

Contribution

Attractivité de la formation et de la profession de sage-femme

Mai 2022

SOMMAIRE

I.	Introduction	3
II.	Attractivité de la formation	4
A.	Le statut des ESF	6
B.	Accueil en stage des ESF	8
III.	Attractivité de la profession	10
A.	Généralités	10
B.	Exercice hospitalier	11
1.	État des lieux du secteur	11
2.	Les positions des organisations sages-femmes pour répondre à cette situation	12
a.	Évolution des pratiques	12
b.	Assurer une stabilité de l'emploi et sortir de la FPH	13
c.	Revoir les effectifs dans les centres hospitaliers	14
C.	Exercice libéral	16
1.	État des lieux du secteur	16
2.	Faciliter l'exercice libéral	17
a.	Élargissement du champ des compétences	17
b.	Encourager et accompagner l'installation dans le secteur libéral	17
3.	Développer d'autres modes d'exercice	18
D.	Exercice territorial	19
1.	État des lieux du secteur	19
2.	Améliorer les connaissances et la gouvernance de ce mode d'exercice	20
IV.	Conclusion	21
V.	Bibliographie	22

GLOSSAIRE

- ARS** : Agence Régionale de Santé
- CDD** : Contrat à Durée Déterminée
- CDI** : Contrat à Durée Indéterminée
- CH** : Centre Hospitalier
- CNOSF** : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes
- CPAM** : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- CPEF** : Centre de Planification et d'Education Familiale
- CROUS** : Centre Régional des Oeuvres Universitaires et Scolaires
- DFASMa** : Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Maïeutiques
- DFGSMa** : Diplôme de Formation Générale en Sciences Maïeutiques
- DPC** : Développement Professionnel Continu
- ESF** : Etudiant·e·s Sages-Femmes
- FPH** : Fonction Publique Hospitalière
- HAS** : Haute Autorité de Santé
- IGAS** : Inspection Générale des Affaires Sociales
- IGESR** : Inspection Générale de l'Education, du Sport et de la Recherche
- IST** : Infections Sexuellement Transmissibles
- IVG** : Interruption Volontaire de Grossesse
- LAS** : Licence Accès Santé
- ONSSF** : Organisation Nationale Syndicale des Sages-Femmes
- PASS** : Parcours Accès Spécifique Santé
- PH** : Praticien Hospitalier
- PMI** : Protection Maternelle et Infantile
- ROSP** : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
- SSU** : Service de Santé Universitaire
- SUAPS** : Service Universitaire des Activités Physiques et Sportives
- UFR** : Unité de Formation et de Recherche
- VSS** : Violences Sexistes et Sexuelles

I. Introduction

La profession de sage-femme traverse actuellement une période de crise sans précédent.

Au premier janvier 2021, on comptait 23 397 sages-femmes en activité en France, un chiffre en augmentation d'en moyenne 3% par an depuis 2012. Cependant, la situation actuelle des hôpitaux ne cesse de se dégrader. En vingt ans, le nombre de maternités a chuté en passant de 800 en 1996, à 500 en 2016 soit une chute de 40%, responsable de l'apparition de "déserts obstétricaux". En effet, ce sont 167 000 françaises en âge de procréer qui habitent aujourd'hui dans un "désert obstétrical", c'est-à-dire qu'il n'y a ni sage-femme, ni maternité à moins de 45 minutes de leur domicile⁽¹⁾.

Et si les sages-femmes manquent sur le territoire, c'est également le cas au sein des établissements hospitaliers qui, depuis quelques années, ont vu leurs effectifs diminuer. Une enquête en cours de l'ONSSF estime qu'actuellement, environ 780 postes de sages-femmes sont vacants en France, et que près d'1 maternité sur 5 présente plus de 10 postes à pourvoir (nous attendons les résultats définitifs).

Cette situation, en plus de mettre en danger la sécurité des patientes, témoigne d'un réel manque d'attractivité de la profession de sage-femme. Malgré que l'on observe une migration de nombreux·ses sages-femmes hospitalier·e·s vers l'exercice libéral (représentant 23% des sages-femmes en activité en 2021)⁽²⁾, nombre de régions restent sous-dotées, tant en sages-femmes libéraux·les qu'hospitalier·e·s, ce qui limite la qualité de la prise en charge des patientes sur le territoire français.

De plus, nous avons mené une enquête auprès des étudiant·e·s sages-femmes en 4ème année et en 5ème année pour connaître leurs projets professionnels. Il en est ressorti que seulement 53,91% pensaient à exercer uniquement à l'hôpital et la raison principale est le manque d'effectif qui entraîne une mauvaise prise en charge des patientes⁽³⁰⁾.

Il nous paraît alors important de réaliser un état des lieux sur la profession actuelle de sage-femme, en partant de la formation initiale et en abordant les différents modes d'exercice qui sont de plus en plus diversifiés. L'objectif de cette contribution étant de proposer, point par point, des pistes d'améliorations et revendications portées par l'ensemble des organisations professionnelles et associations de sages-femmes pour améliorer l'attractivité de cette profession.

II. Attractivité de la formation

Aujourd'hui, les études de sages-femmes sont particulièrement éprouvantes. En effet, 7 étudiant·e·s sages-femmes sur 10 déclarent présenter des symptômes dépressifs,

et 8 sur 10 se sentent plus stressé·e·s depuis leur entrée en formation (contre 59% dans la population générale étudiante)⁽²⁾. Or, les étudiant·e·s sont les futur·e·s professionnel·le·s de santé, il paraît donc essentiel d'**améliorer leurs conditions d'études**. Voici une suite de propositions de l'ANESF qui contribueraient à optimiser les études de sage-femme.

Les raisons du stress évoquées par les étudiant·e·s sont les suivantes :

- > Stages (31%)
- > Examens (29%)
- > Quantité de travail (23%)
- > Relations avec l'équipe pédagogique (11%)
- > Enseignements (6%)

L'ANESF souhaite, depuis plusieurs années, l'**instauration d'une 6ème année d'étude** de sage-femme⁽³⁾. Cela permettrait de mieux répartir les cours et les stages sur le cursus de formation, de découvrir de nouveaux terrains de stage adaptés aux projets professionnels... De plus, les arrêtés cadrant notre formation datent de 2011 et 2013, et ne prennent pas en compte les compétences des sages-femmes qui ont énormément évolué depuis : possibilité de prescrire les contraceptifs (2016), de dépister et traiter les IST, création de maisons de naissance (2021), pratique des IVG médicamenteuses (2016) et chirurgicales (2022)... Ces nouveaux enseignements s'ajoutent à un programme déjà très chargé. La mise en place d'un troisième cycle d'étude, associée à une refonte de la maquette de formation, permettront aux étudiant·e·s d'avoir une formation adaptée à leurs futures compétences, et plus harmonisée sur le territoire. Le Ministère des Solidarités et de la Santé a annoncé la création de la 6ème année d'étude de sage-femme pour les étudiant·e·s entrant en DFGSMa2 à la rentrée universitaire 2022-2023. Un rapport sur les modalités de mise en place de cette 6ème année est en cours de rédaction par l'IGAS et l'IGESR.

L'accès aux études de sage-femme se fait par un PASS ou une LAS ; les enseignements de santé sont organisés dans les UFR de médecine ou de santé en général. Le cursus en médecine, pharmacie ou odontologie se poursuit aussi au sein de l'université. Afin de réaffirmer le caractère médical de notre filière et la légitimité de sa place au sein des universités et favoriser le travail en interprofessionnalité avec les autres professions médicales, il semble nécessaire que **toutes les structures de formation de maïeutique intègrent l'université**⁽⁴⁾. Cela faciliterait également l'accès à la recherche dans des unités de recherche universitaires, l'innovation pédagogique, la mobilité étudiante, ainsi que l'accès aux services universitaires (BU, SUAPS, SSU, restaurant universitaire...). Cette position est également soutenue par le rapport de l'IGAS sur la profession de sage-femme, publié en 2021⁽⁵⁾.

Par ailleurs, la baisse de l'attractivité de la formation s'est manifestée plus concrètement à la rentrée 2021 à l'issue des admissions dans la filière maïeutique, laissant 67 places non pourvues sur l'ensemble du territoire.

A. Le statut des ESF

Les étudiant·e·s sages-femmes réalisent beaucoup de stages durant leur formation : en moyenne,

- > 12 semaines en DFGSMa2 ;
- > 23 semaines et 6 jours en DFGSMa3 ;
- > 24 semaines et 1 jour en DFASMa1 ;
- > 28 semaines et 1 jour en DFASMa2.

Ces stages sont réalisés dans différentes structures : cabinet de sage-femme libérale, services de maternité niveau 1 à niveau 3, unités de soins néonataux, PMI, CPEF... et engendrent des déplacements pour les ESF d'en moyenne **4 599,75 km** par an⁽⁶⁾ :

- > 3 087,83 km pour les ESF du 1er cycle
- > 5 528,32 km pour les ESF du 2nd cycle

Or les étudiant·e·s du 1er cycle ne bénéficient d'aucun système de prise en charge de leurs frais de transport liés aux stages. C'est pourquoi **l'ANESF se positionne pour une indemnisation kilométrique à frais réels pour les ESF du 1er cycle.** (cf tableau)⁽⁷⁾

Les étudiant·e·s du 2nd cycle sont soumis·es au statut d'étudiant hospitalier, qui leur permet de percevoir une indemnité de transport de 130€ bruts par mois, lorsque le stage a lieu à plus de 15 km du CH de rattachement, et du domicile de l'étudiant·e. Au vu des distances parcourues par les ESF pour se rendre en stage, **l'ANESF se positionne également pour des indemnités kilométriques à frais réels pour les ESF du 2nd cycle.** (cf tableau)⁽⁷⁾

Tableau des modalités de prise en charge des frais de transport : (basé sur l'Arrêté du 3 juillet 2006 fixant les taux d'indemnités kilométriques prévues à l'article 10 du décret n°2006-781 du 3 juillet 2006 ⁽⁸⁾ fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements temporaires des personnels de l'Etat)

- > Le trajet pris en charge est le trajet le plus court entre le domicile ou la structure de formation et le lieu de stage ;
- > L'étudiant·e peut utiliser les transports en commun, sous réserve de justifier les dépenses effectuées ;
- > Si l'étudiant·e utilise un abonnement de transport, le remboursement est assuré au prorata de la durée du stage ;
- > Le trajet peut être effectué avec un véhicule automobile, une motocyclette, un vélomoteur, une voiturette ou un cyclomoteur.

Dans le cadre de l'utilisation d'un véhicule personnel, l'indemnisation est réalisée selon ces critères pour les déplacements en France métropolitaine, La Réunion, en Martinique et en Guadeloupe :

Puissance fiscale du véhicule	Jusqu'à 2 000 km	2 001 km à 10 000 km	Plus de 10 000 km
5 CV et moins	0,29 €	0,36 €	0,21 €
6 et 7 CV	0,37 €	0,46 €	0,27 €
8 CV et plus	0,41 €	0,50 €	0,29 €

Le statut d'étudiant hospitalier, dont bénéficient également les étudiant·e·s en médecine et en odontologie, permet également aux étudiant·e·s de bénéficier d'une rémunération :

- > 3120€ bruts annuels en DFASMa1
- > 3840€ bruts annuels en DFASMa2

Or, en 2020, la gratification d'un·e étudiant·e en stage ne peut être, selon le code de l'éducation⁽⁹⁾, inférieure à 15% du plafond horaire de la sécurité sociale, soit 3,90 € nets de l'heure. Les rémunérations perçues par les ESF et fixées par le statut d'étudiant hospitalier sont ainsi, à l'heure actuelle, bien inférieures à ces taux. Dans l'enquête bien-être de l'ANESF⁽²⁾, **un tiers des étudiant·e·s sages-femmes considèrent justement leur situation financière comme "mauvaise" à "très mauvaise"**. En effet, le statut d'étudiant hospitalier impose aux ESF du 2nd cycle, de passer au moins la moitié de leur temps de formation en stage, s'ajoutant à la partie théorique de nos études, que l'on sait déjà très conséquente. Cette situation permet difficilement aux étudiant·e·s sages-femmes, de cumuler un travail étudiant, en plus de leurs études, les positionnant dans une situation de précarité préoccupante pour leur qualité de vie et d'étude.

De plus, les études de maïeutique étant sous la gouvernance des régions, les étudiant·e·s en maïeutique dépendent des Bourses des Formations Sanitaires et Sociales (BFSS), ce qui ne permet pas aux étudiant·e·s de bénéficier de l'ensemble du panel d'aides sociales proposées par le CROUS.

Les étudiant·e·s sages-femmes se positionnent en faveur de la **revalorisation des rémunérations versées** dans le cadre du statut d'étudiant hospitalier en maïeutique. Ces dernières doivent être supérieures à 3,90€ nets de l'heure, soit le montant minimum de rémunération d'un·e étudiant·e lors d'un stage, fixé par le code de la Sécurité Sociale⁽¹⁰⁾.

B. Accueil en stage des ESF

Nous avons pu remarquer que le bien-être des étudiant·e·s sages-femmes était préoccupant. Or, au vu du temps qu'ils·elles passent en stage, il semble évident que le **bien-être en stage a une influence sur le bien-être global** et la qualité de vie des ESF. Les conditions d'encadrement en stage se dégradent actuellement, dû au manque de professionnel·le·s dans les services hospitaliers. D'après l'enquête sur l'attractivité hospitalière de l'ANESF ⁽³⁰⁾ :

“ Prises en charges inadéquates avec les besoins de la femme, du couple, et de leur enfant. Encadrement bâclé des étudiantes par manque de temps, gardes à rallonge car impossibilité de partir plus tôt au vu de la charge de travail ce qui réduit les temps de repos entre les gardes, fatigue l'équipe, la liste est longue”

C'est pourquoi il faut inclure des notions de pédagogie dans la formation des sages-femmes, afin que, au vu des conditions de travail actuelles, l'encadrement d'un·e étudiant·e soit mieux vécue par la·e sage-femme ainsi que par les ESF. Malgré la pression exercée sur les professionnel·le·s de santé, les conditions seront donc plus favorables à un encadrement bienveillant.

De plus, l'enquête bien-être de l'ANESF révèle que **15%** d'étudiant·e·s sages-femmes ont subi des **traitements inégaux ou discriminatoires** au cours de leurs études, et que les sages-femmes clinicien·ne·s représentent 50% des auteur·e·s. Aussi, **61% des étudiant·e·s sages-femmes ont déclaré avoir subi de la maltraitance en stage**⁽²⁾. Il faut donc, dès à présent, **former les personnes qui encadrent les étudiant·e·s sages-femmes**, et leur donner accès à un statut particulier pour valoriser leur travail et permettre aux étudiant·e·s d'identifier cette personne comme référent·e. Le statut de maître de stage universitaire doit être accordé le plus rapidement possible aux sages-femmes libérales pour permettre un meilleur accompagnement, et à terme augmenter le nombre de stages dans ce secteur⁽¹¹⁾.

Également, comme dit plus haut, les étudiant·e·s sages-femmes parcourent de nombreux kilomètres pour se rendre en stage. Cela détériore la qualité de l'apprentissage, puisque l'étudiant·e se fatigue sur la route qu'il·elle a à parcourir. Cette fatigue accumulée devient alors un réel danger puisque nous savons que 17 heures de veille active équivalent à 0,5g/l d'alcoolémie, et le risque d'accident est 8 fois plus important lorsque l'on est somnolent·e.

D'après le dernier recensement de l'ANESF, **moins d'1 terrain de stage hospitalier sur 10 propose un logement** ou une chambre de garde, pour permettre aux étudiant·e·s sages-femmes de limiter leurs déplacements.

La **charte d'accueil des étudiants en santé dans tous les territoires** ⁽¹²⁾, signée par de nombreux·ses acteur·rice·s concerné·e·s par le système de soins (fédérations

représentatives des étudiant·e·s en santé, FHF, RDF, AMF, Conférence des Présidents de CME de CH...), reprend ces différentes thématiques, en 5 axes de propositions :

- > Information et intégration des étudiant·e·s à propos des territoires ;
- > Formation des encadrants, accès à une connexion internet pour poursuivre l'enseignement lors du stage ;
- > Hébergement territorial en santé ;
- > Implication des étudiant·e·s dans le territoire ;
- > Évaluation des engagements pris.

La mise à disposition d'un logement pour les étudiant·e·s peut également leur permettre de découvrir le territoire, de s'y intégrer, et pourra faciliter le recrutement au sein de ces territoires délocalisés.

Enfin, **l'élargissement de l'accès au Contrat d'Engagement de Service Public aux étudiant·e·s sages-femmes**⁽¹³⁾ permettrait de diminuer la précarité dans laquelle se trouvent les ESF, et d'inciter les étudiant·e·s à aller travailler dans les zones sous-dotées (en hospitalier, comme en libéral). A l'heure où 167 000 françaises en âge de procréer vivent dans un désert obstétrical⁽¹⁾, il semble urgent d'agir afin de redonner aux futur·e·s et jeunes professionnel·le·s de santé, l'envie d'aller s'installer dans les territoires. Cette initiative commence à voir le jour sous d'autres formes, notamment en Île-de-France avec le Contrat d'Allocation d'Étude proposé par l'ARS. Ce genre de dispositif ne doit pas voir le jour de manière isolée : il faut réinvestir dans les territoires afin d'éviter que la situation ne s'empire, tout en évitant les mesures coercitives pour les étudiant·e·s en santé.

Résumé des positions :

L'ANESF se positionne pour :

- > L'établissement d'une sixième année d'étude dans la formation initiale en sciences maïeutiques.
- > La réforme et l'harmonisation de la maquette de formation.
- > L'intégration universitaire des établissements de formation en maïeutique, au même titre que toutes les autres formations médicales.
- > L'indemnisation kilométrique à frais réels des étudiant·e·s sages-femmes de 1er cycle et pour l'indemnisation kilométrique à frais réels des étudiant·e·s hospitalier·ère·s, et donc des étudiant·e·s sages-femmes de 2ème cycle.
- > La revalorisation des rémunérations versées dans le cadre du statut d'étudiant hospitalier en maïeutique. Ces dernières doivent être supérieures à 3€90 nets de l'heure, soit le montant minimum de rémunération d'un·e étudiant·e lors d'un stage, fixé par le code de la Sécurité Sociale.
- > Un transfert de gestion des bourses régionales vers le CROUS.
- > La création de maîtres de stage c'est-à-dire un·e sage-femme tuteur·rice au sein des services accueillant des ESF.

- > L'accès à des logements pour les ESF lorsqu'ils·elles réalisent des stages en dehors de leur CH de référence.
- > La mise en place du Contrat d'Engagement de Service Public pour les ESF, dès l'entrée en cursus de maïeutique.

III. Attractivité de la profession

A. Généralités

L'attractivité de la profession varie en fonction du **mode d'exercice**. Chaque forme d'exercice a ses spécificités et occupe une réflexion particulière. C'est pourquoi nous reprenons les problématiques et propositions caractéristiques de chacune.

Il est important de développer la présence des sages-femmes dans les postes de direction au sein de toutes les structures d'exercice, ainsi que dans les instances de gouvernance (ARS, CPAM et régions), afin de **valoriser l'expertise des sages-femmes** (14).

Un facteur majeur de l'attractivité de la profession est la reconnaissance de nos compétences et notre statut de profession médicale. Aujourd'hui, le rôle et les compétences des sages-femmes ne sont pas identifiés de façon pertinente par les femmes, et de manière générale par la population. Pourtant, il existe trois professions reconnues comme médicales en France : médecin, chirurgien-dentiste, et sage-femme. Les compétences de ces dernier·e·s restent très méconnues, et ce métier présente une faible reconnaissance. Il n'existe pas aujourd'hui de document de référence à jour répertoriant les compétences de la profession (qui ont beaucoup évolué ces dernières années), ce qui empêche une bonne lisibilité des aptitudes des sages-femmes. **La connaissance de ces compétences permettrait de renforcer la reconnaissance et l'autonomie de la sage-femme**(10).

Nous pouvons ensuite évoquer **l'exercice mixte**. Ces dernières années, le nombre de sages-femmes quittant le secteur hospitalier augmente, pour développer leur activité en libéral. Les raisons évoquées sont nombreuses :

- > Plus d'autonomie,
- > Meilleure gestion du temps passé avec les femmes,
- > Meilleure conciliation de la vie personnelle et professionnelle,...

La pratique d'un exercice mixte(16) pourrait permettre aux sages-femmes d'occuper, à temps partiel, un poste de titulaire au sein d'un hôpital ou établissement public, tout en ayant à côté une activité libérale. Cette solution offrirait aux sages-femmes une pratique plus diversifiée et polyvalente, ainsi qu'un partage plus homogène des contraintes inhérentes à chaque type d'exercice.

Enfin, de manière générale, il semble primordial d'avoir une revalorisation salariale de la profession au vu de leurs nombreuses compétences et responsabilités ¹⁶).

B. Exercice hospitalier

1. État des lieux du secteur

Pour cette partie sur l'attractivité de l'exercice hospitalier, nous allons commencer par réaliser un état des lieux sur la situation actuelle des sages-femmes travaillant à l'hôpital, pour apporter des propositions de solutions, portées par les organisations professionnelles et associations de sages-femmes.

Les conditions de travail pour les sages-femmes hospitalier·e·s se sont particulièrement dégradées ces dernières années, et sont le reflet direct du manque de considération que peut subir cette profession.

La place des sages-femmes dans le système hospitalier est peu claire et souvent apparentée à une profession paramédicale alors qu'il s'agit d'une **profession médicale**. La mauvaise identification des compétences des sages-femmes par les patient·e·s et professionnel·le·s est liée à l'ambiguïté du statut dans lequel ils·elles sont employé·e·s : dans la Nomenclature des Activités Française, l'activité des sages-femmes est dans la même catégorie que les infirmier·e·s diplômé·e·s d'Etat (86.90D), donc dans les professions paramédicales, reconnues BAC+3. En conséquence, les grilles salariales ont des montants bien inférieurs aux autres professions médicales, et les sages-femmes de la fonction publique hospitalière dépendent de la direction des ressources humaines et non de la direction des affaires médicales. Ce changement de catégorisation fait partie des articles de la proposition de loi de la députée Annie Chapelier visant à faire évoluer la formation de sage-femme.

Par ailleurs, on estime à 48 ans le temps du parcours d'un·e sage-femme hospitalier·e pour passer du premier échelon à l'échelon maximum. En comparaison, les praticien·ne·s hospitalier·ière·s, ce temps de parcours est estimé à 25 ans. On constate alors un réel manque d'attractivité pour les carrières hospitalières, les rémunérations n'étant pas en accord avec le niveau de compétences des sages-femmes, d'autant que les conditions d'exercice se dégradent au fil des années.

L'ONSSF estime dans une enquête qu'en France, près de 780 postes de sages-femmes seraient vacants dans les maternités, et que près d'1 maternité sur 5 aurait plus de 10 postes à pourvoir. Cette situation met les équipes sous tension, ce qui impacte directement les patientes et leurs prises en charge.. Nous nous retrouvons alors dans un cercle vicieux où les sages-femmes ne peuvent plus exercer convenablement par manque de temps.

Ces tensions, présentes actuellement dans les maternités, se font ressentir également chez les étudiant·e·s sages-femmes qui ne se projettent plus dans ces carrières hospitalières. Une enquête de la MNH parue en 2021⁽¹⁷⁾ fait un constat alarmant sur les craintes des

étudiant·e·s en santé par rapport à leur avenir professionnel : **59% craignent le surmenage et 35% la perte de sens dans leur travail**, des peurs qui sont cohérentes au vu du contexte exposé plus tôt. Ces résultats s'ancrent également dans un contexte de crise sanitaire pendant lequel 70% des étudiant·e·s en santé déclarent ne pas être confiant·e·s sur l'avenir du système de santé.

2. Les positions des organisations sages-femmes pour répondre à cette situation

Face à ces problématiques, les revendications sont nombreuses et plusieurs solutions sont envisagées par les organisations professionnelles et associations de sages-femmes.

Les sages-femmes sont spécialistes du suivi gynécologique et obstétrical physiologique. Cependant, comme nous venons de le voir, les conditions d'exercice dans le milieu hospitalier rendent leur travail plus difficile, aux dépens de la prise en charge des patientes. Les demandes concernant l'accompagnement d'accouchements moins médicalisés et plus physiologiques sont pourtant en grande augmentation dans les services, mais les moyens pour répondre à ce besoin sont peu développés.

Le rapport de l'IGAS paru en 2021⁽⁵⁾ sur l'évolution de la profession de sage-femme propose différentes pistes d'améliorations. Premièrement, le développement d'**espaces physiologiques** au sein des maternité : secteurs créés et gérés par les sages-femmes au sein des hôpitaux, pour proposer une prise en charge personnalisée, en accord avec les projets de naissance physiologiques des couples.

Ce rapport propose également la création de **comités naissance**. Ce comité pourrait être co-dirigé par le·la sage-femme coordinateur·rice avec le·la chef·fe de service de Gynécologie-Obstétrique. La création d'un tel comité permettrait d'améliorer le travail en interprofessionnalité, et de travailler collectivement sur les politiques de naissances au sein des maternités.

a. Évolution des pratiques

La profession de sage-femme a énormément évolué ces dernières années et s'est largement diversifiée. De l'évolution de leur pratique ont alors émergées de nouvelles demandes. De nombreux·ses sages-femmes se tournent vers l'exercice libéral, et tendent à se spécialiser, notamment en orthogénie, en échographie...

Concernant l'orthogénie, les sages-femmes qui pouvaient déjà pratiquer des IVG médicamenteuses ont vu se rajouter à leur champ de compétences la **réalisation des IVG instrumentales**. Cette nouvelle compétence a été obtenue lors de l'adoption de la proposition de loi d'Albane GAILLOT "renforcement du droit à l'avortement" en mars

2022⁽¹⁸⁾. Il semble donc important de permettre aux sages-femmes d'accéder à des formations pour pouvoir développer leurs compétences dans ce domaine et encore une fois diversifier leurs pratiques.

L'accès au **développement professionnel continu** concerne également les autres spécialisations auxquelles peuvent prétendre les sages-femmes : échographie, gynécologie, différents Diplômes Universitaires et Interuniversitaires. Néanmoins, l'accès à ces formations est souvent mis à mal lorsque les sages-femmes ont une activité hospitalière. Celles-ci n'ont que 20 heures par an pour le DPC, ce qui revient, en moyenne, à un accès à ces formations tous les 19 ans⁽¹⁰⁾. Une des positions portées par les organisations professionnelles de sages-femmes est donc l'accès à la formation continue identique à celui des autres professions médicales (un congé de 15 jours rémunérés alloués à une activité de formation).

Enfin, l'accès à la **recherche** et la **bi-appartenance** sont indispensables. La recherche tend à être un parcours de plus en plus convoité par les étudiant·e·s en maïeutique, les sujets de recherche autour de la santé des femmes et de la grossesse physiologique étant vastes et relativement peu investis.

De plus, la formation de sage-femme devenant progressivement universitaire, il est nécessaire que les sages-femmes enseignant·e·s chercheur·se·s puissent conserver une activité clinique en parallèle de leurs activités d'enseignement et de recherche, au vu de l'apport que représente l'expérience quotidienne du terrain. La bi-appartenance encourage la recherche et ouvre de nouvelles perspectives professionnelles aux sages-femmes sans qu'ils·elles ne limitent leurs activités⁽¹⁰⁾.

b. Assurer une stabilité de l'emploi et sortir de la FPH

Comme évoqué plus tôt, améliorer l'attractivité de cette pratique hospitalière ne pourra pas se faire sans améliorer les conditions de travail dans les établissements publics et privés.

Premièrement, il est nécessaire de **diminuer l'instabilité d'emploi** dans lequel se retrouvent les sages-femmes. En effet, le nombre de contractuel·le·s dans cette profession est, comme le rappelle le rapport de l'IGAS⁽⁵⁾, de 20%. Une part plus importante que dans l'ensemble de la FPH. Ces professionnel·le·s se retrouvent donc longtemps sans titularisation et enchaînent les contrats, ce qui ne leur assure pas une réelle stabilité professionnelle et ralentit leur évolution dans les grilles salariales de la FPH.

De plus, une révision de ces grilles paraît également nécessaire à une grande partie des sages-femmes qui ne bénéficient pas des mêmes grilles indiciaires que l'ensemble des autres professions médicales. Une enquête réalisée par le CNOSF révèle que 95% des sages-femmes souhaitent une **revalorisation de leurs rémunérations**, ce qui permettrait un meilleur respect des compétence médicales de ces dernier·ère·s. En 2021, les sages-femmes ont déjà vu leurs rémunérations augmenter mais au travers de primes

et non par une valorisation suffisante des grilles salariales. Et même si nous évoquons beaucoup les sages-femmes exerçant dans les établissements publics, les sages-femmes exerçant dans le privé représentent une partie non négligeable de l'ensemble des praticien·ne·s. Aligner leurs revalorisations statutaires et salariales sur celles du public en respectant leurs compétences et leur autonomie semble donc essentiel.

Deuxièmement, cette revalorisation doit également passer par l'évolution du statut de la profession de sage-femme vers le **statut de praticien hospitalier**⁽¹⁵⁾. La profession de sage-femme est la seule profession médicale n'ayant pas accès à ce statut étant gérée par la direction des ressources humaines et non par la direction des affaires médicales. Ce statut permettrait d'accéder à beaucoup de revendications évoquées plus tôt :

- > Accéder à 15 jours de DPC par an ;
- > Cumuler différents types d'exercice ;
- > Revoir la grille salariale ;
- > Faciliter l'accès et la pratique de la recherche et de l'enseignement ;
- > Mieux reconnaître les compétences et la profession de sage-femme.

De plus, le concours de recrutement des PH étant national, il permet une évaluation uniforme des PH issus de différentes universités, ce qui n'est pas le cas actuellement pour les établissements de formation des sages-femmes. **La profession de sage-femme est une profession médicale : nous devons être employé·e·s à l'hôpital en tant que professionnels médicaux.**

c. Revoir les effectifs dans les centres hospitaliers

Le manque d'effectif généralisé sur le territoire français est un enjeu actuel au sein des maternités. Comme vu dans l'introduction, l'enquête de l'ONSSF estime que 780 postes de sages-femmes sont vacants en France et que près d'1 maternité sur 5 a plus de 10 postes à pourvoir. Cette situation met à mal l'ensemble des équipes au sein des maternités tout autant que la sécurité des patientes de ces établissements.

Les organisations de sages-femmes sont unanimes⁽¹⁴⁾, il faut renforcer les effectifs de sages-femmes dans les maternités et garantir au maximum la prise en charge "une femme - une sage-femme" en révisant **les décrets de périnatalité**. Ils n'ont, en effet, pas été revus depuis 1998⁽¹⁹⁾, et ne correspondent plus aux besoins actuels des établissements de santé. Il apparaît alors urgent de mettre à jour ces décrets avec comme priorité une augmentation des effectifs de sages-femmes dans les services hospitaliers.

Les bénéfices de cette mesure seraient nombreux ⁽²⁰⁾ :

- > **Mieux accompagner les couples** : avec des effectifs suffisants, les sages-femmes pourraient se rapprocher de l'objectif "une femme-une sage-femme" et apporter

une prise en charge plus globale, en accord avec la demande des patientes et des recommandations de la HAS sur l'accompagnement de la grossesse et de l'accouchement ;

- > **Faciliter la pratique des nouvelles compétences** : les compétences supplémentaires qu'ont obtenues les sages-femmes nécessitent du temps, et doivent rentrer en compte dans le calcul des effectifs ;
- > **Assurer leur obligation de qualité** : la situation actuelle de sous-effectif entrave la sécurité des patientes, des nouveau-nés et des professionnel·le·s, et empêche de leur apporter des soins appropriés.

Tous ces points favoriseraient donc l'attractivité de la pratique hospitalière, tant pour les sages-femmes déjà en activité que pour les étudiant·e·s sages-femmes qui se projetteraient plus facilement dans ce mode d'exercice.

Résumé des positions :

L'ANESF se positionne pour

- > Remplacement des sages-femmes au coeur de la prise en charge physiologique du suivi de la femme, par la création d'**espaces physiologiques** au sein des maternités et par la création de "**comité naissance**".
- > Accès à l'**exercice mixte** qui pourrait permettre aux sages-femmes d'occuper, à temps partiel, un poste de titulaire au sein d'un hôpital ou établissement public tout en ayant à côté une activité en libéral.
- > Accès à une **formation continue** sous forme d'un congé de 15 jours rémunérés.
- > Possibilité de **bi-appartenance** qui permettrait aux sages-femmes de cumuler leur activité de recherche avec leur pratique clinique.
- > Facilitation de la titularisation au sein des établissements hospitaliers pour assurer une sécurité de l'emploi à l'ensemble de ces professionnel·le·s.
- > **Revalorisation générale des rémunérations** des sages-femmes ainsi que de l'alignement des compétences et grilles salariales des sages-femmes des établissements privés sur celles de la fonction hospitalière publique.
- > Mise en place d'un **statut de praticien hospitalier** pour les sages-femmes à l'instar des autres professions médicales.
- > Révision des **décrets de périnatalité** et une augmentation générale des effectifs des sages-femmes sur l'ensemble du territoire Français.

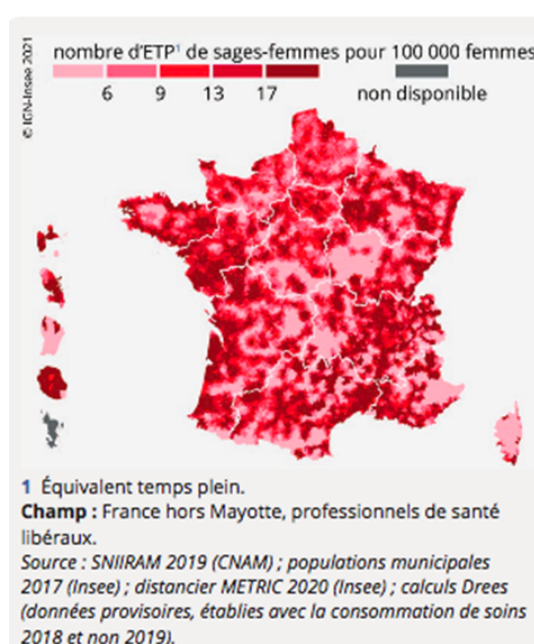
C. Exercice libéral

1. État des lieux du secteur

L'exercice libéral attire de plus en plus les sages-femmes et le nombre de professionnel·le·s libéraux·les ne fait qu'augmenter⁽²²⁾. Cet attrait commence dès l'obtention du diplôme, ainsi la proportion de professionnel·le·s libéraux·les ne cesse d'augmenter depuis 2019⁽¹⁾. Ce type d'exercice suscite plus d'intérêt dans la profession pour plusieurs raisons : ⁽⁵⁾

- > L'exercice libéral apporte une réponse à des **aspirations professionnelles et personnelles** souvent liées au **rejet** des conditions d'exercice au sein des maternités.
- > Les sages-femmes hospitalier·e·s parlent de **rythme de travail** difficile à supporter, d'un sentiment de **faible considération** et du poids très fort de la **hiérarchie** médicale au sein des services.
- > La possibilité d'exercer l'**ensemble de leurs missions**, qui est devenue très difficile et souvent source de frustrations dues à la limitation de leur mode d'exercice.

Mais l'augmentation de la proportion de sages-femmes libéraux·les ne suffit pas, et il existe une **grande hétérogénéité** sur le territoire, avec notamment, des difficultés d'accès aux soins au sein des territoires ruraux⁽²¹⁾. Ce manque de professionnel·le·s peut ainsi compliquer et décourager les femmes au suivi gynécologique, à la contraception, à l'interruption volontaire de grossesse, au suivi de grossesse...



2. Faciliter l'exercice libéral

a. Élargissement du champ des compétences

Une des motivations des sages-femmes libéraux·les est d'exercer l'ensemble des missions de la profession, favorisant ainsi un suivi global des femmes pour mieux les accompagner. Les sages-femmes libéraux·les ont également un rôle majeur de **prévention** sur de nombreux sujets, concernant la santé des femmes, et des couples : contraception, sexualité, dépistage et le traitement des IST, et d'autres sujets qui concernent la santé publique, en général. Pour répondre à ces objectifs, il faut informer et mettre en avant les compétences des sages-femmes, pour les rendre accessibles à l'ensemble de la population.

Également, la notion de « **sage-femme référente** » existe aujourd'hui pour le suivi de grossesse, mais il·elle·s pourraient également être un premier recours dans le cadre du suivi gynécologique. Être le·la praticien·ne de premier recours permet aux sages-femmes d'exercer et d'assurer dans leur champ de compétences, le suivi médical des patientes tout au long de leur vie. Ils·Elles sont en capacité d'être autonomes pour le suivi d'une femme en bonne santé. Ce statut permet aussi de créer un lien de confiance mutuel avec les patientes ⁽²²⁾. Aujourd'hui, les sages-femmes en France s'inscrivent dans une dynamique qui tend vers l'accompagnement global. La définition d'une "sage-femme référente" comme le **pivot** d'une **prise en charge** globale, personnalisée et coordonnée, notamment entre la ville et l'hôpital, pourrait ainsi faciliter leur exercice ⁽¹³⁾.

b. Encourager et accompagner l'installation dans le secteur libéral

Il existe différentes façons d'exercer en libéral (remplacement, collaboration, cabinet seul·e...). Une d'entre elles se développe de plus en plus et devient particulièrement attirante pour les professionnel·le·s de santé : les **maisons de santé**.

Le pacte territoire santé⁽²³⁾ comprend le développement des maisons de santé pluriprofessionnelles où la place des sages-femmes est **reconnue**, en coordination étroite avec le·a médecin traitant·e, comme acteur·rice principal·e dans l'accompagnement de la femme dans sa vie sexuelle et affective⁽⁵⁾. Ces structures permettent d'avoir des dossiers partagés, de se réunir entre professionnel·le·s régulièrement, de partager les frais quotidiens, logistiques et administratifs. Cet environnement est donc **propice** et **rassurant** pour **s'installer**, particulièrement pour les jeunes sages-femmes. Encourager le développement de ces maisons de santé permettrait ainsi de motiver les sages-femmes libéraux·les à s'installer sur le territoire.

De plus, pour inciter l'exercice libéral des sages-femmes, il semble indispensable de leur donner des moyens similaires aux autres professions médicales. Il est nécessaire

de les soutenir financièrement, leur laissant des possibilités équivalentes aux autres professions médicales, par exemple en **facilitant la mobilité** dans leur exercice. Les visites à domicile font partie intégrante de la prise en charge des femmes enceintes et sont complémentaires avec les pratiques hospitalières : monitoring lors des surveillances de grossesse à risque, visite en post-partum (particulièrement lors de sorties précoces),... Mais ces visites, pourtant nécessaires, prennent un temps non négligeable et impliquent des frais kilométriques, les rendant peu attractives. Les **indemnités** (ex : indemnités kilométriques, forfait informatique) des sages-femmes en exercice libéral doivent donc être alignées sur le reste des professions médicales. Il semble aussi nécessaire de leur ouvrir l'accès aux **rémunérations complémentaires** (ROSP) tout comme les autres professions médicales ⁽¹³⁾.

3. Développer d'autres modes d'exercice

Les différents modes d'exercice de la profession en libéral restent encore limités. Hormis les modes d'exercices répandus comme les consultations en cabinet ou les visites à domicile, il en existe d'autres plus méconnus ⁽⁵⁾ :

- > **Plateaux techniques** : réalisation d'accouchements par des sages-femmes libéraux·les au sein des établissements hospitaliers, via des conventions entre ces établissements et les sages-femmes. C'est une pratique qui permet l'exercice autonome des sages-femmes tout en proposant un suivi global.
- > **Maisons de naissances** : il s'agit de structures attenantes à un établissement hospitalier, où des femmes avec une grossesse à bas risque obstétrical peuvent accoucher. Elles sont tenues par des sages-femmes, qui y exercent en toute autonomie conformément à leurs compétences légales.
- > **Accouchement Accompagné à Domicile** : L'Accouchement Accompagné à Domicile (AAD) est un accouchement accompagné par une sage-femme dans un lieu de vie hors d'un établissement de santé, possible pour les femmes ayant un pronostic obstétrical favorable⁽²⁴⁾.

Des associations de patient·e·s et de professionnel·le·s de santé revendiquent et défendent une naissance plus **respectueuse** du souhait des couples et plus **physiologique**. Ces 3 alternatives aux pratiques courantes permettent de répondre à une partie de ces demandes⁽²⁵⁾. Elles sont pourtant moins développées et peu encouragées : par exemple, seules 12 maisons de naissances seront ouvertes en France d'ici la fin 2022, elles ne sont donc que très peu accessibles pour les femmes et les couples. Pour pallier à ces difficultés, il est important d'assurer un **financement** adapté et **pérenne** des maisons de naissance, et de l'accouchement accompagné à domicile par une sage-femme libérale.

Résumé des positions :

L'ANESF se positionne pour :

- > Définir le **statut de sage-femme référente** afin de permettre aux sages-femmes d'être le·a praticien·ne de premier recours lors du suivi gynécologique des femmes ;
- > Encourager le **développement maisons de santé pluri-professionnelles** où la place des sages-femmes est reconnue, en coordination étroite avec les autres professionnel·le·s de santé ;
- > **Aligner les indemnités sur le reste des professions médicales** et leur ouvrir l'accès aux rémunérations complémentaires (ROSP) ;
- > Assurer un **financement adapté et pérenne des maisons de naissance** et de l'accouchement en milieu hospitalier ou à domicile accompagné par un·e sage-femme libéral·e ;
- > Organiser l'offre d'**accouchement à domicile accompagné par les sages-femmes** et leur permettre de souscrire une assurance professionnelle, afin de développer, reconnaître et sécuriser cette pratique.

D. Exercice territorial

1. État des lieux du secteur

L'exercice territorial est peu connu. et relève de la filière médico-sociale. Il concerne les sages-femmes qui exercent au sein des PMI. Les politiques départementales fixent les lignes de conduite de ces sages-femmes, ce qui engendre une grande variabilité territoriale dans l'exercice de la profession.

De façon générale, les sages-femmes de PMI font partie d'équipes pluridisciplinaires et participent à la **politique de santé globale** grâce à la continuité et la coordination des actions périnatales ⁽²⁶⁾.

En 2021, les sages-femmes de PMI représentent moins de 3 % des effectifs de la profession, soit environ 1100 professionnel·le·s⁽²⁷⁾. Comme les sages-femmes hospitalier·e·s et libéraux·ales, les sages-femmes de PMI souffrent du manque de reconnaissance de la profession. De plus, les sages-femmes territoriaux·ales⁽²⁸⁾ font partie de la fonction publique tout comme les sages-femmes hospitalier·e·s, ce qui amène à de nombreuses injonctions paradoxales, et met à mal leur identité professionnelle autant que leur reconnaissance.

D'autant plus que le 25 février 2022, le décret portant attribution d'une prime d'exercice médical aux sages-femmes de la FPH⁽²⁸⁾ n'a pas été parallèlement appliquée

aux sages-femmes de la fonction publique territoriale, créant un **sentiment d'oubli et de non-considération** de ceux·celles-ci. Encore une fois, cela prouve le manque de reconnaissance de ce mode d'exercice. Les sages-femmes territoriaux·ales ont finalement acquis cette revalorisation le 28 avril 2022 ⁽²⁹⁾.

2. Améliorer les connaissances et la gouvernance de ce mode d'exercice

Le mode d'exercice territorial est peu connu des autorités publiques (collectivités, ARS,..), des étudiant·e·s sages-femmes et du grand public.

Le champ d'exercice des sages-femmes territoriaux·les est large et a une grande dimension psychosociale de la prise en charge (repérage des vulnérabilités, des violences mais aussi de la prévention)⁽¹⁶⁾. Il serait donc important de favoriser la coordination territoriale par, notamment, la **création de référent·e en charge des violences sexistes et sexuelles (VSS) au sein des ARS et la mise en place d'un annuaire de coordonnées mutualisées de personnes et structures ressources** (professionnel·le·s de santé, police, justice, associations) ⁽¹⁴⁾. Il a été également préconisé d'**intégrer systématiquement les sages-femmes dans toutes les actions de prévention**⁽⁵⁾, qui sont à renforcer autant sur les territoires qu'à l'échelle nationale, et de les investir dans des actions régulières d'information auprès des publics jeunes et des publics fragiles.

L'ouverture de plus de stages en PMI et sur de plus longues durées, permettrait aux étudiant·e·s sages-femmes de mieux connaître ce mode d'exercice et de pouvoir se projeter dans celui-ci. Il est important de le promouvoir et d'avoir au sein du cursus des cours qui le présentent. Très peu d'étudiant·e·s (5,9% des étudiant·e·s en deuxième cycle⁽³⁰⁾) se projettent en tant que sage-femme PMI alors que ceux·celles-ci ont un rôle central au sein des départements pour la prise en charge des femmes et des nouveaux-nés en situation de vulnérabilité. Ils·Elles ont aussi un grand rôle de prévention qui est au cœur du métier de sages-femmes et qui est peu abordé dans le cursus. A noter, comme pour les autres modes d'exercice, qu'il faut travailler sur le statut de **maître de stage** de ces sages-femmes pour encadrer de la meilleure façon possible les étudiant·e·s.

Il semble également primordial de pouvoir effectuer des **campagnes de sensibilisation à destination du grand public** pour que chacun·e connaissent les actions et les compétences de ces sages-femmes.

Actuellement, les sages-femmes territoriaux·ales sont nécessairement sous la hiérarchie d'une autre profession (un·e médecin, un·e infirmier·e, personnel d'administration ou autre). Pour rester dans un cadre déontologique, pour reconnaître et respecter leur identité professionnelle, leur autonomie et leur indépendance, **l'activité**

des sages-femmes doit être coordonnée par une sage-femme, qui en premier, ou dernier lieu, doit être adjointe au chef de service de la PMI, le médecin (13).

Résumé des positions :

L'ANESF se positionne pour :

- > La **création de référent·e VSS** au sein des ARS et la mise en place d'un annuaire de coordonnées mutualisées de personnes et structures ressources (professionnel·le·s de santé, police, justice, associations).
- > **Intégration systématiquement des sages-femmes dans toutes les actions de prévention** qui sont à renforcer au sein des territoires comme au plan national, et les investir dans des actions régulières d'information auprès des publics jeunes et des publics fragiles.
- > **L'ouverture de places en stage** au sein des PMI pour les étudiant·e·s sages-femmes.
- > **La promotion de ce mode d'exercice** durant les études de sages-femmes.
- > La possibilité de la coordination de l'activité des sages-femmes **par une sage-femme**, qui en premier, ou dernier lieu, doit être adjointe au chef de service de la PMI, le médecin.

IV. Conclusion

Malgré une situation de crise sans précédent, il existe de nombreuses solutions pour que le métier de sage-femme retrouve une attractivité optimale afin de prendre en charge au mieux les femmes, les enfants et les familles.

La place des sages-femmes n'est plus à prouver dans le système de santé. Il faut, dès-à-présent, donner les moyens à la profession d'exercer dignement dans tout le panel de ses compétences, pour répondre aux différentes problématiques de santé publique.

Laura FAUCHER

Emie JOURDAIN

Roxanne LANDAIS

Loona MOURENAS

Membres du Bureau National de l'ANESF 2021-2022

V. Bibliographie

- 1) Enquête - Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes : l'accessibilité s'améliore malgré des inégalités - DREES - 24 janvier 2019
Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-etresultats/infirmiers-masseurs-kinestherapeutes-et-sages-femmes>
- 2) Enquête bien-être étudiant - ANESF - 2018
Disponible sur : <http://anesf.com/index.php/2022/01/12/enquete-bien-etre-etudiant-de-lanesf-2018/>
- 3) Contribution mise en place du 3ème cycle - ANESF - 2022
Disponible sur demande.
- 4) Contribution Intégration Universitaire - ANESF - 2019
Disponible sur demande.
- 5) Rapport IGAS juillet 2021
Disponible sur : <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2021-020r.pdf>
- 6) Enquête sur les frais de logement et de transport lors des stages délocalisés - ANESF - 2022
Disponible sur : <http://anesf.com/index.php/2022/01/18/enquete-sur-les-frais-de-logement-et-de-transport-lors-des-stages-delocalises/>
- 7) Contribution indemnisation des ESF - ANESF - 2022
Disponible sur : <http://anesf.com/index.php/2022/03/05/contribution-indemnisation-des-etudiant-e-s/>
- 8) Arrêté du 3 juillet 2006 fixant les taux d'indemnités kilométriques prévues à l'article 10 du décret n°2006-781 du 3 juillet 2006
Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000792695/>
- 9) Article L124-6 du Code de l'éducation - Légifrance- 2014
Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000029234400/
- 10) Contribution Ségur - ANESF - 2020
Disponible sur : <http://anesf.com/index.php/segur-de-la-sante/>
- 11) Contribution Maître de Stage Universitaire - ANESF - 2021
Disponible sur : <http://anesf.com/index.php/2021/06/16/contribution-maitre-de-stage-universitaire/>
- 12) Charte Accueil des Etudiants en santé dans tous les territoires - 2019
Disponible sur : <https://www.fhf.fr/Presse-Communication/Espace-presse/Communiqués-de-presse/Charte-d-accueil-des-etudiants-en-santé-dans-tous-les-territoires#:~:text=La%20charte%20d'%C2%AB%20Accueil%20des,la%20qualit%C3%A9%20p%C3%A9dagogique%20des%20stages.>

- 13) Contribution CESP - ANESF - 2022
Disponible sur : <http://anesf.com/wp-content/uploads/2018/08/CESP.pdf>
- 14) 10 propositions pour la santé des femmes - ANESF, CNOF, ONSSF, CNSF - 2022
Disponible sur : <https://fr.calameo.com/read/005126917a6cbe62dc570?fbclid=IwAR3iaH0v-UBNlwjCtB2liVgI7hPlxNjlfGg3UEd3h5y00YpRCjQwCUnQak>
- 15) Contribution statut PH - ANESF - 2021
Disponible sur : <http://anesf.com/index.php/2021/05/13/statut-praticienne-hospitaliere/>
- 16) 2020 : 20 PROPOSITIONS POUR LA SANTE DES FEMMES - CNOF - 2020
Disponible sur : <https://ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2020/07/Dossier-de-presse-Contribution-Ségur.pdf>
- 17) OBSERVATOIRE MNH 2021 - MNH et IFOP - 2021
Disponible sur : <https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2021/12/117704-Presentation-Observatoire-version-reduite.pdf>
- 18) Loi n°2022-295 du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement - Légifrance - 2022
Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000042413245/>
- 19) Décrets n°98-900 du 9 Octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique
Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000756322/>
- 20) Contribution révision des décrets de périnatalité - ANESF - 2021
Disponible sur : <http://anesf.com/index.php/2022/02/20/contribution-revision-des-decrets-de-perinatalite/>
- 21) Accessibilité aux professionnels de santé - INSEE - 2021
Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/5039903?sommaire=5040030#figure1_radio4
- 22) Contribution Sage-Femme référente - ANESF - 2021
Disponible sur : <http://anesf.com/index.php/2021/05/13/contribution-sage-femme-praticien-de-1er-recours/>
- 23) Un pacte pour lutter contre les déserts médicaux - Ministère des Solidarités et de la Santé - 2021
Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/pts/article/un-pacte-pour-lutter-contre-les-deserts-medicaux#>
- 24) Contribution Accouchement Accompagné à Domicile - ANESF - 2021
Disponible sur : <http://anesf.com/index.php/2022/02/20/contribution-accouchement-accompagne-a-domicile/>
- 25) Contribution Maison de Naissance - ANESF - 2021

Disponible sur : <http://anesf.com/index.php/2021/05/13/contribution-maisons-de-naissances/>

26) Mémoire - IGAS 2021 - ANSFT - 2021

Disponible sur : <https://unssf.org/wp/wp-content/uploads/2022/01/ANSFT-memoire-IGAS-2021.pdf>

27) Démographie des professionnel·le·s de santé - DRESS - 2021

Disponible sur : <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>

28) Décret N°2022_260 du 25 février 2022 portant attribution d'une prime d'exercice médical reconnaissant la spécificité du métier de sage-femme dans la fonction publique hospitalière - Légifrance - 2022

Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045245378>

29) Décret n° 2022-741 du 28 avril 2022 relatif au versement d'une prime de revalorisation à certains personnels relevant de la fonction publique de l'Etat - Légifrance - 2022

Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT00004569684>

30) Enquête - Enquête attractivité hospitalière - ANESF - 2022

Disponible sur demande.