CSP, qui disposait que « *la sage-femme peut participer sous la direction d'un médecin au traitement de toute patiente présentant une affection gynécologique* ». Cette suppression consacre l'indépendance professionnelle des sages-femmes et efface toute subordination formelle au corps médical pour les actes relevant de leur compétence.

Toutes ces évolutions ont eu lieu dans un **lapse de temps relativement court**. De plus, les compétences des sages-femmes se sont **développées dans différents domaines** ; gynécologie, orthogénie, pédiatrie et notamment en recherche. Ces nombreux changements en si peu de temps **n'ont pas pu être intégrés pleinement dans les représentations du métier**



de sage-femme **par les autres professions de santé et plus largement par le grand public.**

<p>2002</p>	<p>Intégration aux études médicales</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Recrutement commun avec médecine, pharmacie et odontologie via le numerus clausus (PCEM1) ● Reconnaissance progressive du niveau équivalent à un grade master ● Hausse des effectifs : 18 800 sages-femmes en 2011, 23 400 en 2021, 25 700 en 2025
<p>2004</p>	<p>Autonomie pleine</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Suivi autonome de la grossesse, de la déclaration jusqu'aux soins postnataux du nouveau-né (art. L.4151-1 CSP) ● Prescription de la contraception hormonale après accouchement ou IVG ● Consultation postnatale possible (avec orientation médicale si pathologie) ● Obligation de formation continue pour toutes les sages-femmes (art. L.4153-1)
<p>2009</p>	<p>Loi HPST — Entrée en gynécologie</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Consultations de contraception et suivi gynécologique de prévention pour toute femme en bonne santé (art. L.4151-1 CSP) ● Prescription et pose de DIU (stérilets) et



	<p>d'implants contraceptifs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Échographies gynécologiques en plus des obstétricales • Acupuncture obstétricale (avec DIU spécifique — arrêté du 2 nov. 2009) • Ostéopathie possible (avec titre d'ostéopathe — décret n° 2007-435)
2016	<p>IVG médicamenteuse</p> <ul style="list-style-type: none"> • IVG médicamenteuse en autonomie jusqu'à 9 SA (en établissement ou hors établissement via convention) • Prescription de substituts nicotiques aux femmes enceintes et à leur entourage • Consultations en tabacologie intégrées aux compétences • Recommandations HAS : suivi de niveau A (grossesse physiologique) assuré seul par la sage-femme
2019	<p>Création du CNU section 90</p>
2021	<p>IVG instrumentale et PMA — Expérimentation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expérimentation de l'IVG chirurgicale (instrumentale) par les sages-femmes en établissement de santé — 18 établissements sélectionnés fin 2022 • Participation aux activités d'assistance médicale à la procréation (AMP/PMA)



	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement des compétences en psychiatrie périnatale et dépression post-partum
2022	<p style="text-align: center;">IST, vaccination, IVG</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dépistage et traitement des IST : Chlamydiae, Gonorrhée, Trichomonas, Herpès génital, Syphilis, VIH, VHB, VHC, HPV – pour la femme ET son partenaire • Traitement des cystites non compliquées hors grossesse · Vaginoses · AINS pour douleur post-partum / dysménorrhées • Vaccination élargie : ROR, Tétanos, Diphtérie, Polio, Coqueluche, Hépatite B, Grippe, HPV, Méningocoque C et B, Varicelle, Zona, Fièvre jaune, BCG – pour la femme, le nouveau-né, l’entourage et les enfants mineurs • IVG médicamenteuse : délai étendu à 9 SA · téléconsultation possible · délivrance directe en pharmacie <p style="text-align: center;">IVG Instrumentale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Loi du 2 mars 2022 : généralisation progressive de l’IVG instrumentale
2023	<p style="text-align: center;">IVG, Sage-femme référente</p> <ul style="list-style-type: none"> • IVG instrumentale pleinement effective depuis le décret du 16 décembre 2023 (modifié avr. 2024) • Sage-femme référente : déclaration possible depuis l’avenant 6 conventionnel (sept. 2023)



2025	Code de déontologie
	<ul style="list-style-type: none"> • Refonte du code de déontologie (déc. 2025) : suppression de la subordination au médecin en gynécologie – indépendance professionnelle pleine et entière

2. Un décalage entre compétences et représentation par les pair·e·s et le grand public

L'**élargissement rapide et continu du champ de compétences** des sages-femmes, tel que décrit précédemment, a **engendré un paradoxe institutionnel et social majeur** : plus les textes législatifs et réglementaires ont étendu les prérogatives de la profession, **plus l'écart s'est creusé entre le cadre juridique en vigueur et la représentation qu'en ont le grand public et les acteur·ice·s du système de santé**. Ce phénomène de **méconnaissance** constitue l'un des **obstacles au plein exercice** de la profession maïeutique en France.

Du côté des professionnels de santé eux-mêmes, plusieurs enquêtes ont mis en évidence une **persistance des représentations traditionnelles** associant la·le sage-femme à **la seule prise en charge de l'accouchement** et de la grossesse physiologique [42][43][44].

Ce **déficit de reconnaissance** est d'autant plus **préjudiciable** qu'il s'étend au domaine de la **recherche**. Si la loi du 25 janvier 2023 [9] a posé les bases d'un troisième cycle universitaire et de la création du titre de Docteur·e en Maïeutique, ouvrant formellement la voie à une recherche disciplinaire propre à la maïeutique, la **légitimité scientifique** des sages-femmes reste **insuffisamment reconnue** dans le paysage **académique et institutionnel** français. La **méconnaissance du niveau de formation** – avec la création d'un troisième cycle court – conduit fréquemment à **exclure les sages-femmes** des équipes de recherche pluriprofessionnelles. Mais également à **les sous-représentés dans les travaux** dès les appels à projets de l'Agence nationale de la recherche ou des structures régionales de financement. Autrement, cela amène à **refuser les étudiant·e·s sages-femmes dans les parcours de recherche**, que ce soit les parcours de master, les doubles cursus que ce soit les parcours de master, les double



curus locaux ou nationaux tels que l'Ecole de l'Inserm ou l'ENS, l'Ecole Normale Supérieur. Par ailleurs, les sages-femmes **accèdent difficilement aux bourses des écoles doctorales**, ce qui représente un **frein à la réalisation d'un doctorat**. Or, comme le souligne la littérature en sciences de l'éducation, la **production de connaissances** disciplinaires propres à une profession **conditionne** directement la **qualité de sa formation initiale** et sa capacité à faire **évoluer ses pratiques** selon les principes de l'Evidence-Based Practice [45].

Cette **double méconnaissance** — des compétences cliniques d'une part, de la capacité de recherche d'autre part — se nourrit mutuellement et forme un **cercle vicieux** : faute d'être reconnu·e·s comme chercheur·euse·s légitimes, les sages-femmes produisent moins de données probantes sur leur propre pratique ; faute de données probantes issues de la discipline elle-même, les décideur·euse·s et les autres professionnel·le·s de santé peinent à objectiver la valeur ajoutée de la·du sage-femme dans des champs encore considérés comme relevant exclusivement de la médecine. Pour **surmonter cet obstacle**, une **action conjointe** sur plusieurs axes s'impose : **améliorer la communication institutionnelle concernant les compétences légales des sages-femmes, accroître leur présence au sein des structures de recherche en santé, soutenir le développement du troisième cycle en maïeutique, et leur offrir la possibilité de participer à des doubles cursus ou de réaliser des thèses précoces**. Ces mesures visent à **former une génération de chercheur·euse·s** en maïeutique capables de **faire progresser les connaissances** au bénéfice de l'ensemble des femmes et de la société. Une des **explications à la méconnaissance** de la profession de sage-femme des **autres professionnels de santé** vient de la **formation initiale**. L'**interprofessionnalité se construit dès la formation**, par exemple avec une **proximité géographique** des centres de formation, et même une **mutualisation de certains cours**. Pour la formation initiale, cela reste **compliqué** puisque l'**intégration universitaire** des différents établissements de formation est **en cours**.

La **sous estimation des compétences** et de la **pertinence de la recherche** en maïeutique **impacte l'intégration** des étudiant·e·s et des sages-femmes dans le **recrutement des parcours de recherche**. Si le **grand public ne sait pas** que les sages-femmes peuvent **faire et font de la recherche**, il y aura **moins de financements, de bourses** attribuées et de places spécifiques aux sages-femmes dans les laboratoires et les formations.



B. Une intégration universitaire en cours

Bien que le **diplôme** pour être sage-femme **soit universitaire depuis 1892**, cela n'était pas le cas de la formation. Depuis 2009 avec la loi HPST [2], il est **possible**, pour les établissements de formation de **s'intégrer aux universités**. Peu ont franchi le cap du fait de **freins divers**. Puis, avec la loi Chapelier du 25 janvier 2023 [9], **l'intégration universitaire est devenue obligatoire** pour l'ensemble des établissements de formation **pour la rentrée 2027**. Jusqu'à maintenant, les établissements de formation sont **gérés par les régions**, que ce soit sur la gestion ou sur les financements. Avec la loi Chapelier [9], ces **compétences sont recentrées et données aux universités**. La **volonté** pour les différentes organisations et associations sages-femmes de **s'intégrer aux universités est de pouvoir avoir accès à la recherche**. En effet, en France, **les activités de recherche** sont réalisées dans les **établissements d'enseignement supérieur** et les organismes nationaux de recherche (recherche publique) [46]. Ne faisant pas partie **structurellement et financièrement des universités**, les établissements de formation et donc la formation de sage-femme **n'avaient pas accès à la recherche**. L'intégration universitaire devrait donc permettre de **créer et de développer la recherche en maïeutique**, notamment au travers de laboratoires. **Ce rapprochement**, entre les universités et les établissements de formation, devrait également **ouvrir l'accès aux doubles cursus et faciliter les parcours de master**. Jusqu'à maintenant, les **administrations n'étant pas communes**, il était **difficile** pour les étudiant·e·s sage-femmes **d'intégrer les doubles cursus** et les parcours de master. Cela est dû au **manque de communication et à la méconnaissance** de chaque partie. Une fois l'intégration universitaire terminée, il sera **essentiel d'accompagner et d'encourager** les étudiant·e·s sages-femmes dans ces parcours afin de commencer à pleinement **intégrer dans les mœurs que les sages-femmes peuvent faire et font de la recherche**.

Le **CNU maïeutique**, l'organisme qui **représente et qui gère les enseignants chercheurs** de la discipline, a été créé en 2019. Actuellement, le CNU Maïeutique (section 90) ne comporte encore qu'un **faible nombre de chercheur.euse.s** du fait de sa **création récente** en 2019, concomitante avec l'intégration universitaire des établissements de formation en maïeutique. . Les chercheur.eure.s sont encore **moins nombreux·ses à avoir des postes d'enseignant·e·s-chercheur·euse·s**. En effet, encore **peu** de sages-femmes diplômé.e.s **sont formé.e.s à la recherche**, la recherche étant adossée aux universités. Un nombre insuffisant de chercheur·euse·s **compromet** non



seulement le **développement de la recherche**, mais aussi, indirectement, **son accessibilité**. En outre, l'un des grands principes régis par le code de déontologie est la **formation “par les pairs”** [47]. Sans sage-femme **chercheur·euse·s en nombre suffisant**, il est plus compliqué de mettre en évidence **l'intérêt et la nécessité de la recherche** dans la discipline maïeutique. Cela se fera lentement, au fur et à mesure que le **nombre de chercheur·euse·s sages-femmes augmentera**, **l'attraction des sages-femmes pour ce domaine aussi**, il y aura **plus d'aménagements pour ces parcours**, et *in fine* **plus de financements** pour la recherche. De même, plus il y aura de sages-femmes chercheur·euse·s, **plus les compétences en recherche sages-femmes seront connues** de toutes et tous. Cela fera donc **moins de freins** pour accéder à celle-ci.

C. Les biais sexistes : un frein structurel et invisible

La maïeutique est une profession médicale exercée, en France, très majoritairement **par des femmes** (à plus de 97 %). Cette **réalité sociologique** n'est pas **sans conséquences sur l'accès à la recherche** : les obstacles que rencontrent les sages-femmes pour s'inscrire dans des parcours scientifiques **ne peuvent être dissociés des discriminations systémiques** qui affectent les **femmes chercheuses** dans le monde académique en général, et ceci est cumulé d'un **biais spécifique** dans la recherche médicale et pharmaceutique.

1. Les femmes dans la recherche : une discrimination systémique

Les **inégalités de genre** dans les carrières scientifiques constituent aujourd'hui un **phénomène bien documenté** dans la littérature internationale. Les **femmes sont sous-représentées** aux postes de direction des équipes de recherche, dans les jurys de thèse, dans les comités éditoriaux des revues à comité de lecture, et parmi les bénéficiaires des financements compétitifs. En France, malgré une féminisation croissante des études supérieures, les **femmes ne représentent qu'environ 26 %** des directeur·ice·s de recherche du CNRS et **28 % des professeur·e·s des universités**, selon les derniers chiffres du ministère de l'Enseignement Supérieur. Ce **plafond de verre scientifique** se manifeste dès les premières étapes d'une carrière de recherche : les étudiantes sont plus souvent **découragées** de poursuivre vers le doctorat, les chercheuses **publient moins**



facilement dans les revues à fort taux d'impact, et leurs travaux sont **plus fréquemment soumis à des biais d'évaluation défavorables**.

Ces inégalités ne sont pas le simple reflet d'une préférence individuelle ou d'un manque d'ambition : elles sont le **produit de représentations sociales tenaces qui associent la légitimité scientifique à des attributs culturellement masculins** — autorité, objectivité, neutralité — et qui **dévalorisent les domaines de recherche perçus comme féminins**, à commencer par ceux qui concernent la **santé des femmes**. La **maïeutique**, dont l'objet même est la santé des femmes et des nouveau-nés, est ainsi **doublement fragilisée** : comme **discipline encore peu reconnue**, et comme **discipline exercée et portée quasi exclusivement par des femmes**.

2. La sous-représentation des femmes comme sujets de recherche médicale

À ce premier biais s'en ajoute un second, tout aussi structurant : la **recherche médicale et pharmaceutique a historiquement exclu ou sous-représenté les femmes dans ses protocoles d'essais cliniques**. Pendant des décennies, les essais de phase I à III ont été majoritairement conduits **sur des populations masculines**, au motif que les variations hormonales liées au cycle menstruel, à la grossesse ou à la ménopause complexifiaient l'interprétation des résultats et augmentaient la variabilité statistique. Cette exclusion, **formellement dénoncée par plusieurs instances internationales** depuis les années 1990 — dont la Food and Drug Administration (FDA) aux États-Unis — a produit un **corpus de données cliniques largement androcentré**, dont les **conséquences sur la qualité des soins** prodigués aux femmes sont **aujourd'hui reconnues** : sous-dosages médicamenteux, retards diagnostiques, protocoles inadaptés aux réalités physiologiques féminines.

Or, la maïeutique est précisément la **discipline médicale qui se consacre à la santé des femmes** et plus particulièrement dans les périodes les plus sensibles de leur vie reproductive — grossesse, accouchement, post-partum, ménopause, orthogénie. La **faiblesse de la production scientifique** spécifiquement dédiée à ces domaines, en France, ne peut dès lors être **dissociée de cette invisibilité structurelle des femmes dans la recherche biomédicale**. Les sages-femmes qui souhaitent s'inscrire dans des programmes de recherche sur ces thématiques se heurtent à un **double**



manque : peu de données de référence, et **peu de reconnaissance** institutionnelle pour la **légitimité** même de leurs objets d'étude.

3. Un effet de cumul pour les sages-femmes

Pour les sages-femmes, ces **deux biais s'accumulent et se renforcent**. Chercheuses dans une **discipline perçue comme mineure**, portant sur des **sujets longtemps considérés comme peu prioritaires**, dans une profession quasi **exclusivement féminine et encore en cours d'intégration universitaire** : chacune de ces caractéristiques constitue, prisent isolément, un **facteur de marginalisation** dans le paysage académique. Réunies, elles forment une **configuration particulièrement défavorable**.

Ce cumul se traduit concrètement : les sages-femmes qui souhaitent intégrer des équipes de recherche pluriprofessionnelles peuvent se **heurter à une double minoration** — en tant que femmes dans un milieu académique encore inégalitaire, et en tant que représentantes d'une profession dont la légitimité scientifique reste insuffisamment reconnue. Les financements obtenus, les postes ouverts, les invitations à des colloques ou aux comités éditoriaux reflètent cette réalité. Surmonter ces biais ne relève pas seulement de la volonté individuelle des sages-femmes qui s'engagent dans la recherche : cela suppose **une action volontariste des institutions** — universités, organismes de financement, sociétés savantes — **pour créer les conditions d'une participation équitable**.

D. Conclusion

Les **freins à l'accès à la recherche en maïeutique** s'inscrivent ainsi dans une **triple dynamique, structurelle, culturelle et genrée**, dont les dimensions sont intimement liées et se renforcent mutuellement.

D'un côté, la **méconnaissance persistante des compétences des sages-femmes** — tant de la part des autres professionnel·le·s de santé que du grand public — entretient une **image anachronique** de la profession, **décalée de la réalité juridique et clinique** d'une profession médicale à part entière dont le **champ de compétences s'est considérablement élargi** en l'espace de deux décennies. De l'autre, **une intégration universitaire encore incomplète**, pour le moment, prive la discipline maïeutique des **conditions structurelles indispensables** à la production de connaissances propres : accès aux laboratoires, aux financements, aux doubles cursus et aux



parcours doctoraux. À ces deux obstacles s'ajoute une troisième dimension, trop souvent invisibilisée : les **biais sexistes** qui affectent les femmes dans les carrières scientifiques et qui, combinés à la **sous-représentation historique des femmes** comme sujets de recherche médicale, placent les sages-femmes dans une **situation de cumul défavorable particulièrement difficile à surmonter sans volonté institutionnelle explicite**.

Ces **trois obstacles se renforcent mutuellement**. La faible visibilité de la·le sage-femme comme acteur·ice de la recherche limite le nombre de chercheur·euse·s formé·e·s ; le faible nombre de chercheur·euse·s freine à son tour la production de données probantes qui permettraient de légitimer la discipline aux yeux des institutions académiques et des décideur·euse·s ; et la persistance de représentations genrées dans le monde académique rend plus difficile encore la reconnaissance de cette légitimité.

Ce **cercle vicieux** ne pourra être **rompu** qu'à la condition que l'**intégration universitaire**, rendue obligatoire par la loi de 2023 pour l'horizon de la rentrée 2027, **se traduise en pratique par un accompagnement réel** des étudiant·e·s et des enseignant·e·s sages-femmes **vers les parcours de recherche**.

Une **condition supplémentaire**, encore trop peu discutée, s'impose pourtant avec urgence : la **mono-appartenance** des sages-femmes. Contrairement aux médecins et aux chirurgien·ne·s-dentistes, qui bénéficient elles et eux d'une double appartenance. Cela **impact grandement l'attractivité et complexifie beaucoup l'organisation, le salaire et la reconnaissance** des sages-femmes qui désirent faire de la recherche. Tant que **cette asymétrie** persistera, la maïeutique **demeurera institutionnellement désavantagée** par rapport aux autres professions médicales **dans la construction de sa communauté scientifique** — quel que soit par ailleurs le dynamisme des réformes de formation en cours.

IV. L'impact de la recherche en maïeutique

A. Sur la qualité formation

Le **lien entre recherche et qualité de la formation** initiale est bien établi dans la littérature en sciences de l'éducation et en pédagogie des



professions de santé. Une **formation adossée à la recherche** — ce que les Anglo-Saxons désignent par l'expression *research-informed teaching* — **garantit que les contenus enseignés reflètent l'état actuel des connaissances** scientifiques, **favorise le développement d'un esprit critique** chez les futur·e·s professionnel·le·s et prépare ces dernier·ère·s à **exercer selon les principes de la pratique fondée sur les preuves**, ou *Evidence-Based Practice* (EBP) [45][48].

Or, en maïeutique, cette articulation entre recherche et enseignement **souffre de la même fragilité structurelle** que celle évoquée précédemment. Lorsque les formateur·ice·s en établissement de formation de maïeutique ne sont pas eux·elles-mêmes chercheur·euse·s ou engagé·e·s dans des activités de recherche, le **risque est de transmettre des pratiques fondées sur des habitudes cliniques** plutôt que sur des **données probantes actualisées**. Des travaux ont ainsi montré que certaines pratiques obstétricales courantes en France — telles que l'épisiotomie systématique ou certaines modalités de surveillance du travail — **ont persisté plus longtemps qu'ailleurs en l'absence d'une culture de remise en question fondée sur la recherche** [49][50].

À l'inverse, les programmes de formation dans lesquels des sages-femmes enseignantes sont activement impliquées dans des projets de recherche **montrent des effets positifs mesurables sur les compétences des étudiant·e·s** : meilleure maîtrise de la lecture critique d'articles scientifiques, plus grande capacité à remettre en question des pratiques établies, et engagement plus fort dans la formation continue tout au long de la carrière professionnelle [51][52]. **La recherche contribue ainsi à former non seulement de meilleur·e·s clinicien·ne·s, mais également des professionnel·le·s capables de participer à l'évolution des pratiques et à l'amélioration continue de la qualité des soins.**

Dans le contexte spécifique de l'**intégration universitaire**, le développement de la recherche en maïeutique apparaît comme une condition *sine qua non* pour que l'intégration universitaire ne soit pas purement formelle, mais se **traduise par une véritable élévation du niveau scientifique** de la formation. L'**accès à des unités de recherche**, la participation à des séminaires doctoraux et l'encadrement de thèse d'exercice à forte composante méthodologique sont autant de **leviers** qui, lorsqu'ils sont effectivement mobilisés, **enrichissent substantiellement l'expérience formative** des étudiant·e·s en maïeutique [53].



B. Sur les pratiques cliniques

“L'épisiotomie doit-elle être systématique ?”

“Les perfusions d'ocytocine au cours d'un travail spontané sont-elles en lien avec l'hémorragie du post-partum ?”

“Quel est l'intérêt des postures pendant l'accouchement ?”

“Existe-t-il des corrélations entre les pratiques cliniques et la taille de l'établissement ?”

“L'origine géographique des femmes influence-t-elle leur prise en charge en maternité ?” [54]

Ces interrogations témoignent de la **pertinence de mener des travaux de recherche** en maïeutique. Ce terme, équivalent du mot anglais **midwifery**, désigne l'art des sages-femmes, c'est-à-dire le suivi et la prise en charge des personnes enceint·e·s à bas risque ainsi que de leurs nourrissons. À l'ère de la médecine fondée sur les preuves, **cette discipline est devenue essentielle**, car elle permet d'offrir **des soins plus adaptés tout en réduisant les coûts**. Cependant, en France, **les doctorats en maïeutique n'existent que depuis peu**, et les sages-femmes doctorant·e·s demeurent très largement minoritaires. Avant 2019 et la création de la section 90 du Conseil national des universités (CNU), les sages-femmes français·e·s ont dû emprunter des voies détournées pour devenir chercheur·euse·s. Leurs initiatives ont néanmoins réussi à faire **émerger la recherche en maïeutique** et à en démontrer l'utilité.

La recherche en maïeutique a pour but d'**améliorer les soins obstétricaux et périnataux** en permettant de générer des preuves et les utiliser **en pratique clinique**, d'identifier des priorités de recherche pertinentes pour la pratique et la formation, et d'orienter les investissements et les politiques en **faveur d'une meilleure qualité de soins**. Par exemple, un programme d'intégration à la recherche pour jeunes diplômé·e·s a augmenté la capacité des sages-femmes à définir des problèmes, produire de nouvelles connaissances et former à de nouvelles pratiques cliniques. Cela tout en **élargissant leur compréhension des expériences** des femmes lors de l'accouchement [55]. Un exercice de consensus national a **identifié des priorités de recherche** incluant la promotion des soins centrés sur la femme, la satisfaction vis-à-vis des soins et la prise en charge du travail, permettant d'**orienter les sujets de recherche et l'allocation de financements** [56]. Les synthèses montrent que les soins dans le périmètre de la maïeutique peuvent **améliorer plus de 50 problématiques de santé** (mortalité et morbidité maternelle et néonatale, réduction des interventions inutiles, résultats



psychosociaux). Mais aussi que l'**investissement national** dans la formation, la régulation et l'environnement de travail des sages-femmes peuvent **améliorer la qualité des soins et les couvertures universelles** [57][58].

C. Conclusion

La recherche en maïeutique exerce ainsi une **double influence structurante**. Cela va être sur la formation initiale d'abord, en garantissant que les futur·e·s professionnel·le·s ne reproduisent pas mécaniquement des habitudes cliniques héritées, mais **s'approprient des savoirs actualisés, rigoureux et critiques**. Ensuite sur les pratiques cliniques, en orientant les **soins vers une médecine fondée sur les preuves**, capable de réduire les interventions inutiles, d'améliorer les issues maternelles et néonatales, et de **placer la femme au centre de sa prise en charge**.

Ces **deux dimensions sont indissociables** : une formation de qualité produit des sages-femmes capables de questionner leurs pratiques, tandis qu'une recherche clinique active nourrit en retour les contenus enseignés. C'est précisément cette **circULARITÉ vertueuse** que l'intégration universitaire de la maïeutique, devrait permettre de **consolider durablement**. Sans une véritable **culture de la recherche**, ancrée dans les établissements de formation comme dans les maternités, le risque demeure de voir la **profession progresser en statut sans progresser en substance**.

V. La recherche en maïeutique à l'international : le retard français en perspective

À l'échelle internationale, la **recherche en maïeutique** a connu un **essor considérable** depuis les années 1990, notamment dans les **pays anglophones et scandinaves**. Ces derniers ont compris très tôt que la qualité des soins périnataux reposait en grande partie sur la **capacité des sages-femmes à produire, à s'approprier et à diffuser des connaissances scientifiques rigoureuses**. L'International Confederation of Midwives considère la **recherche comme un composant essentiel de la maïeutique** depuis les années 1980, rappellent Sophie Goyet et trois de ses consœurs sages-femmes chercheuses, qui signent un article sur le sujet dans la revue britannique Midwifery [60][61].



Aux États-Unis, la recherche en maïeutique a été initiée par des sages-femmes, alors qu'elle·il·s devaient **apporter les preuves des bénéfices de leurs interventions**. Ce mouvement s'est matérialisé par la création de chaires universitaires de maïeutique, de revues scientifiques dédiées à la discipline, de centres de recherche spécialisés, et par l'intégration systématique des sages-femmes dans de grands programmes de recherche clinique et épidémiologique.

Au Royaume-Uni, la maïeutique est **intégrée à l'université depuis les années 1990** et dispose de filières doctorales reconnues, de professorats dédiés et d'une revue scientifique de référence internationale, le *Midwifery Journal*, indexée dans les grandes bases de données bibliographiques. Des institutions comme la Royal College of Midwives (RCM) ont développé des stratégies nationales explicitement orientées vers la recherche, reconnaissant le rôle des sages-femmes chercheur·euse·s comme **moteur de l'amélioration des pratiques** [62].

En Australie et en Nouvelle-Zélande, des programmes de recherche d'envergure — tels que le *Midwifery Research Program* développé notamment par la professeure Caroline Homer — ont permis de produire des données probantes sur la continuité des soins sages-femmes et d'**influencer directement les politiques de santé périnatale** [63].

En Scandinavie, et particulièrement en Suède, les sages-femmes disposent depuis plusieurs décennies d'un accès au doctorat intégré à leur cursus, et représentent une part significative des auteur·ice·s publiant dans les revues de périnatalité à comité de lecture [64].

D'autres pays, comme l'Allemagne, l'Autriche, les Pays-Bas et la Suisse se sont engagés dans la recherche en maïeutique depuis 1989, après que soit reconnu "le besoin de faire de la recherche dans le but d'asseoir la maïeutique sur des preuves"

La situation française contraste sévèrement avec ces modèles. Une analyse bibliométrique de la production scientifique en maïeutique publiée en première auteur·ice par des sages-femmes françaises révèle une **contribution encore marginale à la littérature internationale**, tant en volume qu'en termes d'impact [59]. La France ne dispose, à ce jour, d'aucun professorat universitaire en maïeutique au sens strict, d'aucune chaire de recherche dédiée. Alors **les sages-femmes françaises sont quasi absent·e·s**



des comités éditoriaux des grandes revues scientifiques internationales de périnatalité. Cette **invisibilité scientifique** a des conséquences concrètes : d'un côté, elle **réduit l'influence de la France dans les débats scientifiques** internationaux sur les pratiques obstétricales. D'un autre, elle **empêche la profession d'arguments fondés sur les preuves** pour défendre ses compétences et son autonomie, et maintient une **asymétrie de légitimité entre sages-femmes et médecins** au sein des équipes de soins.

Ce **retard est d'autant plus dommageable** que les enjeux de santé périnatale en France **appellent des réponses fondées sur des données de recherche solides**. Les enquêtes nationales périnatales successives — notamment celles de 2010, 2016 et 2021 conduites par l'INSERM et la DREES [64][65][66] — **ont mis en évidence des indicateurs préoccupants** : hausse des taux de césarienne, persistance de disparités territoriales et sociales dans l'accès aux soins périnataux, et difficultés d'attractivité pour les maternités de niveau I en zones rurales. Répondre à ces défis **nécessite une recherche disciplinaire en maïeutique forte**, capable de produire des connaissances adaptées au contexte français et **d'informer les politiques de santé publique**.

L'**intégration universitaire en cours** constitue une opportunité historique de **combler ce retard**, à condition qu'elle **s'accompagne d'investissements ciblés** : création de **postes d'enseignant·e·s-chercheur·euse·s** en maïeutique, **développement de programmes doctoraux dédiés**, financement de bourses de recherche pour les sages-femmes, et **renforcement des collaborations internationales**. Sans ces mesures, l'intégration universitaire risque de demeurer **une réforme de façade**, sans traduire la **transformation épistémologique profonde que la discipline appelle**.

VI. Conclusion

La **recherche en maïeutique** n'est pas un **luxe académique** : c'est une **nécessité clinique, professionnelle et démocratique**.

D'abord, la formation initiale en maïeutique **intègre progressivement** la recherche dans ses maquettes depuis **plusieurs décennies** [3][5][9], témoignant d'une **volonté réelle de préparer les futur·e·s professionnel·le·s à une pratique fondée sur les preuves**. Mais cette évolution **reste fragile**, freinée par des **obstacles à la fois structurels** — une intégration universitaire encore incomplète [2][9] — **et culturels**, nourris par une



méconnaissance persistante des compétences et du potentiel scientifique des sages-femmes, tant **au sein des équipes de soins que dans la société** [42][43][44].

Ensuite, lorsqu'elle est effectivement développée, la recherche en maïeutique **produit des effets mesurables et précieux** : elle **améliore la qualité de la formation** initiale en ancrant l'enseignement dans des données actualisées [45][48][51][52] et elle fait **évoluer les pratiques cliniques** en questionnant les habitudes héritées [49][50]. Mais elle permet aussi **d'orienter les politiques de santé périnatale** vers des modèles de soins **plus efficaces, plus équitables et plus centrés sur les femmes** [55][56][57][58].

Enfin, le regard international est sans appel [59][60][62][63] : là où le Royaume-Uni, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et les pays scandinaves ont fait de la recherche en maïeutique un **pilier de leurs systèmes de santé périnatale**, la France accuse un **retard considérable**, faute d'enseignant·e·s-chercheur·euse·s en nombre suffisant, de chaires universitaires dédiées et de **financements spécifiques** à la discipline.

Ce retard n'est cependant pas une fatalité. L'intégration universitaire rendue obligatoire pour 2027 [9], la création du troisième cycle [10][11] et le développement des doubles cursus et parcours de master constituent **autant d'opportunités historiques de transformer en profondeur la place de la maïeutique dans le paysage scientifique** français. Pour que ces réformes tiennent leurs promesses, elles devront **s'accompagner d'investissements ciblés et d'une ambition collective** clairement affirmée : créer des postes d'enseignant·e·s-chercheur·euse·s sages-femmes, financer des bourses de recherche, faciliter l'accès aux doubles cursus dès le premier cycle, et reconnaître le temps consacré à la recherche comme partie intégrante de l'exercice professionnel.

> L'ANESF, au nom des étudiant·e·s sages-femmes qu'elle représente, porte cette conviction : développer la recherche en maïeutique, c'est préparer une génération de professionnel·le·s capables non seulement de soigner selon les meilleures données disponibles, mais aussi de produire ces données, de les diffuser, et de faire progresser la discipline au bénéfice de l'ensemble des femmes et de la société.



Bibliographie

1. Site internet de l'ANESF. Disponible sur : <https://anesf.com/>
2. Loi Hôpital Patient Santé Territoire, 2009, Légifrance. Disponible sur : [LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires \(1\) - Légifrance](#)
3. Décret relatif à l'organisation des études de sage-femme et à l'agrément et au fonctionnement des écoles de sages-femmes, 27 septembre 1985, Légifrance. Disponible sur : [Décret n°85-1046 du 27 septembre 1985 relatif à l'organisation des études de sage-femme et à l'agrément et au fonctionnement des écoles de sages-femmes - Légifrance](#)
4. Arrêté relatif au contrôle des connaissances et des aptitudes des étudiants sages-femmes et à l'organisation des examens, 11 décembre 2001, Légifrance. Disponible sur : [Arrêté du 11 décembre 2001 relatif au contrôle des connaissances et des aptitudes des étudiants sages-femmes et à l'organisation des examens - Légifrance](#)
5. Arrêté relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques, juillet 2011, Légifrance. Disponible sur : [Arrêté du 19 juillet 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques - Légifrance](#)
6. Arrêté relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme, mars 2013, Légifrance. Disponible sur : [Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme - Légifrance](#)
7. Article D613-7, code de l'éducation, décembre 2014, légifrance. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI00002991582/2/2014-12-18>
8. Article "Nouvelle mobilisation des sages-femmes à Paris pour plus de reconnaissance et d'effectifs", Journal Le Monde, octobre 2021. Disponible sur : [Nouvelle mobilisation des sages-femmes à Paris pour plus de reconnaissance et d'effectifs](#)



9. Loi visant à faire évoluer la formation de sage-femme, janvier 2023, légifrance. Disponible sur : [LOI n° 2023-29 du 25 janvier 2023 visant à faire évoluer la formation de sage-femme \(1\) - Légifrance](#)
10. Arrêté relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de docteur en maïeutique, juillet 2024, légifrance. Disponible sur : [Arrêté du 3 juillet 2024 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de docteur en maïeutique - Légifrance](#)
11. Arrêté du 11 février modifiant l'arrêté du 3 juillet 2024 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de docteur en maïeutique, février 2026, légifrance. Disponible sur : [Arrêté du 11 février 2026 modifiant l'arrêté du 3 juillet 2024 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de docteur en maïeutique - Légifrance](#)
12. Contribution "Formation à la recherche dans le cursus de maïeutique", juillet 2024, ANESF. Disponible sur : <https://anesf.com/formation-a-la-recherche-dans-le-cursus-de-maieutique/>
13. Histoire de la profession de sage-femme, Faculté de médecine de montpellier. Disponible sur : [maïeutique sage femme - Faculté de Médecine Montpellier - Nîmes](#)
14. Chapitre 9. La résistance d'une profession, p351-388, L'école des sages-femmes, Nathalie Sage Pranchère. Disponible sur : <https://books.openedition.org/pufr/13223>
15. Loi relatif à l'organisation des études en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme, mai 1943, Légifrance. Disponible sur : [Loi du 17 mai 1943 ANT L'ORGANISATION DES ETUDES EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME DE SAGE-FEMME - Légifrance](#)
16. Arrêté du programme des études de sages-femmes, mai 1973, légifrance. Disponible sur : [Arrêté du 23 mai 1973 PROGRAMME DES ETUDES DE SAGE-FEMME - Légifrance](#)
17. Livre 1er : Professions médicales, articles L-4111-1 à L4163-11, Code de santé publique. Disponible sur : [Livre 1er : Professions médicales \(Articles L4111-1 à L4163-11\) - Légifrance](#)
18. Evolution de la profession de sage-femme, juillet 2021, Rapport IGAS. Disponible sur : [L'évolution de la profession de sage-femme](#)
19. Arrêté relatif à la première année commune aux études de santé, octobre 2009, Légifrance. Disponible sur : [Arrêté du 28 octobre](#)



[2009 relatif à la première année commune aux études de santé - Légifrance](#)

20. Loi relative à la politique de santé publique, août 2004, Légifrance. Disponible sur : [LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique \(1\) - Légifrance](#)
21. Article L451-1, janvier 2016, Code de la santé publique. Disponible sur : [Article L4151-1 - Code de la santé publique - Légifrance](#)
22. Article L451-2, décembre 2022, Code de la santé publique. Disponible sur : [Article L4151-2 - Code de la santé publique - Légifrance](#)
23. Article L451-3, août 2004, Code de la santé publique. Disponible sur : [Article L4151-3 - Code de la santé publique - Légifrance](#)
24. Article L451-4, avril 2021 Code de la santé publique. Disponible sur : [Article L4151-4 - Code de la santé publique - Légifrance](#)
25. CIRCULAIRE CIR-158/2004, décembre 2004, Améli. Disponible sur : <https://circulaires.ameli.fr/sites/default/files/directives/cir/2004/CIR-158-2004.PDF>
26. Article L453-1, janvier 2016, Code de la santé publique. Disponible sur : [Article L4153-1 - Code de la santé publique - Légifrance](#)
27. Arrêté fixant la liste des diplômes permettant l'exercice des actes d'acupuncture par les sages-femmes, novembre 2019, légifrance. Disponible sur : [Arrêté du 2 novembre 2009 fixant la liste des diplômes permettant l'exercice des actes d'acupuncture par les sages-femmes - Légifrance](#)
28. Décret relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie, mars 2007, Légifrance. Disponible sur : [Décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie - Légifrance](#)
29. Loi de modernisation de notre système de santé, janvier 2016, Légifrance. Disponible sur : [Article 127 - LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé \(1\) - Légifrance](#)
30. Loi de financement pour la sécurité sociale pour 2021, décembre 2020, Légifrance. Disponible sur : [LOI n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 \(1\) - Légifrance](#)



31. Loi relative à la bioéthique, août 2021, légifrance. Disponible sur : [LOI n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique \(1\) - Légifrance](#)
32. Arrêté fixant la liste des établissements de santé autorisés à participer à l'expérimentation portant sur l'exercice des interruptions volontaires de grossesse instrumentales en établissements de santé par des sages-femmes, octobre 2022, Légifrance. Disponible sur : [Arrêté du 27 octobre 2022 fixant la liste des établissements de santé autorisés à participer à l'expérimentation portant sur l'exercice des interruptions volontaires de grossesse instrumentales en établissements de santé par des sages-femmes - Légifrance](#)
33. Décret fixant la liste des médicaments et des dispositifs médicaux que les sages-femmes peuvent prescrire, mars 2022, légifrance. Disponible sur : [Décret n° 2022-325 du 5 mars 2022 fixant la liste des médicaments et des dispositifs médicaux que les sages-femmes peuvent prescrire - Légifrance](#)
34. Décret relatif à la participation des sages-femmes au dépistage et au traitement des infections sexuellement transmissibles, mars 2022, Légifrance. Disponible sur : [Décret n° 2022-326 du 5 mars 2022 relatif à la participation des sages-femmes au dépistage et au traitement des infections sexuellement transmissibles - Légifrance](#)
35. Décret relatif aux compétences vaccinales des sages-femmes, avril 2022, légifrance. Disponible sur : [Décret n° 2022-611 du 21 avril 2022 relatif aux compétences vaccinales des sages-femmes - Légifrance](#)
36. Arrêté modifiant l'arrêté du 1er mars 2022 fixant la liste des vaccinations que les sages-femmes sont autorisées à prescrire et à pratiquer, août 2022, légifrance. Disponible sur : [Arrêté du 12 août 2022 modifiant l'arrêté du 1er mars 2022 fixant la liste des vaccinations que les sages-femmes sont autorisées à prescrire et à pratiquer - Légifrance](#)
37. Décret relatif aux conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse hors établissements de santé, février 2022, légifrance. Disponible sur : [Décret n° 2022-212 du 19 février 2022 relatif aux conditions de](#)



[réalisation des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse hors établissements de santé - Légifrance](#)

38. Loi visant à renforcer le droit à l'avortement, mars 2022, légifrance. Disponible sur : [LOI n° 2022-295 du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement \(1\) - Légifrance](#)
39. Décret relatif à la pratique des interruptions volontaires de grossesse instrumentales par des sages-femmes en établissement de santé, décembre 2023, légifrance. Disponible sur : [Décret n° 2023-1194 du 16 décembre 2023 relatif à la pratique des interruptions volontaires de grossesse instrumentales par des sages-femmes en établissement de santé - Légifrance](#)
40. Décret modifiant les conditions d'exercice par les sages-femmes de la pratique des interruptions volontaires de grossesse instrumentales en établissement de santé, avril 2024, légifrance. Disponible sur : [Décret n° 2024-367 du 23 avril 2024 modifiant les conditions d'exercice par les sages-femmes de la pratique des interruptions volontaires de grossesse instrumentales en établissement de santé - Légifrance](#)
41. Décret portant modification du code de déontologie des sages-femmes, décembre 2025, légifrance. Disponible sur : [Décret n° 2025-1426 du 30 décembre 2025 portant modification du code de déontologie des sages-femmes - Légifrance](#)
42. Les représentations des pratiques et des compétences de la sage-femme par les médecins généralistes du Maine et Loire, Mémoire pour le diplôme d'état de sage-femme, Gervais Charlène, mai 2021, Université d'Angers. Disponible sur : [Les représentations des pratiques et des compétences de la sage-femme par les médecins généralistes du Maine et Loire](#)
43. Les sages-femmes vues par les femmes : représentation du métier de sage-femme dans la population féminine française, Mémoire pour le diplôme d'état de sage-femme, Célia Morel, juin 2018, DUMAS. Disponible sur : [représentation du métier de sage-femme dans la population féminine française: étude](#)
44. Perception de la profession de sage-femme dans la population générale : une étude descriptive, Mémoire pour le diplôme d'état



- de sage-femme, Elisa Bon, juin 2025, DUMAS. Disponible sur : [Perception de la profession de sage-femme dans la population générale: une étude descriptive](#)
45. Evidence based medicine: what it is and what it isn't, D.L. Sackett, W.M. Rosenberg, J.A. Gray, R.B. Haynes, W.S Richardson, janvier 1996, PubMed. Disponible sur : [Evidence based medicine: what it is and what it isn't - PubMed](#)
46. Organisation du système de recherche et d'innovation, site du ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Espace. Disponible sur : [Organisation du système de recherche et d'innovation](#)
47. Article R4127-304, Section 3 du code de déontologie des sages-femmes, décembre 2025, Code de la santé publique, légifrance. Disponible sur : [Section 3 : Code de déontologie des sages-femmes \(Articles R4127-301 à R4127-363\) - Légifrance](#)
48. Of sex and status: a study of the effects of gender and occupation on nurses' evaluations of nursing research, C. Hicks, novembre 1992, PubMed. Disponible sur : [Of sex and status: a study of the effects of gender and occupation on nurses' evaluations of nursing research - PubMed](#)
49. Les naissances et les établissements Situation et évolution depuis 2010. Blondel B., Coulm B., Bonnet C., Goffinet F., Le Ray C., Enquête nationale périnatale, Rapport 2016. Inserm. Disponible sur : [Enquête nationale périnatale Rapport 2016](#)
50. Elective induction of labour and maternal request: a national population-based study. Coulm B., Blondel B., Alexander S., Bouvain M., Le Ray C. PubMed. 2016. [Elective induction of labour and maternal request: a national population-based study - PubMed](#)
51. *Myles' Textbook for Midwives* (15e éd.). Fraser, D.M. & Cooper, M.A. Churchill Livingstone / Elsevier. 2009. Disponible sur : <https://www.allbookstores.com/Myles-Textbook-Midwives-Diane-Fraser/9780443068447>
52. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. Renfrew, M.J., McFadden, A., Bastos, M.H., Campbell, J., et al. PubMed, 2014. Disponible sur : [Midwifery and quality care:](#)



[findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care - PubMed](#)

53. *Global Midwifery Research Priorities: An International Survey*, Soltani H., Low L.K., Duxbury A. et al. International Journal of Childbirth, 2016, ResearchGate. Disponible sur : [Global Midwifery Research Priorities: An International Survey | Request PDF](#)
54. Les pionnières de la recherche en maïeutique, novembre 2018, journal Profession sage-femme. Disponible sur : <https://profession-sage-femme.com/les-pionnieres-de-la-recherche-en-maieutique/>
55. Research capacity building in midwifery: Case study of an Australian Graduate Midwifery Research Intern Programme. Hauck Y, Lewis L, Bayes S, Keyes L. Women and birth : journal of the Australian College of Midwives. PubMed. 2015. Disponible sur : [Case study of an Australian Graduate Midwifery Research Intern Programme - PubMed](#)
56. Identifying research priorities for midwifery in Ireland. Butler M, Meehan T, Kemple M, Drennan J, Treacy M, Johnson M. Midwifery. PubMed. 2009. Disponible sur : [Identifying research priorities for midwifery in Ireland - PubMed](#)
57. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. Renfrew M, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon A, Cheung NF, et al. PubMed. 2014. Disponible sur : [Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care - PubMed](#)
58. Improvement of maternal and newborn health through midwifery. Hoop-Bender PT, Bernis LD, Campbell J, Downe S, Fauveau V, Fogstad H, et al. PubMed. 2014. Disponible sur : [Improvement of maternal and newborn health through midwifery - PubMed](#)
59. The state of the world's midwifery, International Confederation of Midwives, 2021. Disponible sur : [State of the World's Midwifery 2021 | International Confederation of Midwives](#)
60. Role of the Midwife in Research, International Confederation of Midwives, 2014. Disponible sur : [Role of the Midwife in Research | International Confederation of Midwives](#)



61. Strategies for Implementing Research Inspired Teaching in Higher Education for Midwifery and Nursing: A Qualitative Study Introducing the 4M Model, Elina Leiviska, Sally Pezaro, et Rosie Kneafsey, 2020, Sage Journals . Disponible sur : <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/23333936251369833>
62. Research excellence : Transforming midwifery in the Asia-Pacific region, 2023, NHMRC. Disponible sur : [Research excellence: Transforming midwifery in the Asia-Pacific region | NHMRC](#)
63. Theories and Perspectives for Midwifery, Ingela Lundgren, Ellen Blix, Helga Gottfreðsdóttir, Anita Wikberg, 2025, Perlego. Disponible sur : [\[PDF\] Theories and Perspectives for Midwifery by Ingela Lundgren | 9789144196640](#)
64. Enquête nationale périnatale, 2010, Inserm. Disponible sur : [les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003](#)
65. Enquête nationale périnatale, 2016, DREES. Disponible sur : [L'enquête nationale périnatale 2016 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques](#)
66. Enquête nationale périnatale, 2021, Santé publique France. Disponible sur : [Enquête nationale périnatale 2021 | Santé publique France](#)