

Modalités de création d'une sixième année de formation en sciences maïeutiques

Rapport

Stéphanie FILLION

Sabine FOURCADE

**Membres de l'inspection générale des affaires
sociales**



INSPECTION GÉNÉRALE
DES AFFAIRES SOCIALES

N°2022-014R

Amaury FLÉGES

Paula LA MARNE

Hélène MOULIN-RODARIE

**Membres de l'inspection générale de
l'éducation, du sport et de la recherche**



N°2022-146

Juillet 2022

SYNTHÈSE

[1] Lors de la signature du protocole d'accord du 22 novembre 2021 « *Améliorer l'attractivité et les organisations de travail de la profession de sage-femme* », conclu entre les ministres chargés de la santé et de la fonction publique, une majorité d'organisations syndicales représentatives de la fonction publique hospitalière (FPH) et la Fédération hospitalière de France (FHF), le gouvernement s'est engagé à créer une sixième année de formation en maïeutique et a acté le principe d'une mission IGAS-IGÉSR pour en définir les modalités de mise en place.

[2] La formation initiale de sage-femme est actuellement organisée en deux cycles : le premier, d'une durée de trois ans, permet l'accès au grade de licence (année PASS/L.AS suivie de deux années en école) ; le second, de deux ans, aboutit au diplôme d'État de sage-femme et confère le grade de master.

[3] La création d'une sixième année de formation en maïeutique ne saurait se concevoir comme le simple ajout d'une année supplémentaire, sans réflexion sur une refonte plus globale. Il s'agit de rendre l'ensemble du cursus plus efficace, plus attractif et davantage professionnalisant, afin de permettre aux futures professionnelles de maîtriser les compétences attendues d'elles à l'issue de leur formation.

[4] Les missions des sages-femmes ont été progressivement élargies depuis 2009. Elles couvrent désormais le suivi de prévention et de contraception des femmes tout au long de leur vie, tant en ville qu'à l'hôpital. De plus, le suivi des femmes avant et après leur accouchement s'est, durant la même période, ouvert sur une prise en charge en ville.

[5] Cette double évolution a conduit au développement rapide du secteur libéral, dans un contexte de crise globale d'attractivité de l'exercice hospitalier. Malgré une hausse continue du nombre de sages-femmes en exercice (+ 20 % de 2012 à 2021, et + 27 % prévus à l'horizon 2050 par rapport à 2021), les hôpitaux sont confrontés à une pénurie de sages-femmes et la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement – leur cœur de métier historique – est soumise à de fortes tensions.

[6] L'augmentation du nombre de sages-femmes a été en effet entièrement absorbée par le secteur libéral. Cette tendance devrait se poursuivre d'ici 2050 selon les projections de la DREES – date à laquelle ce dernier devrait employer 46 % des sages-femmes en activité, contre 33 % actuellement, et seulement 20 % en 2012.

[7] Cette évolution répond toutefois à un besoin de santé publique : l'évolution démographique des médecins généralistes et des spécialistes de la santé de la femme et du nourrisson (gynécologues médicaux, gynécologues-obstétriciens, pédiatres) rend indispensable la participation des sages-femmes à l'offre de soins de premier recours, notamment dans les territoires les plus en déficit.

[8] La formation en maïeutique doit en conséquence être adaptée à la diversité accrue des missions et des modes d'exercice des sages-femmes.

[9] Les étudiantes et enseignantes¹ rencontrées par la mission ainsi que les directrices des structures de formation interrogées *via* l'envoi d'un questionnaire témoignent en outre d'un mal-être

¹ Compte-tenu de la démographie de la profession, féminine à 97%, le féminin est utilisé préférentiellement au masculin, les termes « étudiante », « sage-femme » ou « enseignante » désignant les hommes comme les femmes.

principalement lié au rythme jugé trop soutenu de leur formation initiale. Celui-ci fait peser un risque sur l'attractivité même de la formation, qui peut se mesurer par le ratio d'entrée en deuxième année : à la rentrée 2020, 8 % des places en filière maïeutique après PASS/L.AS n'étaient pas pourvues. L'évolution de ce ratio, dans le contexte d'une réforme récente de l'accès aux formations de santé, doit faire l'objet d'une attention particulière.

[10] La formation actuelle des sages-femmes se heurte à d'autres difficultés, liées au positionnement hybride de ces dernières. Bien qu'appartenant à une profession médicale à compétences définies et réglementées, leur formation est souvent gérée comme celle des personnels paramédicaux : financement de la formation par les régions, intégration universitaire inachevée, accès limité à la recherche.

[11] **Compte tenu de ce diagnostic, la mission recommande que l'architecture globale du futur cursus de formation initiale en maïeutique réponde aux principes suivants :**

- **Les enseignements théoriques devront mieux prendre en compte la diversité des compétences des sages-femmes et mieux équilibrer la physiologie et la pathologie**

[12] Les enseignements théoriques et cliniques représentent un volume d'heures très important, entre 4 000 et 5 000 heures pour les quatre années du cursus, souvent supérieur au nombre d'heures exigées pour valider chaque semestre, et réparti de façon variable d'une structure de formation à une autre. Globalement, la formation scientifique et médicale générale est très développée, au détriment de l'obstétrique (sous-représentée en deuxième année), de la néonatalogie et surtout de la gynécologie.

[13] En outre, l'apprentissage des connaissances médicales propres à la maïeutique fait une très large place à l'étude de la pathologie, au détriment du suivi physiologique de la femme en bonne santé et de l'accouchement à bas risque. La connaissance des pathologies devrait être davantage centrée sur la sémiologie, le repérage et le diagnostic, et moins approfondie sur la thérapeutique.

[14] La mission recommande en conséquence d'alléger les enseignements sur les savoirs médicaux généraux et les pathologies ; de cibler davantage ceux d'obstétrique sur le suivi de la femme en bonne santé (de la conception à l'accouchement, l'entretien postnatal et l'accompagnement des femmes qui le souhaitent à l'allaitement) ; de renforcer les enseignements en gynécologie, tant en orthogénie qu'en prévention (notamment de l'endométriose et des infections sexuellement transmissibles) ; de développer les enseignements de pédiatrie jusqu'à la fin du premier mois de vie ; de former enfin les futures sages-femmes au repérage et au suivi des situations de précarité, de dépression ou encore d'exposition aux violences des femmes les plus vulnérables.

- **Les stages doivent occuper une place plus importante dans les études de maïeutique afin de renforcer la dimension clinique et opérationnelle de la formation**

[15] Le rythme et le volume des stages sont aujourd'hui variables selon les structures de formation : le nombre de semaines qui leur sont dédiées sur l'ensemble du cursus varie de 63 à 92, dont plus de la moitié au cours du deuxième cycle, très majoritairement en milieu hospitalier.

[16] La mission considère qu'il convient de développer et de diversifier les terrains de stage. Elle recommande que soit défini un nombre minimum de semaines de stages à effectuer dans chaque mode d'exercice (maternités de différents niveaux, exercice libéral, exercice territorial, notamment en service de protection maternelle et infantile).

- **La sixième année doit être structurée en année de troisième cycle court**

[17] A l’instar des autres formations médicales en six ans (odontologie et pharmacie), la mission recommande que cette sixième année forme un troisième cycle court. Il sera consacré essentiellement à la maîtrise de la pratique clinique avec la réalisation d’un stage en autonomie progressive au moins égal à six mois, et à la poursuite d’un travail de recherche, concrétisé par la soutenance d’une thèse d’exercice et sanctionné par l’obtention du titre de docteur en sciences médicales.

[18] A ce stade de la formation, il n’apparaît plus pertinent de prévoir des enseignements théoriques. L’organisation de séminaires pluridisciplinaires et de retours d’expérience permettra en revanche de développer une approche réflexive des pratiques et les échanges entre futurs professionnels.

- **La construction du nouveau cursus doit reposer sur une approche par compétences et l’évaluation doit prendre davantage en compte la maîtrise clinique**

[19] La création de la sixième année est l’occasion de développer un modèle pédagogique fondé sur une approche par programme et par compétences. Sur la base de lignes directrices, les équipes pédagogiques pourront construire les maquettes et les programmes de façon collégiale, en définissant les objectifs de formation à partir des référentiels métier et compétences de la profession, en cours d’actualisation.

[20] Concernant l’évaluation des étudiantes, la mission préconise de limiter les approches fondées sur le contrôle des connaissances, au profit d’une évaluation en continu des compétences cliniques.

[21] **La réussite de l’allongement des études à six ans nécessite que soient réunies plusieurs conditions :**

- **Achever l’intégration universitaire de l’ensemble des écoles avant la mise en œuvre de la réforme**

[22] Le processus de convergence entre les formations universitaires et les formations de santé conduisant à des diplômes d’Etat mis en œuvre au cours des années 2000 demeure inachevé : si le diplôme de sage-femme est délivré depuis 2011 par l’université, seules 14 structures de formation sur 35 sont actuellement intégrées en tant que département ou école interne de maïeutique dans une université – les autres conservant le statut d’écoles hospitalières.

[23] Au-delà des craintes que peuvent nourrir certains acteurs locaux, les freins sont le plus souvent financiers, liés à l’évaluation des charges lors du transfert du financement régional de l’hôpital vers l’université, ainsi qu’aux incertitudes pesant sur la position statutaire et la rémunération des sages-femmes enseignantes.

[24] La création d’un troisième cycle rend encore plus nécessaires l’intégration universitaire et l’accès à la recherche. Aussi, la mission préconise-t-elle d’achever l’intégration universitaire dans un délai de deux ans, avant l’entrée en vigueur de la réforme.

- **Prévoir le financement du surcoût supporté par l’assurance-maladie et les régions**

[25] La création de la sixième année, comportant essentiellement des stages, devrait engendrer un surcoût marginal en matière de locaux et d’équipements. Outre les charges d’enseignement, supportées par les régions, les surcoûts concerneront essentiellement la rémunération et les indemnités des étudiantes, ainsi que l’encadrement des stages, supportés par l’assurance-maladie.

[26] Au total, la mission chiffre à 14,3 M€ le coût de la réforme, dont 12 M€ à la charge de l'assurance-maladie et 2,3 M€ à la charge des régions.

[27] Les relations financières avec les régions se sont parfois tendues au sujet de l'évolution des capacités d'accueil. La mission préconise à cet égard la mise en place d'un dialogue institutionnel structuré entre les agences régionales de santé (ARS), les régions et les universités, à l'instar du dialogue entre les ARS et les universités pour les professions médicales et du dialogue entre les ARS et les régions pour les professions paramédicales.

- **Améliorer les conditions d'études et de travail des étudiantes, des encadrantes et des enseignantes**

[28] Les étudiantes en maïeutique, qui effectueront un troisième cycle court, conserveront le statut d'étudiant hospitalier, à l'instar des étudiants en odontologie et en pharmacie. Leur rémunération doit être alignée sur celle de ces derniers (4 680 € bruts par an). Leur situation financière étant souvent précaire, la mission considère qu'il convient également d'améliorer les dispositifs d'accompagnement financier, en développant des contrats de participation au financement des études contre un engagement de service public, et de mieux prendre en compte les frais supportés lors des stages.

[29] Compte tenu du nombre important de stages effectués hors de leur hôpital de rattachement, la mission recommande que les frais de transport des étudiantes soient indemnisés dès le début du cursus. Elle recommande également d'étendre aux étudiantes de deuxième et troisième cycles l'indemnité forfaitaire d'hébergement accessible aux étudiants en médecine qui effectuent un stage en zone sous-dense.

[30] Les stages représentent plus de 50 % de la formation des sages-femmes mais leur encadrement n'est aujourd'hui pas entièrement satisfaisant : en secteur hospitalier, la mission de « tuteur » ou de « référent » de stage n'est pas toujours clairement définie et ne fait pas l'objet d'une formation spécifique, dans un contexte de fortes contraintes d'effectifs qui ne permettent pas aux encadrantes de dégager le temps nécessaire à l'accompagnement et la supervision des stagiaires. Aussi la mission recommande-t-elle une professionnalisation des encadrantes, accompagnée d'une valorisation de cette mission.

[31] Dans le secteur libéral, l'encadrement des stages n'est pas reconnu alors que les futures professionnelles sont de plus en plus nombreuses à se destiner à ce mode d'exercice. La mission préconise ainsi d'étendre aux sages-femmes libérales le statut de maître de stage universitaire (MSU) dont bénéficient les médecins généralistes.

[32] Concernant les enseignantes, qui appartiennent historiquement à la fonction publique hospitalière, leur accès à un parcours universitaire de recherche doit être facilité, pour faire de la maïeutique une véritable discipline académique. L'accès à des postes d'enseignants-chercheurs avec la création en 2019 d'une section du CNU, étape importante, a fait émerger des profils de qualité. Pour autant, les sages-femmes n'ont pas accès au statut bi-appartenant, propre au domaine de la santé, qui garantit le lien entre enseignement/recherche et pratique clinique. Les sages-femmes enseignantes-chercheuses, à la différence des sages-femmes enseignantes hospitalières, ne peuvent pratiquer que sous réserve d'obtenir une autorisation de cumul, ce qui entraîne pour elles une perte de revenu et ne permet pas l'adossement de l'enseignement à une activité clinique.

[33] Aussi, la mission recommande la création à court terme d'un statut « d'enseignant-chercheur clinicien en maïeutique », qui pourra évoluer vers la bi-appartenance dès lors qu'un vivier suffisant de sages-femmes docteurs d'État aura été constitué.

- **Articuler les missions des sages-femmes avec celles des médecins, pour un meilleur accès aux soins**

[34] L'évolution des missions des sages-femmes peut créer des chevauchements avec celles des médecins, ce qui rend peu lisible les parcours de soin et fait courir des risques de tensions entre les différents acteurs. Les compétences des sages-femmes sont circonscrites à la prise en charge et à l'accompagnement de patients (femmes et nouveaux nés) en bonne santé, avec un devoir d'alerte sur les pathologies. Mais les médecins, qui suivent également des femmes et des enfants en bonne santé, estiment que la distinction entre physiologie et pathologie n'est pas toujours claire. Dans un contexte de démographie médicale en baisse, l'articulation des compétences entre les différents professionnels de santé constitue pourtant un enjeu essentiel.

[35] Aussi, la mission estime qu'une concertation entre l'ensemble des professionnels concernés est aujourd'hui nécessaire, sous l'égide de la Haute Autorité de Santé (HAS). Celle-ci devra porter également sur les modalités de coopération et sur la prise en charge coordonnée des patients.

- **Anticiper toutes les étapes de la mise en œuvre de la réforme**

[36] La décision de créer une sixième année de formation en maïeutique peut être prise rapidement et s'appliquer aux étudiants démarrant leurs études de santé en PASS ou L.AS à la rentrée 2022 ou, de préférence, à la rentrée 2023. Leur entrée en sixième année n'interviendra qu'en 2027 ou 2028, mais les évolutions du cursus concerneront toutes leurs années de formation, à partir de la deuxième année, donc dès la rentrée 2024 ou 2025.

[37] La création du statut de MSU pour les sages-femmes libérales et la mise en place du troisième cycle court impliquent des dispositions législatives.

[38] Il importe en conséquence qu'un pilotage de l'ensemble de la réforme soit mis en place dans les meilleurs délais, afin de gérer chacune des étapes de son déploiement et d'anticiper l'année blanche.

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
Thème 1 : structuration de la formation				
1	Alléger les enseignements médicaux généraux du premier cycle pour les recentrer sur les compétences spécifiques aux sciences maïeutiques.	1	MSP/MESR Arrêté interministériel relatif au régime des études	Septembre 2023
2	Rééquilibrer les enseignements théoriques portant sur l'obstétrique et la pédiatrie avec ceux portant sur la gynécologie et les nouvelles compétences des sages-femmes.	1	MSP/MESR Arrêté interministériel relatif au régime des études	Septembre 2023
3	Développer les enseignements théoriques de physiologie et veiller à leur alternance avec les enseignements de pathologie sur l'ensemble du parcours de formation.	2	Équipes de direction des structures de formation	Avril 2024
4	Définir un minimum obligatoire de stages à réaliser tout au long du cursus pour chaque mode d'exercice (maternités de différents niveaux, exercice libéral, exercice territorial).	1	MSP/MESR Arrêté interministériel relatif au régime des études	Septembre 2023
5	Systématiser un stage en autonomie progressive au cours de la sixième année, sur une durée d'au moins six mois, réalisé de manière fractionnée ou non en fonction du projet de l'étudiant et de l'offre de stages disponible sur le territoire.	1	Équipes de direction des structures de formation	Décembre 2027
6	Mettre en place un troisième cycle court en sciences maïeutiques, conférant le titre de docteur en maïeutique après soutenance d'une thèse d'exercice, et validé éventuellement par un DES court de sciences maïeutiques générales.	1	Loi (modification de l'article L.6153-1 du CSP)	Juillet 2023
7	Faire évoluer l'évaluation des étudiantes vers davantage d'évaluation formative pendant les périodes d'apprentissage clinique, afin de développer la maîtrise des compétences et non seulement privilégier le contrôle de l'acquisition des connaissances.	2	Équipes de direction des structures de formation	Avril 2024
Thème 2 : conditions d'études				
9	Attribuer aux étudiantes de sixième année d'études maïeutiques une rémunération équivalente à celles des autres étudiants hospitaliers effectuant un troisième cycle court.	1	MSP (DGOS)	Décembre 2023

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
10	Indemniser, dès le début du cursus, les étudiantes en stage de leurs frais de déplacement et enjoindre les CHU d'assurer le versement de ces indemnités dans des délais rapides.	1	MSP (DGOS)	Décembre 2023
11	Étendre aux étudiantes de deuxième et troisième cycle l'indemnité forfaitaire d'hébergement accessible aux étudiants en médecine effectuant un stage en zone sous-dense.	2	MSP (DGOS)	Décembre 2023
12	Élargir aux étudiantes en maïeutique l'accès au contrat d'engagement de service public (CESP) et soutenir au niveau national le développement de contrats de pré-recrutement spécifiques aux sages-femmes.	2	MSP (DGOS)	Décembre 2023
Thème 3 : conditions d'enseignement et d'encadrement des stages				
13	Professionnaliser et valoriser la fonction d'encadrement des stages hospitaliers en maïeutique, impliquant la création d'un statut de référent.	2	MESR/MSP	Décembre 2023
14	Créer un statut de maître de stage universitaire (MSU) pour les sages-femmes libérales, sur le modèle de ce qui existe aujourd'hui pour les médecins de ville.	1	MESR/MSP	Décembre 2023
15	Créer à court terme un statut d'enseignant-chercheur clinicien en maïeutique en attendant que les conditions soient réunies pour évoluer vers un statut bi-appartenant.	1	MESR/MSP	Décembre 2023
16	Mieux tenir compte des carrières spécifiques des sages-femmes docteurs recrutées comme maître de conférence et professeur en modifiant les règles de classement dans le corps des enseignants-chercheurs.	2	MESR Décret en conseil d'Etat	Décembre 2023
Thème 4 : organisation institutionnelle				
18	Organiser une mutualisation territoriale de l'offre de stages disponible, avec une procédure d'affectation des étudiantes commune entre les écoles et départements universitaires relevant de la même région administrative.	2	Écoles et départements de formation	Avril 2024
8	Finaliser l'intégration universitaire des écoles de sages-femmes dans un délai de deux ans, en renforçant le portage politique par les deux ministères.	1	MSP/MESR	Janvier 2023
17	Organiser un dialogue institutionnel structuré entre les ARS, les régions et les universités sur les besoins de formation en maïeutique et le nombre de places.	1	MSP (SGMAS)	Janvier 2023
19	Confier à la Haute autorité de santé la préparation et la conduite d'une conférence de consensus avec les professionnels médicaux devant aboutir à la clarification	2	MSP	Janvier 2023

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
	de leurs missions respectives et des modalités de la prise en charge coordonnée des patients			
20	Anticiper les risques de pénurie de sages-femmes induits par l'absence de nouveaux diplômés l'année de création de la sixième année (année blanche), notamment en suivant de manière précise les effectifs d'étudiantes et en adaptant le <i>numerus apertus</i> en conséquence.	1	MSP/MESR	Janvier 2023

SOMMAIRE

SYNTHESE	3
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	9
RAPPORT	15
1 UNE SIXIEME ANNEE DE FORMATION EN MAÏEUTIQUE : POUR QUOI FAIRE ?	17
1.1 GARANTIR UNE PRISE EN CHARGE ADAPTEE DE LA SANTE DES FEMMES EST UN ENJEU DE SANTE PUBLIQUE MAJEUR	17
1.1.1 <i>Le suivi physiologique de la grossesse et de l'accouchement par les sages-femmes est soumis à de fortes tensions</i>	17
1.1.2 <i>Le développement de l'exercice libéral de la profession de sage-femme doit être mis à profit pour mieux assurer le suivi gynécologique des femmes</i>	18
1.2 RECONNUES POUR LEUR EXPERTISE EN MATIERE D'ACCOUCHEMENT, LES SAGES-FEMMES DOIVENT DEVELOPPER DE NOUVELLES COMPETENCES DU FAIT DE L'ELARGISSEMENT DE LEURS MISSIONS DEPUIS DIX ANS.....	19
1.2.1 <i>Les sages-femmes sont historiquement des spécialistes reconnues de l'accouchement</i>	19
1.2.2 <i>Depuis 2009, les sages-femmes se sont vu reconnaître de nouvelles missions en matière de suivi génésique de la femme tout au long de sa vie, ainsi qu'une autonomie accrue</i>	20
1.2.3 <i>Cette diversification des missions nécessite un élargissement des compétences</i>	21
1.3 LE CONTEXTE ACTUEL EST MARQUE PAR UNE DOUBLE PERTE D'ATTRACTIVITE DE LA FORMATION INITIALE DES SAGES-FEMMES ET DE L'EXERCICE HOSPITALIER	24
1.3.1 <i>Plusieurs indices témoignent d'une moindre attractivité de la formation et d'un mal-être éprouvé par de nombreuses étudiantes</i>	24
1.3.2 <i>L'exercice hospitalier en maïeutique fait face à un déficit d'attractivité préoccupant</i>	26
1.4 LA CREATION D'UNE SIXIEME ANNEE D'ETUDES DOIT CONCILIER PLUSIEURS OBJECTIFS	28
1.4.1 <i>Adapter la formation à la diversité des missions et des modes d'exercice des sages-femmes</i>	28
1.4.2 <i>Reconnaître pleinement la nature médicale de la profession de sage-femme</i>	28
1.4.3 <i>Favoriser l'insertion des sages-femmes dans des parcours de recherche pour favoriser l'émergence à terme d'enseignants-chercheurs en maïeutique</i>	29
1.4.4 <i>Au-delà de la création d'une année supplémentaire, il convient de procéder à une refonte globale des deux premiers cycles tout en renforçant la formation pratique</i>	30
2 LES CONTOURS DU FUTUR CURSUS DE FORMATION INITIALE EN MAÏEUTIQUE : PRENDRE DAVANTAGE EN COMPTE LA DIVERSITE DES COMPETENCES DES SAGES-FEMMES TOUT EN PRESERVANT LEUR CŒUR DE METIER	32
2.1 LE CURSUS ACTUEL, TRES DENSE, FAIT L'OBJET D'UN CADRAGE REGLEMENTAIRE RELATIVEMENT PRECIS	32
2.1.1 <i>Le premier cycle est centré sur la physiologie</i>	33
2.1.2 <i>Le deuxième cycle fait alterner apprentissage théorique des pathologies et formation clinique</i>	33
2.2 LES ENSEIGNEMENTS THEORIQUES DOIVENT CORRESPONDRE AU CHAMP DE COMPETENCES DES SAGES-FEMMES ET MIEUX SE REPARTIR ENTRE PHYSIOLOGIE ET PATHOLOGIE	35
2.2.1 <i>Aujourd'hui, les enseignements théoriques excèdent parfois le périmètre de compétences des sages-femmes sans pour autant couvrir entièrement ce dernier et accordent une place très importante à la prise en charge des pathologies</i>	35
2.2.2 <i>Le poids et la répartition des enseignements théoriques, bien qu'encadrés par les textes réglementaires, varient d'un territoire à l'autre</i>	37
2.2.3 <i>Il convient de mieux répondre aux enjeux de la diversification des missions des sages-femmes et de mettre davantage l'accent sur la physiologie</i>	39
2.3 LES STAGES DOIVENT OCCUPER UNE PLUS GRANDE PLACE DANS LES ETUDES DE MAÏEUTIQUE, AFIN DE RENFORCER LA DIMENSION CLINIQUE ET OPERATIONNELLE DE LA FORMATION DES SAGES-FEMMES	43
2.3.1 <i>Le positionnement des stages au sein du cursus, leur organisation et leurs terrains font l'objet actuellement d'une offre variable selon le territoire, naturellement centrée sur l'exercice hospitalier, avec parfois des enjeux d'accessibilité</i>	43
2.3.2 <i>Il convient de renforcer la durée des stages, dans un objectif de professionnalisation et d'autonomisation accrues des étudiantes, tout en diversifiant les terrains afin de prendre en compte les différents types d'exercice possibles à l'issue des études</i>	46

2.4	LA SIXIEME ANNEE POURRAIT ETRE STRUCTUREE EN UN TROISIEME CYCLE COURT EN SCIENCES MAÏEUTIQUES, COMPORTANT NOTAMMENT LA SOUTENANCE D'UNE THESE D'EXERCICE.....	48
2.5	LA CONSTRUCTION DU NOUVEAU CURSUS DOIT ETRE FONDEE SUR UNE APPROCHE PAR COMPETENCES, ET L'ÉVALUATION DOIT S'APPUYER DAVANTAGE SUR LA MAITRISE CLINIQUE	50
2.5.1	<i>Une formation construite sur une approche par compétences.....</i>	50
2.5.2	<i>Une évaluation des compétences davantage fondée sur la maîtrise clinique</i>	50
3	LES CONDITIONS DE REUSSITE DE L'ALLONGEMENT DES ETUDES DE SAGE-FEMME	52
3.1	ACHEVER L'INTEGRATION UNIVERSITAIRE DES ECOLES DE MAÏEUTIQUE	52
3.2	PREVOIR DES STATUTS ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL ADAPTES ET EQUITABLES POUR LES ETUDIANTES, LES ENSEIGNANTS ET LES PROFESSIONNELS ENCADRANT LES STAGIAIRES.....	54
3.2.1	<i>L'allongement du cursus d'études ne doit pas alourdir la charge financière qui pèse sur les étudiantes.....</i>	54
3.2.2	<i>L'encadrement des étudiantes lors des stages doit être plus rigoureux et davantage valorisé, notamment à travers la création d'un statut de maître de stage universitaire pour les sages-femmes libérales.....</i>	57
3.2.3	<i>Les enseignants doivent pouvoir cumuler activités d'enseignement, pratique clinique et activités de recherche</i>	60
3.3	PREVOIR UN FINANCEMENT ADAPTE DU SURCOUT LIE A L'ALLONGEMENT DU CURSUS DE FORMATION	64
3.3.1	<i>Le surcoût lié à la création de la sixième année d'études en sciences maïeutiques sera supporté par l'assurance maladie et les régions.....</i>	64
3.3.2	<i>Les spécificités du financement des études en sciences maïeutiques devraient être mieux prises en compte</i>	67
3.4	ADAPTER L'OFFRE DE STAGES A LA REFONTE DU CURSUS AFIN DE GARANTIR UNE MEILLEURE DISPONIBILITE ET UNE MEILLEURE ACCESSIBILITE SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE	68
3.5	MIEUX ARTICULER LES MISSIONS DES SAGES-FEMMES ET CELLES DES MEDECINS, DANS UNE OPTIQUE DE COMPLEMENTARITE ET D'AMELIORATION DE L'ACCES AUX SOINS	69
3.5.1	<i>L'évolution des missions des sages-femmes peut créer des chevauchements avec celles des médecins.....</i>	69
3.5.2	<i>La nécessité d'une articulation claire des compétences, dans un contexte de démographie médicale en baisse</i>	70
3.5.3	<i>Le développement de l'exercice coordonné.....</i>	71
3.6	UTILISER LA FORMATION COMME UN LEVIER D'ATTRACTIVITE DE L'ACTIVITE HOSPITALIERE	72
3.7	ANTICIPER TOUTES LES ETAPES DE LA MISE EN ŒUVRE ET ACCOMPAGNER L'ANNEE DITE « BLANCHE ».....	72
	LETRE DE MISSION	75
	LISTE DES ANNEXES.....	77
	ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE ENVOYE AUX DIRECTRICES DES STRUCTURES DE FORMATION.....	79
	ANNEXE 2 : THESES SOUTENUES PAR LES SAGES-FEMMES DOCTEURS QUALIFIEES A LA MAITRISE DE CONFERENCES	103
	ANNEXE 3 : TABLEAU PRESENTANT A TITRE INDICATIF L'EQUILIBRE GLOBAL DE LA FORMATION PROPOSE EN PARTIE 2.....	105
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....	107
	SIGLES UTILISES.....	119

RAPPORT

Introduction

[39] Par lettre de mission du 28 janvier 2022, le ministre des solidarités et de la santé et la ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation ont confié conjointement à l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et à l'inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche (IGÉSR) une mission sur les modalités de mise en œuvre d'une sixième année de formation initiale en maïeutique.

[40] Cette mission fait suite à une mission précédente de l'IGAS en 2021 consacrée à l'évolution de la profession de sage-femme².

[41] Son principe a été acté dans la continuité du protocole d'accord du 22 novembre 2021, conclu entre le ministre des Solidarités et de la Santé, la ministre de la Transformation et de la Fonction publiques, le secrétaire d'État chargé de l'Enfance et des Familles, les syndicats et organisations représentatives de la profession de sage-femme, ainsi que la Fédération hospitalière de France (FHF).

[42] Composée de Stéphanie Fillion et Sabine Fourcade pour l'IGAS³, et d'Amaury Fléges, Hélène Moulin-Rodarie et Paula La Marne pour l'IGÉSR, la mission a débuté ses travaux début février 2022. Elle a conduit une cinquantaine d'entretiens au niveau national, rencontrant l'ensemble des organisations nationales représentatives des sages-femmes, et des représentants des autres professions concernées par la santé de la femme et la néo-natalité.

[43] Elle a effectué des déplacements en Hauts-de-France, Grand-Est, Nouvelle-Aquitaine et Île-de-France, s'est rendue dans neuf maternités et deux maisons de naissance et a rencontré les directrices et les équipes enseignantes de neuf structures de formation (écoles et départements universitaires), les doyens des facultés de médecine de sept universités, les équipes de direction de cinq hôpitaux, ainsi que des représentants des conseils régionaux et des agences régionales de santé (ARS). À l'occasion de ses déplacements, elle a organisé des réunions d'échanges avec une trentaine d'étudiantes et étudiants sages-femmes⁴, et rencontré plus de cent sages-femmes, jeunes diplômées ou expérimentées, exerçant à l'hôpital, en libéral ou dans un service de protection maternelle et infantile (PMI).

[44] La mission a également adressé aux 35 directrices d'écoles de sages-femmes et départements de maïeutique un questionnaire portant sur les caractéristiques de la formation actuelle et sur les évolutions souhaitables dans le cadre d'un allongement des études à six années. Elle a pu exploiter 29 réponses très détaillées, et tient à souligner leur précieuse contribution à ses travaux (*cf.* Annexe 1).

² Rapport IGAS n°2021-020R, « *L'évolution de la profession de sage-femme* », Angel Piquemal, Sacha Ringewirtz, Françoise Zantman, juillet 2021.

³ Pour l'IGAS, Olivier Laboux a participé également à la mission jusqu'à mi-mai 2022.

⁴ Compte-tenu de la démographie de la profession, féminine à 97 %, le féminin est utilisé préférentiellement au masculin, en dépit des règles grammaticales d'accord. Comme dans le projet de référentiel professionnel des sages-femmes, les termes « étudiante », « sage-femme » ou « enseignante » désignent ainsi par convention les hommes comme les femmes.

[45] Le rapport comprend trois parties, consacrées respectivement aux objectifs de la sixième année de formation, aux contours du futur cursus et aux conditions de réussite de la réforme ainsi qu'à son chiffrage.

1 Une sixième année de formation en maïeutique : pour quoi faire ?

1.1 Garantir une prise en charge adaptée de la santé des femmes est un enjeu de santé publique majeur

1.1.1 Le suivi physiologique de la grossesse et de l'accouchement par les sages-femmes est soumis à de fortes tensions

[46] En 2021, 738 000 bébés sont nés en France⁵, soit 3 000 naissances de plus qu'en 2020. Cette remontée interrompt la baisse observée chaque année entre 2015 et 2020. Comme le rappelle le rapport IGAS de 2021 déjà cité, les sages-femmes prennent en charge en autonomie les grossesses et accouchements physiologiques⁶, qui représentent plus de 70 % des naissances⁷. Il y a chaque jour environ 2 000 naissances, dont 1 500 sont physiologiques.

[47] Les prévisions démographiques établies par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)⁸ font état d'une croissance de 27 % du nombre de sages-femmes à l'horizon 2050, du fait d'un *numerus apertus* élevé (1 044 places ouvertes au recrutement chaque année au cours de la période 2021-2025, contre 696 en 2000). Toutefois, cette croissance devrait être entièrement absorbée par le développement de l'exercice libéral, comme l'a été l'augmentation des effectifs intervenue entre 2012 et 2021 : le nombre de sages-femmes a augmenté de 20 % en dix ans, presque exclusivement au profit de l'exercice libéral. Celui-ci devrait continuer à progresser fortement d'ici 2050, contrairement à l'effectif des sages-femmes salariées, qui devrait rester stable. Il représentera ainsi 46 % des sages-femmes en activité, contre 33 % actuellement (*cf. infra*).

[48] Ce virage vers l'exercice libéral s'ajoute à la crise globale d'attractivité du secteur hospitalier : la pénurie de sages-femmes, comme celle des autres professionnels de santé, crée des tensions au sein des structures, conduisant à des situations de stress et d'épuisement qui peuvent aboutir à des fermetures de maternités, notamment de niveau I dans les territoires ruraux. Deux alertes récentes, émanant l'une d'un collectif de professionnels de la périnatalité franciliens, l'autre de la présidente de l'ordre des sages-femmes, en témoignent⁹.

[49] La répartition de l'activité hospitalière a évolué ces dernières années vers les structures de niveau II b et III, disposant d'un service de néonatalogie, de soins néonataux intensifs ou de réanimation néonatale qui représentent aujourd'hui 60 % du total des maternités, 75 % des lits et 80 % des accouchements¹⁰. Si les sages-femmes rencontrées par la mission, notamment les jeunes diplômées, apprécient le niveau de sécurité lié à la présence d'équipes pluridisciplinaires, elles estiment que les effectifs, toujours encadrés par les décrets de périnatalité du 9 octobre 1998, ne sont plus adaptés à la taille des maternités actuelles. Tant les petites maternités de niveau I, où les sages-

⁵ Bilan démographique INSEE 2021, INSEE Première n° 1889.

⁶ Il existe plusieurs définitions de l'accouchement physiologique : la mission utilisera ce terme pour tous les accouchements non pathologiques, quelles que soient les modalités de prise en charge de la douleur, avec ou sans péridurale.

⁷ En 2019, le nombre de séjours en maternité pour accouchement par voie basse sans complication s'est élevé à 507 108, sur un total de 709 850 accouchements, soit 71,5 % (source Rapport IGAS 2021-020 et ATIH).

⁸ Les Dossiers de la DREES, n°76, mars 2021 : *Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicale et pharmaceutique ?*

⁹ « *N'attendons pas que des catastrophes surviennent dans nos maternités* », Tribune publiée dans Le Monde du 2 juin 2022 ; « *Lettre ouverte : les maternités ne veulent pas mourir !* », ww.ordre-sages-femmes.fr.

¹⁰ Les établissements de santé, 2020, DREES.

femmes se sentent isolées, que les plus grosses structures sont ainsi confrontées à une perte d'attractivité.

[50] Restaurer l'attractivité de l'activité hospitalière constitue donc un enjeu essentiel, à l'aune duquel doit être conduite la réforme de la formation en maïeutique.

1.1.2 Le développement de l'exercice libéral de la profession de sage-femme doit être mis à profit pour mieux assurer le suivi gynécologique des femmes

[51] L'élargissement des missions des sages-femmes à la santé génésique de la femme tout au long de sa vie et le mode d'exercice en cabinet libéral (*cf. infra*) répondent également à un enjeu important de santé publique.

[52] Les données de la DREES¹¹ indiquent que si les effectifs de gynécologues-obstétriciens ont augmenté de 35 % entre 2012 et 2021, ceux des gynécologues médicaux ont baissé de 30 % au cours de la même période. Malgré une augmentation continue depuis 2003, le nombre de postes ouverts de gynécologie médicale n'est que de 86 en 2021¹². La projection des tendances actuelles établie par la DREES¹³ fait apparaître un effectif de médecins généralistes et de gynécologues médicaux inférieur au nombre actuel jusqu'en 2030, date à partir de laquelle leur évolution deviendra positive et le restera jusqu'en 2050.

[53] Parallèlement, l'accessibilité moyenne aux médecins généralistes a diminué de 6 % entre 2016 et 2019, passant de 3,7 à 3,5 consultations par an et par habitant en 2019. Elle se détériore davantage dans les communes les moins bien dotées (- 10 %) que dans les communes les mieux dotées (- 4 %). En revanche, entre 2016 et 2019, l'accessibilité moyenne aux sages-femmes s'est améliorée de 16 % et s'établit en 2019 à 18 ETP pour 100 000 femmes. Cette amélioration étant plus marquée dans les zones faiblement dotées que dans les zones bien dotées, les inégalités d'accessibilité aux sages-femmes tendent à se réduire¹⁴.

[54] Les chevauchements entre les domaines de compétences des différents professionnels complexifient par ailleurs les parcours de soin. Il convient ainsi de clarifier le rôle respectif des gynécologues-obstétriciens, des gynécologues médicaux, des médecins généralistes et des sages-femmes (Berland 2003¹⁵, ONDPS, 2021¹⁶) et d'encourager une prise en charge coordonnée des patientes, dans le cadre du développement des maisons de santé pluri-professionnelles (MSP)¹⁷ et, plus récemment, des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

[55] Les sages-femmes sont ainsi appelées à participer, notamment dans les déserts médicaux, à la mission de premier recours en matière de santé de la femme, tant pour le suivi gynécologique de prévention et d'orthogénie qu'à la sortie de la maternité après un accouchement, du fait de la réduction de la durée des séjours, qui implique une forte coordination ville/hôpital. Leur présence

¹¹ Restitution des données démographiques des professionnels de santé : <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>.

¹² Arrêté du 19 juillet 2021 fixant au titre de l'année universitaire 2021-2022 le nombre d'étudiants susceptibles d'être affectés à l'issue des épreuves classantes nationales (ECN) en médecine, par spécialité et par CHU.

¹³ Les Dossiers de la DREES, n°76, déjà cité.

¹⁴ Accessibilité moyenne mesurée par l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL), dans *Études & Résultats*, DREES, n°1206, septembre 2021 : « *Les trois quarts des personnes les plus éloignées des professionnels de premier recours vivent dans des territoires ruraux* ».

¹⁵ Rapport établi par le Pr Yvon Berland : « *coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences* ».

¹⁶ *La sage-femme, le médecin et le gynécologue*, ONDPS, 2021.

¹⁷ Les maisons de santé sont des structures pluri professionnelles dotées de la personnalité morale et constituées de professionnels médicaux (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes), auxiliaires médicaux ou pharmaciens. En juin 2021, 1889 MSP en fonctionnement et 366 MSP en projets étaient recensées.

est également nécessaire dans les services de PMI¹⁸, au sein desquels elles peuvent suivre dans la durée les femmes enceintes et les jeunes mères, en particulier les plus vulnérables d'entre elles.

[56] Dans ce contexte, la mise en place d'une sixième année d'étude en maïeutique et la réforme de la scolarité qui en résulte doivent contribuer, au-delà des enjeux liés aux conditions d'études et à l'acquisition des compétences attendues des sages-femmes, à éviter une dégradation de la prise en charge de la santé des femmes et de la périnatalité – que redoutent de nombreux interlocuteurs de la mission – et participer ainsi à l'atteinte des objectifs suivants de santé publique :

- soutenir la démographie médicale insuffisante des médecins généralistes, des pédiatres, des gynécologues de ville et des médecins de PMI en contribuant au suivi des femmes et des nourrissons en bonne santé ;
- assurer le suivi global de la santé génésique des femmes, dans toutes ses dimensions (contraception, IVG, vaccination, dépistage du cancer, de l'endométriose, des violences ou encore des vulnérabilités) ;
- prendre en charge les 500 000 accouchements physiologiques annuels, et assurer un suivi et un accompagnement de qualité des femmes durant leur grossesse, leur accouchement et dans la période du postpartum.

1.2 Reconnues pour leur expertise en matière d'accouchement, les sages-femmes doivent développer de nouvelles compétences du fait de l'élargissement de leurs missions depuis dix ans

1.2.1 Les sages-femmes sont historiquement des spécialistes reconnues de l'accouchement

[57] La participation des sages-femmes au suivi de la grossesse et de l'accouchement est bien connue, même si les contours précis de leurs missions le sont beaucoup moins.

[58] Exerçant un métier très ancien, les sages-femmes prennent le relais des anciennes ventrières et matrones à partir du XV^{ème} siècle et sont formées dans les grandes villes. Au XVIII^{ème} siècle, une sage-femme instruite et expérimentée, Angélique Du Coudray, invente un outil pédagogique innovant, un mannequin reproduisant le bassin d'une femme et un bébé à naître. Elle se déplace dans les provinces afin de diffuser auprès des sages-femmes les différentes techniques de manœuvres obstétricales. À la Maternité de Paris, placées sous l'autorité de Jean-Louis Baudelocque, chirurgien accoucheur en chef à partir de 1795, les maitresses sages-femmes sont « *chargées du service ordinaire des accouchements* », selon le code administratif de 1824.

[59] La première école nationale de sages-femmes ouvre le 30 juin 1802, et s'installe à Port Royal en 1814. La loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine définit les conditions d'exercice et le périmètre des compétences de la profession. La loi du 17 mai 1943 organise les études en vue de l'obtention du diplôme d'État de sage-femme.

¹⁸ Les centres de PMI sont des services départementaux de santé gratuits, chargés du suivi des femmes, pendant et après la grossesse. Ils peuvent également assurer une prise en charge des enfants jusqu'à six ans. Ils jouent un rôle de conseil et d'accompagnement à la parentalité et peuvent délivrer des soins médicaux. Ils comportent une équipe pluridisciplinaire composée d'un médecin, des infirmiers, des puéricultrices et des sages-femmes.

[60] Au cours de la seconde moitié du XX^{ème} siècle, les femmes sont incitées à accoucher dans les maternités et le mode d'exercice des sages-femmes devient alors majoritairement salarié. Le statut de la sage-femme hospitalière de la fonction publique est créé par décret en 1989¹⁹.

[61] Professionnelle médicale, la sage-femme est compétente pour suivre et accompagner en autonomie les femmes pendant leur grossesse et leur accouchement, lorsque ceux-ci revêtent un caractère physiologique. En cas de pathologie affectant la mère ou l'enfant, la sage-femme doit faire appel à un médecin²⁰.

1.2.2 Depuis 2009, les sages-femmes se sont vu reconnaître de nouvelles missions en matière de suivi génésique de la femme tout au long de sa vie, ainsi qu'une autonomie accrue

[62] La loi Hôpital, santé, territoires (HPST) du 21 juillet 2009 a élargi les missions des sages-femmes au-delà de la période périnatale en les étendant au suivi gynécologique de prévention et de contraception des femmes : « *L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique* »²¹.

[63] Cet élargissement à l'ensemble de la vie génésique des femmes s'est appuyé sur une première extension des missions des sages-femmes, la loi de santé publique de 2004 ayant autorisé ces dernières à prescrire une contraception hormonale aux femmes en suites de couches²². Cette nouvelle disposition destinée à renforcer l'accès des femmes à la contraception a été introduite par amendement au cours des débats afin « *de permettre aux sages-femmes de prescrire la contraception tout au long de la vie génitale de la femme* »²³. Son impact sur les missions et la démographie des sages-femmes a été structurant, même si cette évolution ne semble pas avoir été anticipée sur le moment.

[64] Le suivi gynécologique des femmes en secteur libéral s'est en effet fortement développé depuis lors, accompagné par l'assurance-maladie : « *dans le cadre des compétences étendues par le législateur en 2009, leur permettant d'assurer un suivi gynécologique contraceptif et de prévention des patientes, les partenaires conventionnels s'engagent à accompagner cette évolution par un réajustement de la prise en charge de cette activité par l'assurance maladie* »²⁴.

[65] Depuis, les missions ont été étendues à de nombreuses reprises, selon trois axes principaux²⁵ :

- l'extension des missions des sages-femmes en gynécologie, concernant notamment la participation aux activités d'assistance médicale à la procréation en 2012²⁶, l'IVG médicamenteuse en 2016²⁷ et chirurgicale (sous réserve de formation complémentaire, en

¹⁹ Décret n°89-611 du 1 septembre 1989 portant statut particulier des sages-femmes de la fonction publique hospitalière.

²⁰ CSP Art. L4151-1 : « *L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant (...)* » et Art. L4151-3 : « *En cas de pathologie maternelle, fœtale ou néonatale pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, et en cas d'accouchement dystocique, la sage-femme doit faire appel à un médecin (...)* ».

²¹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, article 86, disposition codifiée dans le CSP à l'article L. 4151-1.

²² Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, CSP article L. 5134-1.

²³ Débats à l'Assemblée Nationale, 3^{ème} séance du jeudi 5 mars 2009, amendement défendu par Madame Bérengère Poletti.

²⁴ Avenant n°1 du 9 janvier 2012 à la Convention nationale des sages-femmes conclue entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les syndicats de sages-femmes.

²⁵ Rapport IGAS n° 2021-20, « *L'évolution de la profession de sage-femme* », Annexe 2, p. 70.

²⁶ Décret n°2012-885 du 17 juillet 2012, CSP article D. 4151-20.

²⁷ Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

expérimentation) en 2020²⁸, ainsi que l'élargissement de leur rôle dans la lutte contre l'endométriose²⁹ ;

- le développement de missions de prévention, limitées tout d'abord aux femmes enceintes et aux nouveau-nés - notamment la vaccination depuis 2005 - puis élargies à leur entourage³⁰ : vaccinations, prescription de substituts nicotiques, diagnostic et traitement des infections sexuellement transmissibles (IST)³¹ ;
- le renforcement de leur autonomie, avec plusieurs extensions de prescription de médicaments et d'arrêts de travail, le suivi des mineures, le développement de la coopération dans un exercice pluri-professionnel en maison de santé, et, plus récemment, la pérennisation de maisons de naissance placées sous la responsabilité médicale des sages-femmes³², le développement de l'accompagnement global des femmes pendant et après leur grossesse³³, la création d'un entretien postnatal en vue notamment d'améliorer le dépistage de la dépression du postpartum³⁴ et la création d'un statut de sage-femme référente³⁵.

[66] Ces évolutions transforment en profondeur la profession de sage-femme, renforçant son statut de profession médicale pouvant exercer en ville comme à l'hôpital, en coordination avec les autres professions de santé. Elles nécessitent une réévaluation des compétences exigées pour l'exercice de leurs missions, préalable indispensable à une réforme de la formation initiale.

1.2.3 Cette diversification des missions nécessite un élargissement des compétences

[67] L'actuel référentiel de compétences des sages-femmes a été élaboré par la profession en 2010³⁶, avec la contribution de la mission d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé conduite par le Pr Yves Matillon³⁷.

[68] La sage-femme y est essentiellement identifiée comme professionnelle médicale de la périnatalité. Or l'évolution de ses missions implique une évolution de ses compétences, notamment en gynécologie et en orthogénie.

²⁸ Loi du 30 novembre 2020 de financement de la sécurité sociale.

²⁹ Stratégie nationale de lutte contre l'endométriose, février 2022. Mesure 6.3 « élargir le rôle des sages-femmes : améliorer la formation des sages-femmes au diagnostic et au suivi des femmes atteintes par la pathologie, et reconnaître leur rôle de premier recours dans la prise en charge (...) ».

³⁰ Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

³¹ Loi du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.

³² Loi du 30 novembre 2020 de financement de la sécurité sociale.

³³ Chantier national des 1000 premiers jours de l'enfant : instruction SGMCAS/2021/74 du 1^{er} avril 2021 ; expérimentation RÉPAP « référent parcours périnatalité » validée en juillet 2021 par le comité technique de l'innovation en santé (article 51 de la LFSS pour 2018).

³⁴ Loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 ; Avenant 5 du 17 décembre 2021 de la convention nationale des sages-femmes (*op. cit.*).

³⁵ Loi du 26 mai 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification (dite « loi Rist »).

³⁶ Collectif des Associations et de Syndicats de Sages-Femmes (CASSF) avec la participation du Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes.

³⁷ Auteur d'un rapport sur les *Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé* remis au ministre de la santé en 2003, il a souligné le rôle fondateur des référentiels de métiers et de compétences qui doivent être élaborés par les collèges des professions médicales. À la demande de la DGOS, il a accompagné la profession de sages-femmes dans l'élaboration de ce référentiel.

[69] La formation initiale a été progressivement enrichie ces dernières années afin d'intégrer ces nouvelles exigences (*cf. infra*). La profession³⁸ s'est par ailleurs engagée dans l'élaboration d'un nouveau référentiel, qui doit sous-tendre l'évolution de la formation.

[70] Construit comme le référentiel actuel sur la base de situations cliniques représentatives de l'activité des sages-femmes et impliquant la maîtrise de compétences théoriques et cliniques, ce projet de référentiel en ajoute deux nouvelles, « les entretiens prénatal et postnatal précoce » et « l'interruption volontaire de grossesse », et élargit le champ des compétences requises pour la « consultation gynécologique » :

Tableau 1 : Référentiel métier et compétences des sages-femmes : situations cliniques types

Référentiel de 2010	Projet de référentiel 2022
Conduire une consultation prénatale	La consultation prénatale
	Les entretiens prénatal et postnatal précoces : <ul style="list-style-type: none"> - accent mis sur la co-construction d'un lien de confiance et le caractère holistique de la démarche ; - posture de soutien des compétences parentales (« <i>empowerment</i> ») et d'adaptation à la singularité de chaque femme ; - continuité assurée par une prise en charge pluridisciplinaire.
Organiser et animer une séance collective de préparation à la naissance et à la parentalité	Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité
Assurer une consultation d'urgence pour douleurs abdominales au cours du 3ème trimestre de la grossesse	La consultation d'urgence en obstétrique ou gynécologie
Diagnostiquer et suivre le travail, réaliser l'accouchement et surveiller ses suites	L'accouchement et le postpartum immédiat
Diagnostiquer et prendre en charge l'hémorragie de la délivrance	L'hémorragie du postpartum immédiat
Assurer un suivi mère-enfant dans les suites de couches jusqu'à la visite post natale	Le suivi mère-enfant
Réaliser une réanimation néonatale	La réanimation néonatale

³⁸ Le Conseil National Professionnel Sage-Femme (CNP-SF), regroupe désormais l'ensemble des organisations représentatives de la profession, conformément au décret n° 2019-17 du 9 janvier 2019 relatif aux missions, à la composition et au fonctionnement des Conseils nationaux professionnels des professions de santé.

Référentiel de 2010	Projet de référentiel 2022
Réaliser une consultation de contraception et de suivi gynécologique de prévention	La consultation gynécologique (ajouts) : <ul style="list-style-type: none"> - accueil de la femme, mais aussi du couple ou de l'adolescent ; - prescription ou réalisation d'examens complémentaires comme l'échographie, d'examens de dépistage de cancers gynécologiques ou d'IS, d'actes comme la pose ou le retrait de dispositifs contraceptifs.
	L'interruption volontaire de grossesse : <ul style="list-style-type: none"> - accueil, recueil du choix de la femme d'interrompre sa grossesse, information sur le cadre légal et le libre choix de la femme quant aux modalités - vérification du niveau de compréhension, d'éventuelles vulnérabilités, des examens complémentaires - prescription et administration des thérapeutiques abortives et antalgiques - suivi de l'état de la patiente et sécurisation de son état émotionnel et sanitaire.

Source : Mission à partir du référentiel de 2010 et du projet de référentiel en cours de validation élaboré par le Conseil National Professionnel Sage-Femme (CNP-SF).

[71] Pour chacune des situations, le référentiel décrit les compétences à acquérir :

- Savoirs médicaux fondamentaux et spécifiques à la gynécologie, l'obstétrique et à la pédiatrie, savoirs en sciences humaines (psychologie, sociologie, histoire, économie de la santé...) appliquées à la maternité, à la parentalité et à la connaissance des vulnérabilités.
 - Le projet est beaucoup plus détaillé que le référentiel actuel sur les savoirs transversaux, au-delà des compétences en santé génésique :
 - en matière d'éducation à la santé, où l'accent est mis sur les ressources permettant d'engager une relation pédagogique adaptée (connaissance des inégalités, méthodes d'entretien, représentations de la santé ...)
 - en matière d'enseignement, avec le développement de compétences pédagogiques pour étayer le rôle de la sage-femme comme maître de stage ou référente professionnelle.
- Savoir-faire en matière de raisonnement clinique, d'appui de la pratique sur la recherche, d'intégration des innovations technologiques, de coopération avec les autres professionnels de santé, etc.

- Le projet insiste également davantage sur les aspects suivants :
 - la coordination et le travail en interdisciplinarité, au niveau théorique (connaissance de l'organisation interdisciplinaire et de coopération) et pratique (connaissance des ressources existantes du territoire) ;
 - la recherche et l'amélioration des pratiques, notamment par la participation active à des recherches et par le questionnement sur sa propre pratique ;
 - l'éthique et la déontologie, par exemple en veillant à respecter les principes de la protection de la personne et de la décision éclairée.
- Savoir-être en matière d'autonomie, de responsabilité, de réflexivité sur sa pratique, d'approche psychologique personnalisée, de développement de l'autonomisation, de réflexion éthique, etc.

[72] Le référentiel de compétences des sages-femmes doit constituer la « boussole » de la réingénierie de la formation. L'approche par compétences vise en effet à organiser les apprentissages, non sur la base de savoirs théoriques à apprendre, mais autour du développement des savoir-faire indispensables à l'acquisition des compétences nécessaires pour l'exercice d'une profession.

1.3 Le contexte actuel est marqué par une double perte d'attractivité de la formation initiale des sages-femmes et de l'exercice hospitalier

1.3.1 Plusieurs indices témoignent d'une moindre attractivité de la formation et d'un mal-être éprouvé par de nombreuses étudiantes

[73] De nombreuses étudiantes témoignent d'un mal-être principalement lié au rythme jugé trop soutenu de leur formation initiale. Celle-ci cumule enseignements théoriques, stages, révisions (souvent entre deux gardes), auxquels s'ajoute la rédaction du mémoire de fin d'études (*cf. infra*). Ces cinq années représentent ainsi, selon l'association nationale des étudiant-e-s sages-femmes (ANESF)³⁹, un volume horaire supérieur de 1 175 heures (cours et stages) à celui des études d'odontologie et de pharmacie.

[74] Les résultats de l'enquête nationale relative au bien être des étudiantes sages-femmes menée par l'ANESF en 2018 sont alarmants : sept étudiantes sur dix déclarent présenter un ou plusieurs symptômes dépressifs, et huit sur dix se sentent plus « stressées » depuis le début de leurs études (cette proportion atteint 92 % chez les étudiantes de cinquième année). Les stages (31 %), les examens (29,9 %) et le volume de travail (22,8 %) constituent les principaux motifs de stress. Parmi les 27 % d'étudiantes qui ont envisagé d'arrêter leurs études, 56,4 % déclarent ne plus supporter leur formation et 41 % considèrent que leur santé s'est dégradée, parfois de façon significative.

[75] Plus généralement, un rapport sur la santé mentale des étudiants en santé, intitulé « *Pronostic mental engagé* », a été publié en décembre 2020 par la fédération des associations générales étudiantes (FAGE) et plusieurs associations étudiantes. Une nouvelle enquête réalisée en juin 2021, conduite notamment par l'intersyndicale nationale des internes (INSI) et l'association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF), montre que des symptômes anxieux toucheraient 75%

³⁹ ANESF, fiche technique « Troisième cycle en maïeutique », janvier 2021.

des étudiants en médecine. Enfin, une mission IGAS-IGESR est en cours concernant la qualité de vie des étudiants en santé (QVES).

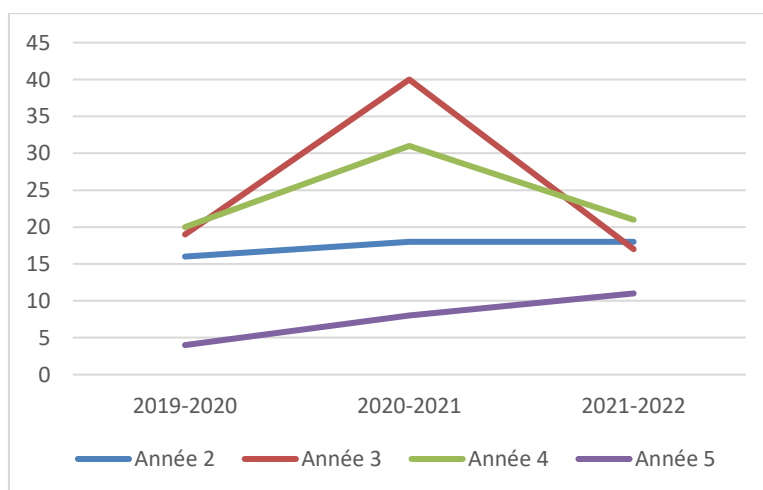
[76] La mission a organisé, au cours de ses déplacements, plusieurs temps d'échanges avec des étudiantes de chacune des quatre années qui suivent la première année du parcours d'accès spécifique santé (PASS) ou d'une licence accès santé (LAS). Si le sentiment de mal-être est ressenti de manière variable d'un territoire à l'autre, toutes ont souligné la nécessité d'alléger le cursus en répartissant mieux les enseignements et les stages tout au long de la formation et en laissant davantage de temps à la rédaction du mémoire (*cf. infra*). L'encadrement des stages, en particulier à l'hôpital, constitue un point critique, très souvent abordé par les étudiantes (*cf. infra*).

[77] Ce sentiment de mal-être est également évoqué dans les réponses au questionnaire envoyé par la mission aux écoles de sages-femmes. Ainsi, 89 % des répondants considèrent que la situation des étudiantes s'est dégradée au cours des dernières années, même si 34 % estiment que cette dégradation est conjoncturelle, du fait de la crise sanitaire.

[78] L'attractivité peut aussi se mesurer sous l'angle du ratio entre le nombre de places à pourvoir et le nombre d'inscrits dans la filière. Sur ce point, la mission note que le nombre de places non pourvues dans la filière maïeutique PASS/ LAS⁴⁰ s'élevait à 89 en 2020-2021 (soit 8 % des places ouvertes), dont 50 % dans les universités franciliennes, avec des écarts significatifs entre écoles ou départements universitaires (certains territoires comptant jusqu'à une quinzaine de places non pourvues)⁴¹. Ce phénomène, nouveau par son ampleur dans certaines universités, appelle une attention particulière.

[79] Le nombre d'abandons ou de changements d'orientation en cours de cursus, qui permet également de mesurer l'attractivité de la formation, a tendance à augmenter globalement au cours de la deuxième et de la cinquième année. Le contexte de crise sanitaire a pu peser sur la motivation des étudiantes, puisqu'un pic important est constaté au cours de l'année universitaire 2020-2021 pour la troisième et la quatrième année. Le graphique ci-dessous rend compte de cette évolution au cours de la période récente.

Graphique 1 : Nombre d'abandons ou de changements d'orientation en cours de cursus



Source : Questionnaire de la mission – sur un total de 29 écoles ou départements universitaires répondants.

⁴⁰ Hors dispositifs « passerelles » et candidats hors Union européenne.

⁴¹ Source : MESRI.

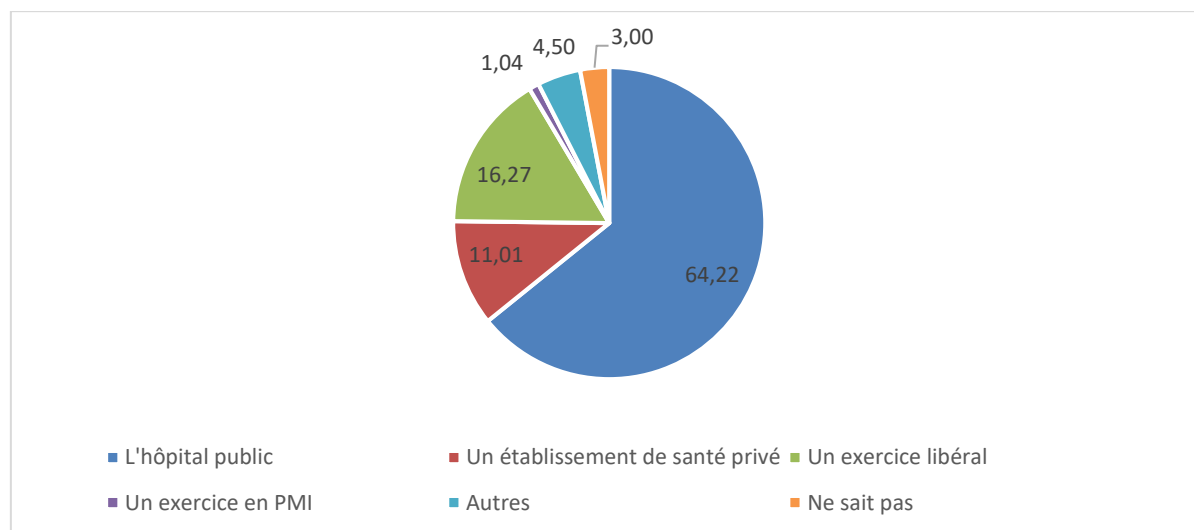
[80] Le nombre de reports de soutenance du mémoire de fin d'études est en outre élevé. Les données issues du même questionnaire, sur la base de 29 écoles ou départements universitaires répondants, permettent de comptabiliser, sur les trois dernières promotions, 283 reports de soutenance pour une durée inférieure à un an, 201 reports pour une durée supérieure à un an ainsi que 9 absences de soutenance.

[81] Ces constats recouvrent cependant des écarts importants d'une structure à l'autre.

1.3.2 L'exercice hospitalier en maïeutique fait face à un déficit d'attractivité préoccupant

[82] À l'issue de la formation, la majorité des jeunes diplômées souhaite s'orienter vers un mode d'exercice hospitalier, comme le montre le graphique ci-dessous, issu des réponses au questionnaire de la mission.

Graphique 2 : Orientation professionnelle envisagée par les diplômées des trois dernières cohortes au moment de la délivrance de leur diplôme (2019 à 2021) en %



Source : Questionnaire de la mission – sur un total de 29 écoles ou départements universitaires répondants.

[83] En 2021, le nombre total de sages-femmes s'élevait à 23 397, en forte augmentation depuis 2012, avec une dynamique particulièrement marquée jusqu'en 2017, suivie d'une stabilisation au cours des trois dernières années.

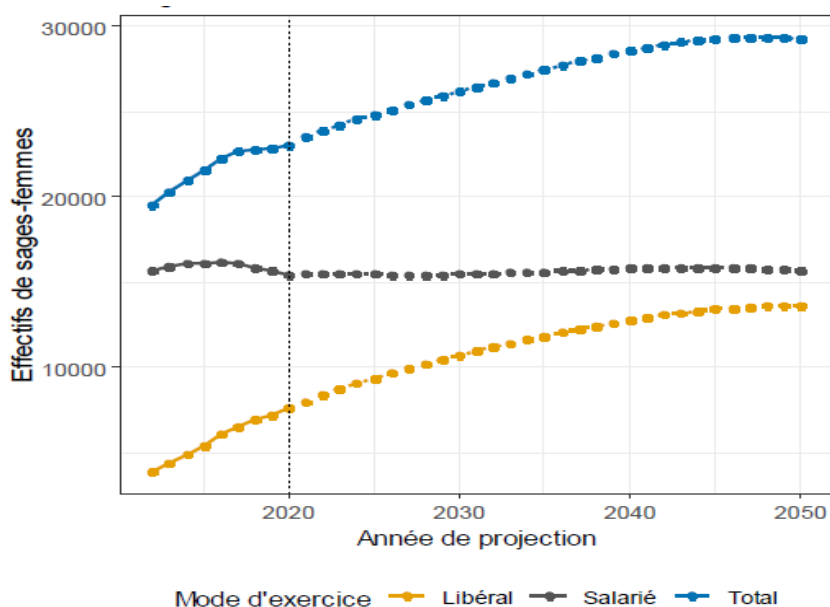
[84] Parmi ces sages-femmes, selon les chiffres de la DREES⁴² :

- 13 804 sont des sages-femmes exerçant en établissement de santé, soit 59 %, contre 73 % en 2012 ;
- 7 954 sont des sages-femmes libérales, soit 34 %, contre 20 % en 2012 ;
- les autres (7 %) sont essentiellement des sages-femmes territoriales exerçant dans des PMI, dont le nombre a augmenté au cours des dernières années (+ 2 % entre 2016 et 2019).

⁴² « Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? » in *Les Dossiers de la DREES*, n° 76, mars 2021, déjà cité.

[85] Sur la base des tendances observées, la DREES projette que l'augmentation à venir du nombre de sages-femmes continuera d'être absorbée par le secteur libéral : les effectifs de sages-femmes libérales pourraient progresser de 70 % d'ici 2050, comme le montre le graphique ci-dessous. Elles représenteraient alors 46 % de l'effectif global, tandis que le nombre de sages-femmes exerçant en milieu hospitalier resterait stable.

Graphique 3 : Évolution prévisionnelle des effectifs de sages-femmes d'ici 2050



Source : DREES

[86] L'appétence pour l'exercice libéral augmente et se traduit parfois par un choix en faveur de ce dernier dès l'obtention du diplôme, ou, plus fréquemment, quelques années plus tard, ce qui explique la pyramide des âges des sages-femmes exerçant à l'hôpital.

[87] Cette forte attractivité de l'exercice libéral a un impact direct sur l'organisation et le fonctionnement des maternités. Elle est à la fois la conséquence d'un rythme de travail jugé difficilement soutenable par de nombreux interlocuteurs de la mission et la cause de pénuries de sages-femmes « hospitalières » qui contribuent à la pénurie globale de personnel hospitalier, et parfois à des fermetures de maternités.

[88] L'assouplissement de la réglementation en matière d'exercice mixte intervenu en 2020⁴³ permet dorénavant aux sages-femmes relevant de la fonction publique hospitalière de cumuler de façon pérenne un exercice hospitalier à temps incomplet et une activité libérale. Cette ouverture peut contribuer à inciter des sages-femmes à conserver une activité partielle à l'hôpital.

[89] Pour autant, le développement de l'exercice libéral répond également à des besoins prioritaires, en particulier la participation des sages-femmes à l'offre de premier recours en matière de santé de la femme (cf. supra).

⁴³ L'article L. 613-8 du code général de la fonction publique a été modifié par la loi de transformation de la fonction publique n° 2019-828 : pour les corps fixés par décret « l'agent public (...) occupant un emploi permanent à temps non complet ou incomplet pour lequel la durée du travail est inférieure ou égale à 70 % de la durée légale ou réglementaire du travail peut exercer une activité privée lucrative à titre professionnel. » Le décret n° 2020-791 a listé neuf corps pouvant bénéficier de cette disposition, dont les sages-femmes des hôpitaux.

1.4 La création d'une sixième année d'études doit concilier plusieurs objectifs

1.4.1 Adapter la formation à la diversité des missions et des modes d'exercice des sages-femmes

[90] Depuis 2011 et 2013, dates de l'entrée en vigueur des arrêtés organisant la formation actuelle des sages-femmes, la proportion de sages-femmes exerçant à l'hôpital est passée de trois quarts à moins de deux tiers de l'effectif total, au profit de l'exercice libéral.

[91] Le suivi de la santé de la femme fait désormais partie du cœur de mission des sages-femmes au même titre que la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement, rendant nécessaire une adaptation de la formation initiale, à travers le déploiement de cette sixième année d'études en sciences maïeutiques.

[92] Actuellement centrée sur l'obstétrique et la prise en charge hospitalière des femmes, la formation initiale doit être repensée autour de deux axes :

- consacrer un volume horaire plus important à la gynécologie, sans réduire celui dédié à l'obstétrique, comme proposé *infra*. Ainsi, lors de la deuxième et de la troisième années de formation, les enseignements d'obstétrique représentent en moyenne 163 heures de cours sur les deux années, contre seulement 44 heures pour les enseignements de gynécologie. La proportion est la même en quatrième et cinquième années, au cours desquelles les enseignements d'obstétrique représentent en moyenne également 163 heures, contre 58 heures pour la gynécologie⁴⁴ ;
- développer les stages en milieu ambulatoire, auprès de sages-femmes libérales, mais également au sein des PMI. Actuellement ces stages ne représentent qu'une part marginale de l'apprentissage clinique des étudiantes sages-femmes (*cf. infra*).

1.4.2 Reconnaître pleinement la nature médicale de la profession de sage-femme

[93] La profession de sage-femme fait partie des trois professions médicales, avec les chirurgiens-dentistes et les médecins. C'est une profession médicale autonome à compétences définies et réglementées⁴⁵, comme la profession de chirurgien-dentiste. Seuls les médecins ont une compétence générale, limitée seulement par leurs connaissances et leur expérience personnelles.

[94] Les conditions d'exercice et l'organisation de ces trois professions médicales sont traitées dans les mêmes articles, ou dans des articles qui se suivent, aussi bien dans la partie législative⁴⁶ que dans la partie réglementaire⁴⁷ du code de la santé publique. Les dispositions relatives aux autres professions de santé figurent, quant à elles, dans des livres distincts : pharmaciens, personnel paramédical ...

⁴⁴ Source : questionnaire de la mission.

⁴⁵ Article R. 4127.313 du CSP.

⁴⁶ CSP. Partie législative. Partie IV. Livre 1^{er}. Titre 1^{er} : Exercice des professions libérales, Art. L 4211-1 à L 4211-8.

⁴⁷ CSP. Partie réglementaire. Partie IV. Livre 1^{er} : Les professions médicales. Art. D 4111-1 à R. 4153-9 ; Titre 2 : Organisation des professions médicales. Art. D 4111-1 à R. 4153-9.

[95] Le champ de compétences des sages-femmes comprend des actes réalisés en toute autonomie, relatifs aux prises en charges physiologiques, et d'autres qui peuvent être réalisés sous la responsabilité d'un médecin.

[96] Cependant, le rapport de l'IGAS de 2021 déjà cité a listé un certain nombre de pratiques témoignant d'une reconnaissance très relative de leur appartenance aux professions médicales. En matière de formation continue, de rémunération, de cotation des actes en secteur libéral, de classification par l'INSEE (catégorie « infirmiers, sages-femmes et professions assimilées »), de modalités de gestion à l'hôpital, de conditions de délivrance des diplômes et de recherche, il apparaît clairement que les sages-femmes ne sont pas traitées de la même manière que les autres professions médicales.

[97] Ce statut médical pour ainsi dire inabouti, limité, est souvent qualifié par les sages-femmes elles-mêmes « d'entre-deux » ou de « zone grise », ce qui alimente un sentiment de frustration professionnelle.

[98] La mission elle-même fait le constat, au cours de ses auditions et déplacements, d'une profession médicale « à part entière mais entièrement à part ». Afin de conforter ce caractère médical dès la formation initiale, elle estime qu'il conviendra de développer la dimension universitaire du cursus en accélérant l'intégration des structures de formation aux universités et en développant l'accès des étudiantes (via la soutenance d'une thèse d'exercice) et des enseignantes à la recherche.

1.4.3 Favoriser l'insertion des sages-femmes dans des parcours de recherche pour favoriser l'émergence à terme d'enseignants-chercheurs en maïeutique

[99] Aujourd'hui, il est très difficile pour les étudiantes de la filière maïeutique d'accéder aux master orientés vers la recherche, qui ne peuvent être suivis en parallèle d'études déjà très exigeantes. Celles qui souhaitent s'engager dans un parcours recherche sont ainsi contraintes, en l'absence de troisième cycle, de reporter leur prise de poste. L'absence de financement décourage par ailleurs de nombreuses candidates et réduit d'autant les possibilités de croissance du nombre futur d'enseignants-chercheurs en maïeutique.

[100] L'accès aux master conditionne en effet en partie le développement d'un vivier académique de sages-femmes susceptibles de poursuivre ensuite leur parcours universitaire pour préparer une thèse d'État.

[101] L'allongement de la formation doit permettre aux étudiantes ayant validé un master 1 à la fin du second cycle d'effectuer leur master 2 entre la cinquième et la sixième année en conservant le statut d'étudiant et les avantages liés à ce dernier.

[102] La création d'un troisième cycle en maïeutique pourrait également les rendre éligibles à l'octroi d'une « année de recherche », régi par l'arrêté du 21 janvier 2016 (modifiant l'arrêté du 4 octobre 2006), sous réserve de l'ajustement⁴⁸ du texte précité, qui définit les modalités de mise en œuvre de ce dispositif financé par l'assurance-maladie dans le cas des filières actuellement concernées. Ouvert aux étudiants en médecine, pharmacie et odontologie, il prévoit un stage théorique et un stage en laboratoire de six mois chacun, en France ou à l'étranger, au cours desquels l'étudiant conduit un travail de recherche (*cf. infra*).

⁴⁸ L'ajustement devrait notamment rendre accessible ce dispositif aux étudiantes inscrites en troisième cycle court.

[103] Cette sixième année permettra également de développer les unités d'enseignement portant sur l'initiation à la recherche, comme évoqué *infra*.

[104] La maïeutique, comme d'autres disciplines, ne constitue pas aujourd'hui un domaine de recherche spécifique mais fait l'objet de travaux relevant de plusieurs disciplines. Elle doit s'inscrire à ce titre dans la dynamique des écoles doctorales et des écoles universitaires de recherche (EUR). Cela permet notamment de soutenir les approches pluridisciplinaires, situées à l'interface de plusieurs domaines et portées par des unités de recherche existantes, mixtes ou non, en mobilisant aussi bien les sciences humaines et sociales (psychologie, management, *etc.*) que les sciences de la santé proprement dites, en particulier la biologie.

[105] Les sages-femmes, spécialistes de la physiologie, couvrent un champ disciplinaire très large. Les sujets de thèse de celles qui ont obtenu leur qualification comme maître de conférences en section 90 permet de mesurer la richesse et la diversité de leurs objets et thématiques de recherche (*cf.* Annexe 2).

1.4.4 Au-delà de la création d'une année supplémentaire, il convient de procéder à une refonte globale des deux premiers cycles tout en renforçant la formation pratique

[106] La mise en place d'une sixième année de formation en maïeutique ne saurait se concevoir comme le simple ajout d'une année supplémentaire, sans réflexion sur une refonte plus globale du cursus de formation des futures sages-femmes.

[107] La mission a ainsi analysé les quatre années de formation actuelles, hors première année de PASS / L.A.S. Les constats dressés et les recommandations qui en découlent portent à la fois sur le premier cycle et sur le deuxième cycle. Ces derniers forment un tout, qu'il s'agit de rendre plus efficace, plus attractif et préparant mieux à l'exercice effectif de la profession grâce à l'acquisition progressive d'une réelle autonomie.

[108] La mission considère que cette refonte globale doit viser un double objectif : réorganiser les enseignements théoriques et renforcer la pratique.

1.4.4.1 Cette refonte globale implique tout d'abord de mieux répartir la charge de travail dans le temps et d'alléger le rythme de la formation

[109] Comme indiqué *supra*, la mise en place d'une année supplémentaire de formation doit être assortie d'une meilleure répartition des enseignements théoriques et des stages, compte tenu du rythme de travail très souvent évoqué par les étudiantes et les jeunes diplômées. Ainsi 55 % des répondants au questionnaire jugent nécessaire de desserrer le calendrier actuel de la formation et de mieux répartir la charge de travail à l'occasion de l'allongement des études.

[110] Ce rééquilibrage implique de déplacer, d'alléger, voire de supprimer ou de remplacer certains modules, de répartir au mieux les stages, de dégager du temps pour les révisions et d'offrir davantage de flexibilité aux étudiantes pour la rédaction de leur thèse d'exercice. L'instauration d'une année supplémentaire permettra d'atteindre ces différents objectifs, à condition que les modules d'enseignement destinés à couvrir les nouvelles missions imparties aux sages-femmes n'occupent pas un volume horaire trop important (*cf. infra*).

1.4.4.2 Elle doit par ailleurs s'accompagner d'un renforcement de la formation pratique des étudiantes

[111] De nombreux interlocuteurs de la mission plaident pour un renforcement du volet pratique de la formation des sages-femmes. L'allongement progressif des études n'aurait en effet pas permis d'outiller suffisamment les étudiantes à l'issue de leur cursus. La part des enseignements théoriques, même si elle décroît progressivement tout au long du cursus, reste en effet importante; les stages sont insuffisamment encadrés du fait de la faible disponibilité des équipes hospitalières et se limitent parfois à un rôle d'observation qui ne permet pas à l'étudiante d'accomplir elle-même les gestes cliniques nécessaires à l'apprentissage d'une pratique autonome (*cf. infra*). Les étudiantes récemment diplômées reconnaissent être peu sûres d'elles dans l'exercice de certaines compétences attendues en salle de naissance, en suite de couches et dans d'autres domaines, en particulier en gynécologie.

[112] Sur ce point, il importe de veiller à une meilleure répartition entre théorie et pratique, dès le premier cycle, sous la forme de stages plus variés, plus longs, plus professionnalisants, mieux encadrés et qui permettent à chaque étudiante de développer son autonomie, en lien avec son projet professionnel (*cf. infra*).

2 Les contours du futur cursus de formation initiale en maïeutique : prendre davantage en compte la diversité des compétences des sages-femmes tout en préservant leur cœur de métier

2.1 Le cursus actuel, très dense, fait l'objet d'un cadrage réglementaire relativement précis

[113] La formation initiale en maïeutique est dispensée par 35 écoles ou départements universitaires, rattachés à des hôpitaux ou intégrés à des universités (*cf. infra*). Elle aboutit au diplôme d'État de sage-femme, délivré par l'université.

[114] Depuis 2003⁴⁹, la formation se déroule en cinq ans. Le cursus a été profondément revu en 2011 par un arrêté organisant le premier cycle⁵⁰, puis en 2013, par un arrêté organisant le second cycle⁵¹. Il s'inscrit dans l'architecture européenne des études supérieures Licence-Master-Doctorat (LMD)⁵².

[115] La formation est ainsi structurée en deux cycles :

- un premier cycle de trois ans aboutissant au Diplôme de Formation Générale en Sciences Maïeutiques (DFGSMa), conférant le grade de licence. Il comporte :
 - une première année en université, commune aux études de santé⁵³ : le PASS (parcours d'accès spécifique santé) ou la L.AS (licence accès santé). L'admission au sein de la filière maïeutique s'effectue à partir des résultats obtenus lors de ces parcours et le cas échéant d'épreuves complémentaires ;
 - une formation spécifique, la deuxième et la troisième années.
- Un second cycle (quatrième et cinquième années) aboutissant au Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Maïeutiques (DFASMa), de grade master.

[116] Depuis 2020, la procédure « Passerelles »⁵⁴ permet également aux titulaires de certains titres ou diplômes (master, doctorat, diplôme d'auxiliaire médical ou titre d'ingénieur), d'accéder directement en deuxième ou troisième années d'une des quatre filières du cursus santé (Médecine, Maïeutique, Odontologie et Pharmacie - MMOP) sans suivre la formation de première année (PASS ou L.AS) ni passer les examens correspondants. Cette possibilité de réorientation ou de reprise d'études accroît la fluidité entre les différentes formations médicales.

⁴⁹ Le décret du 7 mai 2003 subordonne l'accès aux études de sages-femmes, précédemment d'une durée de 4 ans, à une première année en premier cycle des études de médecine (PCEM1) dans une université ayant passé une convention avec une école de sages-femmes.

⁵⁰ Arrêté des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur du 19 juillet 2011 modifié relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques.

⁵¹ Arrêté des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur du 11 mars 2013 modifié relatif au régime des études en vue du diplôme d'État de sage-femme.

⁵² Afin de mettre en conformité les études de santé avec l'architecture européenne, le décret n°2014-1511 du 15 décembre 2014 permet désormais aux titulaires d'un diplôme d'État de sage-femme obtenu à compter de l'année universitaire 2014-2015 d'acquiescer le grade universitaire de master de plein droit.

⁵³ La loi HPST du 7 juillet 2009 crée une première année commune aux études de santé (PACES), remplacée par le parcours d'accès spécifique en santé (PASS) et les licences accès santé (L.AS) par la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé et le décret n° 2019-1125 du 4 novembre 2019 relatif à l'accès aux formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique.

⁵⁴ Arrêté du 13 décembre 2019 modifiant l'arrêté du 24 mars 2017 relatif aux modalités d'admission directe en deuxième ou troisième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme.

2.1.1 Le premier cycle est centré sur la physiologie

[117] Le DFGSMa comprend six semestres de formation validés par l'obtention de 180 crédits européens (ECTS⁵⁵) et conférant le grade de licence. Les étudiantes effectuent un service sanitaire intégré à la formation⁵⁶.

[118] L'arrêté de 2011 organisant le premier cycle distingue un tronc commun disciplinaire, qui représente entre 80 et 90 % du total des enseignements, et des unités d'enseignement librement choisies.

[119] Ces enseignements sont pour une large part théoriques. Ils doivent permettre l'acquisition d'un socle de connaissances scientifiques : savoirs de base en santé (santé publique, sémiologie, anatomie, pharmacologie, étude des principaux systèmes fonctionnels), en sciences humaines (psychologie, droit, éthique, anthropologie médicale) et initiation à la démarche de recherche ; ils comportent également l'acquisition de connaissances en maïeutique, obstétrique, gynécologie, pédiatrie et néonatalogie dans un contexte de grossesse normale. Les réponses au questionnaire⁵⁷ font état d'un nombre moyen d'heures de cours en premier cycle de 762 heures, dont 443 en DFGSMa2 et 319 en DFGSMa3, avec un minimum de 613 heures et un maximum de 983 heures.

[120] Les étudiantes amorcent leur pratique professionnelle avec des exercices de simulation (comme les consultations sur mannequin) et des stages (34 semaines en moyenne, allant de 23 à 40 semaines) consacrés à l'apprentissage clinique et aux soins généraux (un stage infirmier est ainsi organisé en deuxième année, comme pour les autres professions médicales) ainsi qu'au suivi de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale.

[121] Des enseignements de langue vivante et de maîtrise des outils numériques viennent compléter la formation.

[122] L'arrêté de 2011 ne précise pas la répartition entre les disciplines enseignées (contrairement à celui de 2013 sur le second cycle) ni entre formation théorique et clinique. Il définit en revanche quatre principes qui doivent guider l'élaboration des maquettes de formation : non-exhaustivité de l'apprentissage des connaissances théoriques, participation active de l'étudiant, interdisciplinarité et ouverture aux différentes orientations professionnelles, notamment à travers l'existence d'unités d'enseignement libres.

2.1.2 Le deuxième cycle fait alterner apprentissage théorique des pathologies et formation clinique

[123] Les enseignements du second cycle (quatrième et cinquième années) apportent une formation approfondie en sciences maïeutiques. Ils mettent l'accent sur l'obstétrique, la néonatalogie et la gynécologie, ainsi que sur la pathologie (obstétrique pathologique et pathologies du nouveau-né).

[124] L'arrêté de 2013 définit la structure de la formation de façon plus précise que pour le premier cycle, le nombre d'ECTS correspondant à chaque enseignement théorique ou clinique devant s'inscrire dans une fourchette. Au total, chaque école doit construire une maquette de formation totalisant 120 ECTS permettant la délivrance du grade de master.

⁵⁵ ECTS (*European Credit Transfert System*), système européen de transfert et d'accumulation de crédits.

⁵⁶ Arrêté du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire pour les étudiants en santé.

⁵⁷ Résultats hors école de Polynésie, dont les particularités notamment en termes d'effectifs d'étudiantes induiraient un biais dans la comparaison.

Tableau 2 : Nombre d'ECTS minimum et maximum de chaque discipline du deuxième cycle

	Nombre d'ECTS	
	minimum	maximum
Unités d'enseignement du tronc commun		
obstétrique, maïeutique, démarche clinique, diagnostic anténatal et médecine fœtale	14	16
néonatalogie, pédiatrie	6	10
gynécologie - santé génésique des femmes et assistance médicale à la procréation	4	8
pharmacologie	2	4
santé publique	4	6
sciences humaines et sociales - droit, économie, management et langue étrangère	6	8
recherche	2	4
Total	38	56
Parcours personnalisé	12	24
Total enseignement théorique	50	80
Unités d'enseignement clinique (stages)		
suivi prénatal	12	16
suivi pernatal	20	24
suivi postnatal	8	14
planification, surveillance gynécologique	8	14
Total	48	68
Mémoire	4	6
Total ECTS deuxième cycle	102	154

Source : Mission, à partir de l'arrêté de 2013 susvisé.

[125] Le second cycle est marqué par une plus grande alternance des enseignements théoriques et des stages. Une semaine de stage de 30 heures valant un ECTS, les étudiantes doivent effectuer entre 48 et 68 semaines de stage au cours de ce second cycle. Les réponses au questionnaire font apparaître une moyenne de 53 semaines de stage (de 45 à 58 semaines selon les structures de formation).

[126] Concernant les enseignements théoriques, un ECTS équivaut à environ 10h de cours⁵⁸. Les maquettes de second cycle devraient donc comporter entre 500 et 800 heures de cours, en incluant les heures du parcours personnalisé. Les réponses au questionnaire indiquent une moyenne de 545 heures de cours, correspondant cependant à des situations très variables, avec un minimum de 405 heures et un maximum de 1 029 heures.

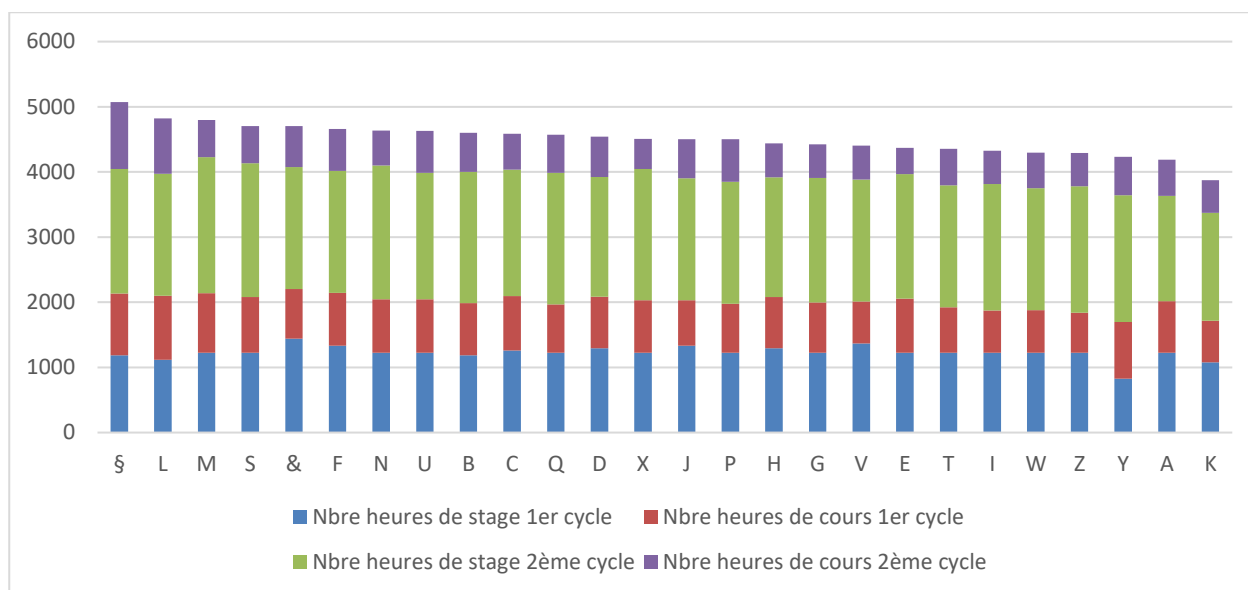
[127] Pour obtenir le diplôme d'État (DE) de sage-femme, les étudiantes doivent valider les enseignements, les stages, le certificat de synthèse clinique et thérapeutique (CSCT) et soutenir un mémoire.

⁵⁸ L'organisation en ECTS est structurée comme suit : un semestre de formation doit permettre d'acquérir 30 ECTS, chaque crédit valant 30 heures de travail, dont environ un tiers d'enseignements et deux tiers de travail personnel ; un semestre représente donc 900 heures et une année 1 800 heures de travail.

[128] Il leur est théoriquement possible de suivre, en parallèle de leur formation ou à son issue, un master ou un diplôme universitaire (DU) apportant une spécialisation complémentaire, notamment vers la recherche, l'enseignement ou un poste d'encadrement.

[129] Les quatre années du cursus représentent au total entre 3 900 et 5 100 heures d'enseignement théorique et pratique, selon les données communiquées par 26 écoles. Si on ajoute à ce volume horaire le travail personnel, estimé à deux heures pour une heure de cours, la formation en maïeutique (hors année de PASS/L.AS) représente entre 1 800 et 2 800 heures de travail par an. Elle dépasse ainsi le nombre d'heures prévues pour valider une année et 60 ECTS (de 1 500 à 1 800 heures de travail selon les formations).

Graphique 4 : Nombre total d'heures de formation théorique et clinique



Note : en abscisse figurent les structures de formation, identifiées par une lettre identique sur les graphiques 4 à 8

Source : Mission - exploitation des réponses à cet item du questionnaire de 26 structures de formation.

2.2 Les enseignements théoriques doivent correspondre au champ de compétences des sages-femmes et mieux se répartir entre physiologie et pathologie

2.2.1 Aujourd'hui, les enseignements théoriques excèdent parfois le périmètre de compétences des sages-femmes sans pour autant couvrir entièrement ce dernier et accordent une place très importante à la prise en charge des pathologies

[130] Comme indiqué *supra*, les études de maïeutique comprennent des enseignements diversifiés, faisant appel à plusieurs spécialités médicales (gynécologie, obstétrique, pédiatrie principalement). Elles impliquent de maîtriser un volume important de connaissances sur la santé des femmes et des nouveau-nés, en dissociant fréquemment les volets physiologiques et pathologiques, entre lesquels il est parfois difficile de trouver un juste équilibre.

2.2.1.1 Le premier cycle d'études en sciences maïeutiques apparait trop théorique au regard des besoins de formation des sages-femmes

[131] La mission est consciente de la nécessité d'une formation médicale générale, qui enseigne les fondamentaux nécessaires à l'exercice de la profession de sage-femme. Il est donc délicat de tracer la frontière entre les enseignements théoriques qui permettent d'acquérir une connaissance générale de la santé de la femme et du nouveau-né et ceux qui relèvent d'une spécialisation excessive.

[132] La mission a néanmoins recueilli de nombreux témoignages d'étudiantes ou jeunes diplômées faisant état d'un volume important d'enseignements en dermatologie, psychiatrie, ophtalmologie, néphrologie, neurologie, orthopédie, cardiologie, voire en gériatrie, dont elles ne perçoivent pas toujours l'utilité. Ont ainsi été mentionnés, en pédiatrie, un exposé approfondi sur la chirurgie réparatrice des malformations ano-rectales du nouveau-né, ou encore, en cardiologie, un cours sur les traitements respectifs des différentes formes d'infarctus – autant d'enseignements qui ne semblent pas relever du périmètre de compétences des sages-femmes ni revêtir une réelle utilité pour leur futur exercice professionnel.

[133] En matière de répartition de la charge de travail sur l'ensemble du cursus, ces enseignements théoriques, dont un certain nombre semble excéder les besoins de formation des sages-femmes, se concentrent en grande partie au cours de la deuxième année de formation – la première du cursus de maïeutique proprement dit.

[134] La plupart des étudiantes et sages-femmes rencontrées par la mission ont ainsi exprimé le souhait qu'une place plus importante soit accordée dès le début de la deuxième année aux enseignements ayant un lien direct avec leur future pratique professionnelle, comme la gynécologie ou l'obstétrique. À l'issue d'une première année de PASS/L.AS elle-même très généraliste, elles souhaitent aborder plus directement les connaissances et compétences correspondant au cœur du métier de sage-femme.

[135] S'il ne s'agit pas de récuser les apports théoriques fondamentaux, il convient de les ramener à leur juste place et de mieux les articuler aux enseignements de maïeutique. Ainsi, pour reprendre l'exemple mentionné plus haut, le fait de mesurer l'impact d'une cardiopathie sur le suivi de la grossesse ou de connaître certaines pathologies ophtalmiques (ex. lésion rétinienne pouvant s'accroître au moment de l'expulsion, toxoplasmose oculaire de la femme et du nouveau-né, changements réfractifs liés à la grossesse...) peuvent-ils s'avérer pertinents. Le croisement entre les apports théoriques des spécialités médicales et les apports théoriques propres à la maïeutique mériterait ainsi d'être abordé dès le premier cycle, au cours duquel, dans l'arrêté de 2011, les « *objectifs généraux* » et les « *principaux items* » de chaque spécialité apparaissent aujourd'hui très généraux.

[136] Enfin, il apparait que certains enseignements sont mutualisés au cours de cette deuxième année avec ceux dispensés aux étudiants en médecine. Les données de l'ANESF⁵⁹ montrent que 89,5 % des étudiantes ont bénéficié, durant leur premier cycle, de ce type d'enseignements.

[137] Ces données sont cohérentes avec les résultats du questionnaire exploité par la mission, au sein duquel 86 % des répondants confirment l'existence de ces mutualisations avec d'autres formations de santé, en particulier en embryologie, étude du tissu sanguin et du système immunitaire, hormono-reproduction, génétique, pathologies des reins et des voies urinaires ou encore en sémiologie générale.

⁵⁹ ANESF, Maquette de formation : état des lieux et propositions des étudiants sages-femmes, juin 2020.

[138] Les enseignements mutualisés dans ces disciplines, le plus souvent appréciés pour leur qualité, apparaissent parfois peu adaptés à la formation en sciences maïeutiques. Les étudiantes ont le sentiment que certains enseignants ne tiennent pas toujours compte de leur présence et du caractère spécifique de leur formation.

2.2.1.2 Au cours du second cycle, les enseignements sont davantage ciblés sur les compétences des futures sages-femmes mais la place occupée par la pathologie demeure trop importante au regard des connaissances à acquérir en physiologie

[139] L'obstétrique, la pédiatrie et la gynécologie occupent progressivement une plus grande place au cours des années suivantes. Les enseignements d'obstétrique et de maïeutique représentent toutefois 14 à 16 ECTS, alors que ceux de gynécologie ne comptent que pour 4 à 8 ECTS. Ainsi, l'acquisition des nouvelles compétences décrites *supra* (vaccination, IST, contraception, etc.), bien qu'intégrée au cursus, ne fait pas l'objet, aux yeux de nombreux interlocuteurs de la mission, d'enseignements suffisamment approfondis.

[140] Le déroulé actuel des études prévoit d'enseigner d'abord la physiologie, au cours du premier cycle, puis de se concentrer sur la pathologie au cours du second. Ainsi, la physiologie est très peu abordée en fin de cursus.

[141] Il ressort des entretiens conduits par la mission que les enseignements portant sur la pathologie sont parfois trop approfondis, sans être toujours utiles, dans la mesure où il convient avant tout, pour détecter une pathologie, de bien connaître la physiologie et de maîtriser les signaux d'alerte. Il n'est pas indispensable en revanche de connaître précisément la manière de traiter telle ou telle pathologie – laquelle excède le champ de compétences des sages-femmes. Celles-ci, à titre d'exemple, doivent être en mesure de diagnostiquer l'endométriозe, et d'assurer un rôle de premier recours dans la prise en charge. À l'inverse, les enseignements de physiologie sont perçus comme insuffisants en fin de cursus. Après avoir abordé la pathologie, les étudiantes éprouvent en effet le besoin de revenir à leur cœur de métier avec plus de maturité et de recul qu'en début de formation.

[142] 52 % des répondants au questionnaire considèrent ainsi que le cursus actuel n'est pas ou peu adapté aux compétences attendues des sages-femmes sortant de formation initiale en matière d'accompagnement de l'accouchement physiologique. À l'inverse, 93 % estiment que la pathologie, en particulier la détection des complications de l'accouchement, est maîtrisée à l'issue de la formation.

2.2.2 Le poids et la répartition des enseignements théoriques, bien qu'encadrés par les textes réglementaires, varient d'un territoire à l'autre

[143] La mission a analysé les maquettes de formation afin de mesurer l'hétérogénéité des enseignements théoriques sur l'ensemble du territoire.

[144] Celles-ci comportent généralement les mêmes intitulés, prenant la forme de blocs d'enseignements (ex. hormonologie-reproduction), comme le prévoient les textes réglementaires évoqués *supra*. Elles sont conformes au contenu des arrêtés encadrant la formation.

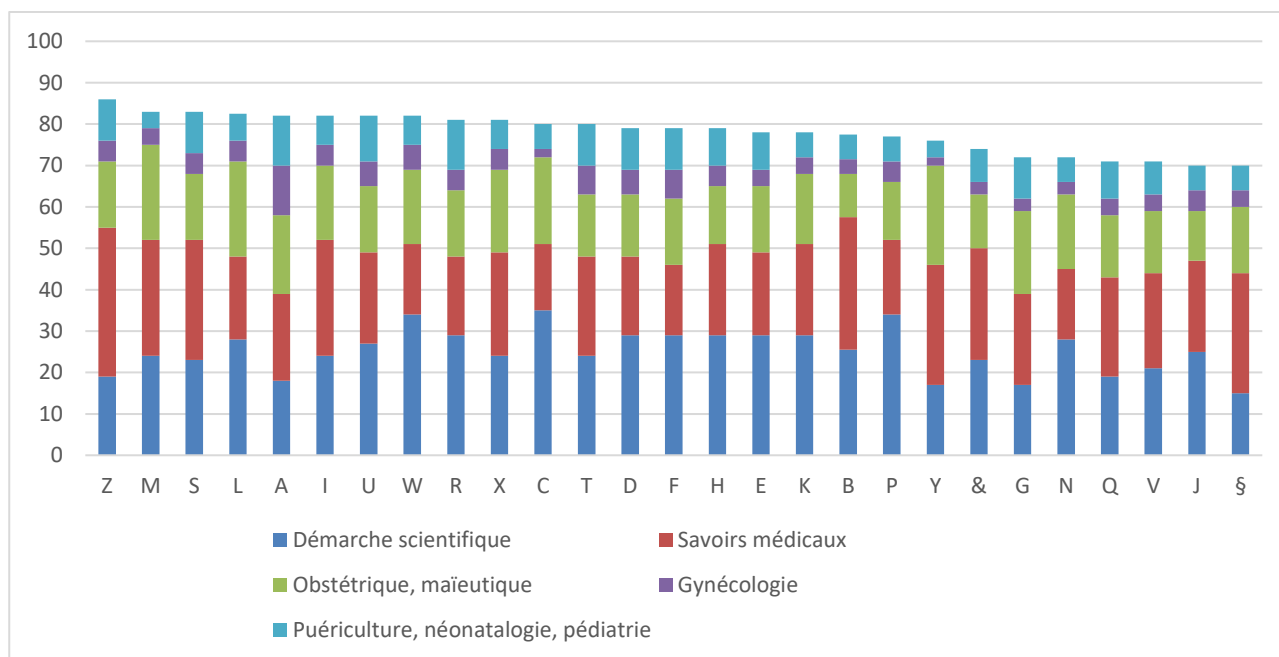
[145] En revanche, comme le font apparaître les réponses au questionnaire, le poids total des enseignements, leur répartition ou encore le degré de mutualisation peuvent varier d'une école ou d'un département universitaire à l'autre (ex. le nombre d'unités d'enseignement par semestre, le nombre d'ECTS accordé pour tel ou tel enseignement, l'année concernée).

[146] Le graphique ci-dessous illustre l'organisation générale des enseignements théoriques de premier cycle et les différences entre écoles ou départements : il indique le nombre total d'ECTS accordé à ces enseignements sur les deux années de DFGSMA et la répartition entre disciplines.

[147] Le poids des disciplines transversales regroupées sous les intitulés « démarche scientifique » (sciences, société, humanités ; santé publique et démarche de recherche ; sémiologie ; unités libres) et « savoirs médicaux » (l'ensemble des disciplines médicales non spécifiques) est prépondérant dans presque toutes les écoles ou départements.

[148] La charge globale d'enseignements est par ailleurs variable (de 70 à 86 ECTS) et lourde dans certaines écoles ou départements, alors que le total des deux années du premier cycle, enseignements théoriques et stages, (hors année de PASS/L.AS) requiert seulement 120 ECTS.

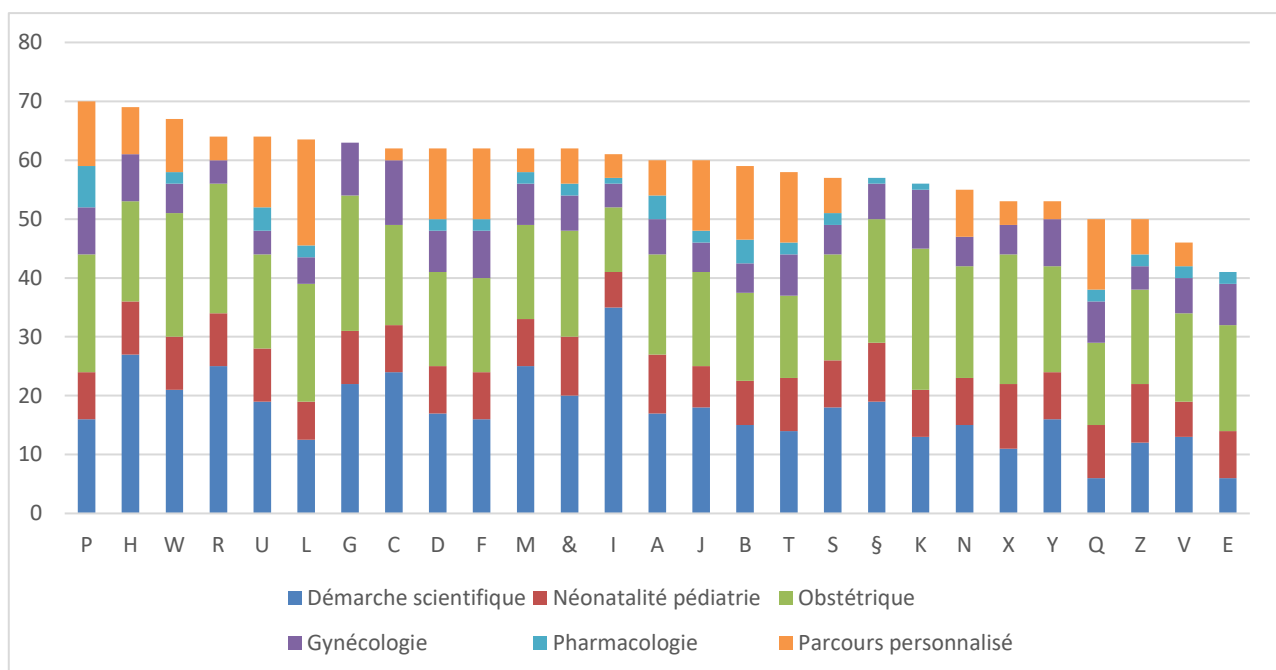
Graphique 5 : Total et répartition des ECTS de premier cycle pour les enseignements théoriques



Source : Mission - exploitation des réponses à cet item du questionnaire de 27 structures de formation.

[149] Concernant le second cycle, le nombre total d'ECTS varie de 41 à 70, couvrant ainsi presque toute la fourchette prévue par l'arrêté de 2013. Si la place du parcours personnalisé tend à occulter les écarts entre disciplines, qui dépendent en partie des choix des étudiantes, la part des enseignements de gynécologie demeure faible par rapport à celle des enseignements d'obstétrique.

Graphique 6 : Total et répartition des ECTS de deuxième cycle pour les enseignements théoriques



Source : Mission - exploitation des réponses à cet item du questionnaire de 27 structures de formation.

2.2.3 Il convient de mieux répondre aux enjeux de la diversification des missions des sages-femmes et de mettre davantage l'accent sur la physiologie

2.2.3.1 Concevoir une architecture plus équilibrée des enseignements

[150] S'il convient d'éviter les doublons en matière d'enseignement, du fait même de la densité de la formation (*cf. supra*), la mission ne considère pas qu'il s'agit là d'une priorité, faute d'avoir pu étayer leur existence, fréquemment évoquée par les étudiantes mais susceptible de recouvrir des approches pédagogiques différentes.

[151] Sur la base des constats précédemment dressés par la mission, il apparaît que les enseignements théoriques doivent à la fois :

- délivrer une culture médicale fondamentale articulée à l'ensemble du champ de compétences des sages-femmes, qui est déjà très vaste ;
- trouver un juste équilibre entre physiologie et pathologie.

[152] Les arrêtés définissant les grandes orientations des programmes doivent consacrer la priorité des unités d'enseignements spécifiques, afin de garantir la cohérence et la lisibilité de la formation. La mission recommande à cet effet que le volume d'enseignement de chaque discipline principale soit défini par une fourchette d'ECTS, pour l'ensemble du cursus.

[153] Devront notamment être renforcées les disciplines suivantes⁶⁰ :

- les unités d'enseignements en gynécologie, discipline qui doit être placée au même niveau de priorité que l'obstétrique, afin de garantir une formation opérationnelle aux futures sages-femmes en matière de suivi de la santé des femmes tout au long de la vie ;
- des unités d'enseignements en obstétrique, orientées vers le suivi de la femme enceinte en bonne santé (ou « à bas risque »), de la conception à l'entretien postnatal ;
- des unités d'enseignements en néonatalogie, puériculture et pédiatrie, incluant la réanimation du nouveau-né mais également le suivi des premiers jours et l'accompagnement jusqu'à la fin du premier mois de vie (alimentation, développement psychomoteur, etc.).

[154] Ces trois blocs d'unités constituent un socle commun, permettant de couvrir l'ensemble des compétences attendues des sages-femmes. Leur présence devrait être renforcée dès la deuxième année (*cf. supra*).

[155] Les autres unités d'enseignements mentionnées dans les arrêtés (*cf. supra*) doivent également être présentes dans les futures maquettes mais pourraient utilement être allégées, dans la mesure où elles ne constituent pas le cœur de la formation des futures sages-femmes (ex : immunologie, système digestif, dermatologie).

[156] Il importe également de développer les enseignements relatifs à la physiologie de la femme (enceinte ou non) et du nouveau-né. La part réservée à la pathologie devrait être davantage centrée sur les connaissances nécessaires à sa détection, et non à son traitement, qui incombe aux médecins (gynécologues obstétriciens, médicaux et pédiatres, voire médecins généralistes). La frontière entre pathologie et physiologie pourrait être revue afin d'introduire davantage de fluidité dans les maquettes. Ainsi, les pathologies courantes pourraient être abordées dès le premier cycle, pour dégager du temps et approfondir ainsi la dimension physiologique au cours du deuxième cycle.

[157] Concernant la physiologie, plusieurs interlocuteurs de la mission ont souligné qu'elle ne se limite pas à la connaissance de la femme en bonne santé et de la mécanique obstétricale, mais qu'elle doit inclure des connaissances plus larges, relatives aux processus naturels du travail et de l'accouchement et à leur accompagnement, qui doit pouvoir être proposé avec ou sans anesthésie péridurale (on parle alors d'accouchement « naturel »).

[158] Certains interlocuteurs de la mission considèrent par ailleurs que les enseignements délivrés par des médecins sont parfois trop orientés vers le traitement des pathologies. Il importe ainsi de privilégier dans les futurs enseignements une approche avant tout physiologique, laquelle va concerner *in fine* 70 % des naissances.

[159] Plusieurs volets du programme pourraient par ailleurs être traités de manière plus approfondie au sein des trois blocs d'unités d'enseignements dits « prioritaires ». Il ne s'agit pas d'alourdir les maquettes existantes mais de remplacer certains contenus par d'autres, qui répondent aux besoins de formation liés à l'évolution des compétences des sages-femmes :

- **la pédiatrie du nouveau-né bien portant**, comme l'examen clinique, l'alimentation ou le portage ;

⁶⁰ 41 % des répondants au questionnaire de la mission considèrent que les enseignements en obstétrique et en gynécologie devraient être renforcés dans le cadre de l'allongement des études en sciences maïeutiques. La proportion est de 34 % s'agissant des enseignements en puériculture, néonatalogie et pédiatrie.

- **l'allaitement**, dont la pratique est très en-deçà des recommandations de la Haute autorité de Santé (HAS) et de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), du fait notamment d'un défaut de connaissances et de consensus sur l'accompagnement des femmes souhaitant allaiter⁶¹ (69 % d'entre elles souhaitent allaiter immédiatement après la naissance puis seules 43 % allaitent jusqu'à un mois⁶²) ; la sensibilisation au don de lait devrait également être renforcée ;
- **l'orthogénie**, notamment du fait de l'élargissement des compétences relatives aux IVG ;
- **l'endométriose**, dans le cadre de la stratégie nationale contre l'endométriose de février 2022⁶³. L'objectif 6.3 de la feuille de route préconise d'améliorer la formation des sages-femmes au diagnostic et au suivi de cette pathologie, et de reconnaître leur rôle de premier recours dans sa prise en charge ;
- **la prévention et le dépistage des infections sexuellement transmissibles** de la femme et de son partenaire : sur ce point, 38 % des répondants au questionnaire de la mission considèrent que la formation actuelle est peu adaptée aux compétences attendues des sages-femmes sur ce sujet ;
- **la promotion et la réalisation des vaccinations des femmes et de leur entourage** : 52 % des répondants au questionnaire jugent le cursus actuel peu adapté aux compétences attendues des sages-femmes ;
- **la prévention et l'accompagnement des situations de violences intrafamiliales** : violences faites aux femmes et violences éducatives ;
- **l'accompagnement des femmes enceintes et des jeunes mères confrontées à des situations de précarité ou de dépression** (en lien avec l'entretien postnatal précoce⁶⁴) : 31 % des répondants considèrent que le cursus actuel est peu ou pas adapté aux compétences attendues des sages-femmes pour le suivi du *postpartum* et la détection de la dépression.

[160] Outre les trois unités d'enseignement « prioritaires », il convient également de développer deux unités d'enseignement transversales :

- une unité d'enseignement « recherche » plus opérationnelle, notamment orientée vers la préparation et la rédaction de la future thèse d'exercice, la participation à des protocoles de recherche clinique ou à des colloques pouvant donner lieu à des articles dans des revues scientifiques ;
- une unité d'enseignement « pratiques professionnelles » consistant, de manière transversale, à apprendre aux étudiantes à encadrer leurs futurs stagiaires (*cf. infra*), à diriger une équipe, à travailler en coordination avec d'autres professionnels, à dialoguer avec les patients, à dire et accompagner les « mauvaises nouvelles », à gérer le stress face aux situations d'urgence et au deuil périnatal.

[161] Ces différents enseignements doivent enfin s'accompagner, comme c'est déjà le cas aujourd'hui, d'unités d'enseignement libres, adaptées aux projets professionnels des étudiantes. Plusieurs interlocuteurs de la mission ont ainsi émis le souhait de voir se développer des enseignements optionnels permettant de préparer une pratique territoriale en PMI ou un parcours

⁶¹ Déclaration conjointe OMS/UNICEF à l'issue de la Semaine mondiale de l'allaitement maternel, 31 juillet 2020.

⁶² Source : bulletin épidémiologique hebdomadaire, dans Le Monde, 2015.

⁶³ L'endométriose, première cause d'infertilité en France, touche entre 1,5 et 2,5 millions de femmes en âge de procréer, soit une femme sur 10.

⁶⁴ En application de l'article 86 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022.

recherche, voire une spécialisation en échographie (à travers l'accès au diplôme universitaire) ou en médecine d'urgence périnatale.

[162] D'autres ont jugé nécessaire d'inclure une formation sur la dimension concrète de l'exercice libéral (réglementation, cotation des actes, gestion d'un cabinet, *etc.*). Compte tenu du développement continu de ce dernier, cette formation apparaît pertinente (elle apparaît parfois dans les maquettes, avec très peu d'heures). Elle pourrait être proposée en option.

2.2.3.2 Développer les modalités pédagogiques actives

[163] S'agissant des modalités pédagogiques de la formation, un renforcement de la simulation permettrait, dès le premier cycle, de conforter la pratique et d'enseigner de manière opérationnelle les principaux gestes techniques, qu'ils soient classiques (ex. toucher vaginal, sutures périnéales) ou plus complexes (ex. réanimation néonatale, hémorragie de la délivrance).

[164] Des mises en situation et des jeux de rôle prenant appui sur des dossiers de patientes, pourraient être proposés de façon plus régulière, notamment pour apprendre aux étudiantes à gérer les situations d'urgence. Les enseignements mutualisés mentionnés *supra*, pas toujours adaptés quant à leur contenu, pourraient être réduits, au profit d'un renforcement des simulations et mises en situation mutualisées sur des sujets impliquant une approche interprofessionnelle (ex. prise en charge des urgences obstétricales, pré-éclampsie, prévention et accompagnement de la dépression du *post partum*, gynécologie de prévention, violences faites aux femmes).

[165] Il convient également d'encourager les innovations pédagogiques, tout particulièrement pendant la sixième année, au cours de laquelle les enseignements, qui devront demeurer en nombre limité, ne doivent pas prendre la forme de cours magistraux mais être organisés sous forme de séminaires, de conférences, de journées thématiques ou d'analyses de pratiques réunissant, dans la mesure du possible, étudiantes en maïeutique et internes en gynécologie-obstétrique. Sur ce point, 79 % des répondants au questionnaire considèrent que la tenue de séminaires pluri-professionnels serait utile dans le cadre de l'allongement de la durée des études.

[166] La mission recommande ainsi, sur la base des entretiens conduits avec de très nombreux professionnels, des réponses au questionnaire et de ses propres analyses, un recentrage de la formation sur les enseignements médicaux généraux et une meilleure articulation, dès le début de la formation, entre l'acquisition de connaissances générales et les enjeux propres à la maïeutique. Elle propose également de lisser ces enseignements sur plusieurs années, afin de pouvoir les approfondir de façon progressive et de mieux équilibrer pathologie et physiologie.

Recommandation n°1 Alléger les enseignements médicaux généraux du premier cycle pour les recentrer sur les compétences spécifiques aux sciences maïeutiques.

Recommandation n°2 Rééquilibrer les enseignements théoriques portant sur l'obstétrique et la pédiatrie avec ceux portant sur la gynécologie et les nouvelles compétences des sages-femmes.

Recommandation n°3 Développer les enseignements théoriques de physiologie et veiller à leur alternance avec les enseignements de pathologie sur l'ensemble du parcours de formation.

2.3 Les stages doivent occuper une plus grande place dans les études de maïeutique, afin de renforcer la dimension clinique et opérationnelle de la formation des sages-femmes

2.3.1 Le positionnement des stages au sein du cursus, leur organisation et leurs terrains font l'objet actuellement d'une offre variable selon le territoire, naturellement centrée sur l'exercice hospitalier, avec parfois des enjeux d'accessibilité

[167] En complément des enseignements théoriques, les études de maïeutique comportent, dès les premières années de formation, une part importante de stages (*cf. supra*).

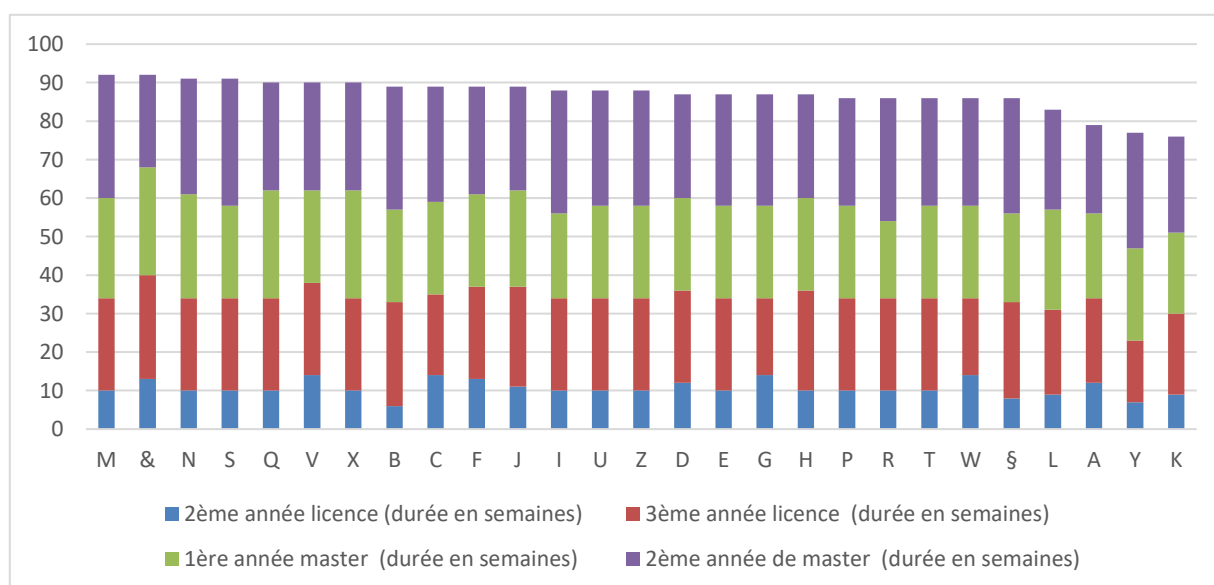
[168] La mission a analysé l'ensemble des maquettes des écoles et départements de maïeutique afin de mesurer le degré d'homogénéité de leur organisation sur le territoire.

[169] Concernant tout d'abord le rythme des stages, les données issues du questionnaire font apparaître une certaine hétérogénéité. Sur la base de 27 répondants, il apparaît qu'en deuxième année, le nombre total de semaines de stages est en moyenne de 11. Cette moyenne s'établit à 23 semaines en troisième année, 24 semaines en quatrième année et 29 semaines en cinquième année. Elle recouvre cependant des écarts parfois importants entre écoles ou départements universitaires. Les maquettes prévoient en effet, selon les établissements :

- entre 6 et 14 semaines de stages en deuxième année ;
- entre 16 et 27 semaines de stages en troisième année ;
- entre 20 et 28 semaines de stages en quatrième année ;
- entre 23 et 33 semaines de stages en cinquième année.

[170] Au total, sur l'ensemble du cursus, le nombre de semaines de stage varie de 76 à 92, comme l'illustre le graphique suivant.

Graphique 7 : Nombre total de semaines de stage par année sur l'ensemble du cursus



Source : Mission – exploitation des résultats à cet item du questionnaire de 27 structures de formation.

[171] Concernant les terrains de stage, si la deuxième année apparaît plutôt homogène, avec des premiers stages orientés principalement autour des soins généraux et infirmiers, une partie des étudiantes a déjà accès à des stages en salle de naissance ou en suites de couches.

[172] Lors de la troisième année, les stages dans les services de maternité se généralisent progressivement sur l'ensemble du territoire. Le passage en salle de naissance n'est cependant pas de règle, certaines étudiantes effectuant leurs stages en prénatal, en suites de couches ou encore dans les services de consultations ou d'échographie.

[173] Au cours de la quatrième et de la cinquième année, les stages au sein des services de grossesse pathologique se développent, en lien avec un enseignement moins axé sur la physiologie (*cf. supra*). Davantage de stages extrahospitaliers apparaissent également à ce stade du cursus, ainsi qu'une personnalisation accrue du choix des terrains.

[174] Les résultats du questionnaire font apparaître une disparité territoriale en matière de durée des stages dans les différents services hospitaliers, rejoignant en cela le constat de l'ANESF⁶⁵. À titre d'exemple, les stages en salle de naissance peuvent varier, au cours de la deuxième année, d'une à six semaines et de deux à huit semaines pour les suites de couches. Le constat est similaire pour la troisième année : la durée du stage en salle de naissance peut varier de trois à douze semaines selon les territoires et de deux à huit semaines pour celui en suites de couches.

[175] Les terrains de stages sont très centrés sur le milieu hospitalier et se déroulent souvent au sein des maternités (niveaux 1, 2 et 3) situées dans la région de l'école ou du département universitaire concerné. Ainsi, les répondants au questionnaire estiment qu'en moyenne, 79 % des stages sont effectués dans ce type de structure, avec des écarts significatifs entre structures (de 66 % à 92 %)⁶⁶, contre seulement 13 % en libéral et 5 % en PMI⁶⁷. La durée des stages hospitaliers est jugée adaptée par 69 % des répondants⁶⁸. Le graphique suivant rend compte de cette prépondérance des stages hospitaliers.

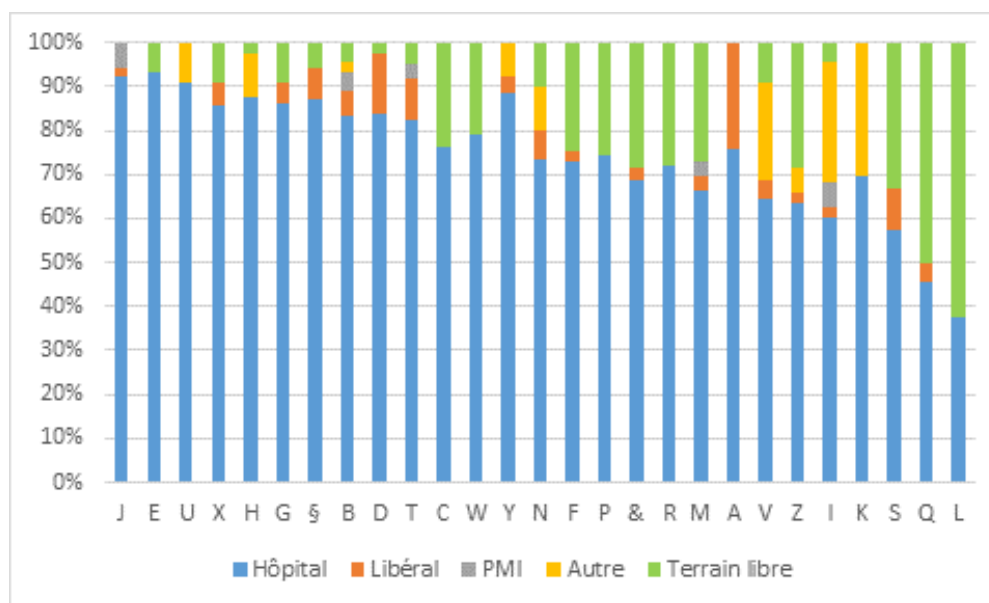
⁶⁵ ANESF, Maquette de formation : état des lieux et propositions des étudiantes sages-femmes, juin 2020.

⁶⁶ Il peut également y avoir des variations importantes selon les années d'études et selon le projet professionnel de l'étudiant.

⁶⁷ La part restante (3 %) renvoie à d'autres types de stage : au sein des maisons de naissance, des centres de planning familial, des stages internationaux, en maisons d'arrêt, en laboratoires de recherche, SAMU social, etc.

⁶⁸ 10 % considère toutefois que cette durée est excessive.

Graphique 8 : Répartition (en %) des différentes catégories de terrains de stage sur l'ensemble du cursus



Source : Mission – exploitation des réponses à cet item du questionnaire de 27 structures de formation.

[176] Il est logique que la plupart des stages se déroulent en milieu hospitalier, dans la mesure où les établissements de santé constituent un terrain très riche pour l'acquisition des gestes cliniques et l'apprentissage du métier de sage-femme, sous réserve d'un encadrement adapté (*cf. infra*). Outre les salles de naissance, ces structures permettent aux étudiantes de se former à la pratique des urgences obstétricales et plus globalement gynécologiques voire pédiatriques (réanimation néonatale), à la prise en charge des femmes enceintes dans les services traitant des grossesses pathologiques, à l'accompagnement des parents et des nouveaux nés au début de la période postnatale, au travail dans les services de consultation et d'orthogénie. La palette offerte est très large et couvre une bonne partie du champ de compétences des futures sages-femmes tout en les intégrant à un milieu pluri-professionnel.

[177] Le rythme d'alternance des gardes de jour et de nuit est jugé adapté par 97 % des répondants au questionnaire de la mission. Même s'il est éprouvant, les étudiantes rencontrées au cours des déplacements jugent ce format cohérent avec leur futur exercice professionnel. Il en est de même pour le rythme de 12 gardes pour un mois de stage (soit 36 heures par semaine), accepté par 86 % des répondants mais moins consensuel parmi les étudiantes rencontrées par la mission, qui préféreraient un rythme de 10 gardes mensuelles. Certaines directrices d'école ont toutefois indiqué que cet allègement du nombre de gardes serait bienvenu mais ne permettrait pas de construire une maquette de formation respectant le nombre d'ECTS exigé.

[178] La part des stages en milieu hospitalier est moins prégnante en fin de cursus, pour laisser place à des stages extrahospitaliers (essentiellement dans les cabinets libéraux et les PMI). Ces derniers sont l'occasion pour l'étudiant de découvrir un autre mode d'exercice mais souvent en tant que simple observateur, du fait de leur durée relativement courte. La part de stages en libéral est ainsi jugée insuffisante par 69 % des répondants au questionnaire, et celle des stages en PMI par 59 % d'entre eux.

[179] La plupart des écoles et départements universitaires prévoient dans leur maquette la réalisation, en cinquième année, d'un stage long de plusieurs mois, appelé stage « pré-pro » ou stage « intégré », qui revêt une dimension professionnalisante et qui peut déboucher dans certains cas sur

un recrutement. Ces périodes de stage varient généralement de 23 à 32 semaines, pour une moyenne de 27,7 semaines. Sur certains territoires, ce stage long est l'unique stage réalisé en cinquième année alors qu'ailleurs, il se cumule avec d'autres. Il peut avoir lieu au premier ou au second semestre et être ou non segmenté.

[180] Les stages proposés sont cohérents avec le champ de compétences des sages-femmes. En revanche, le positionnement des étudiantes lors de leur stage ne leur permet pas toujours de se familiariser suffisamment avec leur future pratique professionnelle, faute d'un encadrement suffisamment disponible et formé pour cela. Or, les stages, surtout ceux effectués en fin de cursus, doivent impérativement permettre aux étudiantes de pratiquer le plus souvent possible les gestes qu'elles devront maîtriser à la fin de leur formation initiale.

2.3.2 Il convient de renforcer la durée des stages, dans un objectif de professionnalisation et d'autonomisation accrues des étudiantes, tout en diversifiant les terrains afin de prendre en compte les différents types d'exercice possibles à l'issue des études

[181] La mise en place de la sixième année doit être l'occasion de renforcer l'apprentissage clinique des étudiantes (*cf. supra*).

[182] La mission considère qu'un stage long professionnalisant, voire de pré-recrutement, doit occuper une très large part de cette dernière année. Dans les écoles offrant déjà la possibilité d'un tel stage en cinquième année, celui-ci serait reporté en sixième année.

[183] Cette réorganisation des stages permettrait de mieux répartir les enseignements théoriques sur l'ensemble du cursus, d'accorder aux étudiantes plus de flexibilité pour la rédaction de la thèse d'exercice et d'augmenter la durée globale des stages tout au long de leur parcours de formation.

[184] Ce stage pourrait être intitulé « stage en autonomie progressive ».

[185] S'agissant du terrain, deux options sont possibles :

- la première consisterait à rendre obligatoire le déroulement en milieu hospitalier de ce stage long de sixième année, sous réserve d'un encadrement adapté (*cf. infra*). Ce scénario aurait le mérite de renforcer la pratique hospitalière de l'ensemble des étudiantes, l'acquisition d'un socle commun de gestes cliniques et l'intégration au sein d'une équipe. Même si l'étudiante envisage de débiter sa carrière dans le secteur libéral, ce passage obligé dans un établissement de santé lui permettrait d'acquérir un solide bagage en maïeutique et de se constituer un réseau en vue de son futur exercice professionnel. Ce scénario présente en revanche l'inconvénient d'une certaine rigidité, qui ne permettrait pas de prendre en compte le projet et les appétences des étudiantes. Une autre difficulté réside dans le nombre de terrains de stages hospitaliers, qui pourrait se révéler insuffisant dans certains territoires ;
- la seconde option, qui a la préférence de la mission, consisterait à ouvrir totalement les terrains envisageables pour la réalisation de ce stage long : établissements de santé publics et privés, secteur libéral, PMI, centres d'orthogénie, centre de planification et d'éducation familiale (CPEF), cabinets d'échographie, maisons de naissance, laboratoires de recherche, etc., sous réserve, là encore, de modalités d'encadrement adaptées (*cf. infra*). Elle a le mérite de prendre en compte la diversité des missions et donc des compétences des sages-femmes, ainsi que la variété des projets professionnels des étudiantes.

[186] L'offre de stages disponible sur le territoire devra s'adapter à la mise en place de ce stage long en sixième année (*cf. infra*). Le second scénario apparaît à cet égard plus facile à mettre en œuvre.

[187] D'une durée minimum de six mois, le stage en autonomie progressive pourrait se dérouler au sein d'une même structure, afin de permettre à l'étudiante d'acquérir progressivement une réelle autonomie. Il pourrait également être fractionné entre plusieurs terrains, en fonction du projet de l'étudiante et de l'offre de stages disponible sur le territoire (48 % des répondants au questionnaire sont favorables à cette possibilité de fractionnement).

[188] Le rôle et le positionnement des étudiantes qui effectueront leur stage au sein des maternités de niveau 3 devra par ailleurs être précisé, en particulier vis-à-vis des internes, dans le respect de leurs champs de compétence respectifs.

[189] Au-delà de ce stage, les phases d'immersion en milieu professionnel doivent être renforcées tout au long du cursus. 79 % des répondants au questionnaire partagent ce point de vue et proposent d'ajouter des stages notamment dans les secteurs suivants : maisons de naissance, secteur libéral, antennes de protection maternelle et infantile (PMI), hospitalisation à domicile (HAD), et sur des thématiques diversifiées : psychiatrie périnatale, néonatalogie et pédiatrie, dépistage des cancers, orthogénie, procréation médicalement assistée (PMA), échographie, etc.

[190] A ce titre, afin de s'assurer que toutes les étudiantes maîtrisent les différents volets de leur futur métier, l'arrêté encadrant la formation devra fixer un nombre minimum de semaines de stage à réaliser au cours du cursus au sein de structures correspondant à chaque mode d'exercice⁶⁹. Cette disposition garantira à la fois la maîtrise de la pratique hospitalière et la connaissance, même partielle, de l'exercice libéral, en PMI, voire dans les petites maternités de niveau I.

[191] L'allongement des études permettra aussi de renforcer la visibilité de l'exercice territorial au sein des PMI et les compétences des sages-femmes en matière de repérage des situations de vulnérabilité sociale et psychologique auxquelles sont confrontées certaines femmes enceintes ou jeunes mères, en lien avec les autres professions concernées (travailleurs sociaux, médecins, puéricultrices). Plusieurs répondants au questionnaire ont ainsi confirmé la nécessité de rendre obligatoires des stages au sein de ces structures.

[192] Il conviendrait également d'assortir l'ensemble des stages, dès la deuxième année, de retours d'expérience et d'analyse des pratiques au sein des écoles et départements universitaires, dans la mesure du possible avec les internes de gynécologie obstétrique, dans une perspective interprofessionnelle.

[193] En complément, en fin de quatrième ou en début de cinquième année, un entretien obligatoire entre l'équipe pédagogique et l'étudiante pourrait être mis en place afin d'aider cette dernière à construire son projet professionnel.

[194] Le développement des stages facilitera l'acquisition d'une réelle autonomie en fin de cursus, préparant ainsi les étudiantes à leur entrée dans la vie professionnelle. De très nombreux interlocuteurs de la mission ont en effet indiqué que les jeunes diplômées sont aujourd'hui moins prêtes à exercer que les générations précédentes, qu'elles se sentent moins armées, notamment pour gérer l'activité quotidienne d'une salle de naissance. Ce constat, qui peut sembler paradoxal au regard de l'allongement progressif des études de sage-femme, s'explique sans doute par une pratique insuffisante au cours des stages, du fait de la charge de travail des personnels et de leur faible disponibilité, qui ne leur permettent pas de confier aux étudiantes le soin de réaliser eux-mêmes certains actes ou gestes cliniques pourtant indispensables à leur formation.

⁶⁹ L'arrêté de 2013 détermine déjà une fourchette d'ECTS qui doivent être acquis dans les différentes thématiques de stages (prénatal, perinatal ...) mais n'évoque pas les terrains de stage.

[195] Enfin, la mission considère qu'il pourrait être opportun de réfléchir aux conditions auxquelles les étudiantes de sixième année volontaires seraient autorisées à réaliser des remplacements⁷⁰, sous réserve de l'accord de l'ordre et avec l'aval de l'équipe pédagogique qui devra notamment vérifier la durée et l'évaluation des stages déjà réalisés dans le secteur concerné. Sur ce point, deux options sont possibles :

- la réalisation de remplacements lors des périodes de congés ;
- la réalisation de remplacements à la place des stages. Cette piste d'évolution ne fait toutefois pas l'objet d'un consensus parmi les interlocuteurs de la mission. À titre d'exemple, 41 % des répondants au questionnaire y sont favorables, en secteur hospitalier, voire en cabinet libéral et en PMI, dès lors que l'étudiante a validé le certificat de synthèse clinique et thérapeutique (CSCT) et sous la supervision d'une sage-femme expérimentée.

[196] La mission note que les étudiants en sixième année de pharmacie et d'odontologie peuvent effectuer des remplacements, respectivement en officine et en cabinet libéral, à condition d'avoir validé leur cinquième année. Les étudiants en pharmacie doivent en outre avoir effectué un stage de six mois de pratique professionnelle et être détenteurs d'un certificat de remplacement en cours de validité délivré par le président de conseil régional de l'Ordre ; ceux en chirurgie dentaire doivent avoir obtenu le CSCT et l'autorisation du conseil départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes.

Recommandation n°4 Définir un minimum obligatoire de stages à réaliser au cours du cursus pour chaque mode d'exercice (maternités de différents niveaux, exercice libéral, exercice territorial).

Recommandation n°5 Systématiser un stage en autonomie progressive au cours de la sixième année, sur une durée d'au moins six mois, réalisé de manière fractionnée ou non en fonction du projet de l'étudiant et de l'offre de stages disponible sur le territoire.

2.4 La sixième année pourrait être structurée en un troisième cycle court en sciences maïeutiques, comportant notamment la soutenance d'une thèse d'exercice

[197] L'ajout d'une sixième année de formation implique de créer un troisième cycle d'études de maïeutique. Outre le respect de la structuration européenne des études supérieures au format licence master doctorat (LMD), la mise en place d'un troisième cycle court permet d'aligner les études de maïeutique sur l'organisation des filières d'odontologie et de pharmacie :

- le troisième cycle court de pharmacie dure un an, avec une spécialisation des étudiants soit en « parcours d'officine », soit en « parcours d'industrie » ;
- le troisième cycle court d'odontologie dure également un an, et permet de préparer les étudiants à l'exercice autonome de la profession, dans le secteur hospitalier ou libéral.

[198] Dans les deux cas, des diplômes d'études spécialisées (DES) courts sont en cours de définition et devraient être mis en place dans les prochaines années.

[199] Dans un souci de cohérence entre les filières médicales, la mission considère qu'il serait opportun de s'inspirer des travaux en cours visant la création de DES courts en pharmacie⁷¹, envisagés pour la prochaine rentrée universitaire, et du DES d'odontologie générale pour lancer des

⁷⁰ Article D. 4151-15 du CSP.

⁷¹ Rapport de la mission de finalisation de la réforme du troisième cycle des études pharmaceutiques, B Muller, B Décaudin, octobre 2021.

travaux visant à la création d'un DES général de sciences maïeutiques. Il aurait comme objectif l'acquisition de l'ensemble des compétences nécessaires à l'exercice du métier de sage-femme.

[200] La durée du troisième cycle serait de deux semestres. Il n'y aurait pas d'options. La mission considère en effet que l'élargissement des compétences des sages-femmes est trop récent et leurs choix d'exercice encore trop instables pour que soit mis à l'ordre du jour la réflexion sur une spécialisation, qui s'imposera peut-être à l'avenir.

[201] Des formations spécialisées transversales (FST) « Santé publique » ou « Innovation et recherche en sciences biologiques et pharmaceutiques » pourraient par ailleurs être proposées.

[202] Les enseignements universitaires seraient principalement organisés sous forme de séminaires – une dizaine environ au cours de l'année et dans la mesure du possible, en inter-professionnalité, comme indiqué *supra*. Ces séminaires, qui feraient une large place aux retours d'expérience et aux études de cas, réuniraient notamment étudiantes en maïeutique et en gynécologie-obstétrique, favorisant ainsi le développement d'une culture commune entre de futurs professionnels qui sont appelés à travailler en lien étroit et dont les champs de compétences présentent de nombreuses zones de recouvrement.

[203] L'évaluation des compétences reposerait sur l'auto-évaluation et la validation par le maître de stage. Elle pourrait s'appuyer sur des mise(s) en situation professionnelle (Examens cliniques objectifs et structurés) et sur un portefeuille d'expériences et de compétences conçu à cet effet.

[204] La validation du troisième cycle nécessiterait :

- la validation de l'ensemble des compétences – faute de quoi l'étudiant devrait accomplir un stage complémentaire ;
- la soutenance au cours de l'année de formation et au plus tard avant le 31 décembre de l'année universitaire suivante d'une thèse d'exercice portant sur un travail de recherche, d'amélioration et ou d'évaluation des pratiques en maïeutique. Elle permettra l'obtention du diplôme d'État de docteur en maïeutique.

[205] Les étudiantes devront avoir suivi, en cinquième année, une UE de préparation à la recherche avec des notions de recherche bibliographique, de lecture critique d'article, de bio-statistiques, *etc.* Cette UE pourrait être construite, au plan national, par un collège d'enseignants-chercheurs.

[206] La thèse d'exercice doit être encadrée par un enseignant-chercheur. Elle sera soutenue devant un jury, composé d'au moins trois membres, habilité à valider le diplôme.

[207] Les sages-femmes en activité qui souhaitent obtenir le titre de docteur en sciences maïeutiques pourraient soutenir une thèse d'exercice, dans le cadre d'une procédure de validation des acquis de l'expérience (VAE) à étudier.

[208] S'agissant du CSTS, il pourrait être envisageable de le maintenir, comme aujourd'hui, en fin de cinquième année, avec la possibilité de le reporter d'un an, ou de l'intégrer dans les examens finaux de cinquième ou sixième année.

Recommandation n°6 Mettre en place un troisième cycle court en sciences maïeutiques, conférant le titre de docteur en maïeutique après soutenance d'une thèse d'exercice, et validé éventuellement par un DES court de sciences maïeutiques générales.

[209] Afin de visualiser les évolutions proposées par la mission en matière de volumétrie et de répartition des enseignements théoriques et cliniques sur l'ensemble du cursus, un tableau de synthèse figure à titre indicatif en annexe 3.

2.5 La construction du nouveau cursus doit être fondée sur une approche par compétences, et l'évaluation doit s'appuyer davantage sur la maîtrise clinique

2.5.1 Une formation construite sur une approche par compétences

[210] La mission considère que la mise en place de la sixième année constitue une véritable opportunité pour développer le modèle pédagogique reposant sur une approche programme et une approche par compétences. Il s'agit également d'une condition de réussite de la réforme de cette formation qui s'articule avec la mise à jour du référentiel en cours de d'actualisation (*cf. supra*).

[211] À la différence d'une approche-cours classique où chaque enseignant construit son propre enseignement de façon autonome, en fonction de son expertise et des connaissances ou compétences qu'il juge important de transmettre, l'approche-programme participe d'une démarche collégiale et repose sur l'analyse des objectifs de la formation (*learning outcomes*) – lesquels s'appuient sur un référentiel d'activité (ou référentiel métier) et un référentiel de compétences (à distinguer du référentiel métier).

[212] Dans un triple objectif de cohérence globale du cursus, d'alignement pédagogique entre les enseignements -relevant d'une approche programme- et d'une meilleure organisation des apprentissages - mais également de l'évaluation - dans une approche par compétences, ces démarches présentent plusieurs avantages. Elles permettent de contextualiser les apprentissages et de leur donner un sens en plaçant l'étudiant, invité à mobiliser les savoirs acquis au cours de la formation dans le cadre de situations données, au centre du dispositif tout en renforçant ses capacités d'analyse, ses compétences transversales et son autonomie.

2.5.2 Une évaluation des compétences davantage fondée sur la maîtrise clinique

[213] L'évaluation des compétences repose de plus en plus aujourd'hui sur des méthodes qui garantissent sa faisabilité (nombre d'enseignants nécessaire pour effectuer des examens cliniques objectifs et structurés par exemple), sa fiabilité (ou reproductibilité) et sa validité. Elle présente en outre une dimension formative et contribue à ce titre à l'acquisition même des compétences qu'elle est censée évaluer.

[214] Les questionnaires à choix multiple (QCM) ou les questions orientées exclusivement sur le contrôle des connaissances privilégient la restitution d'un savoir (acquis parfois de façon hâtive et superficielle). L'évaluation clinique, plus intéressante et à terme plus efficace, est en revanche plus difficile à mettre en œuvre. Elle se heurte ainsi, lors des stages, à la faible disponibilité des sages-femmes et à leur absence de formation à cet exercice. Les étudiantes ressentent actuellement cette évaluation comme anxiogène, parfois brutale, en décalage par rapport à leurs attentes en matière de formation et de retour sur leurs pratiques, avec une grande diversité de pratiques en fonction des services.

[215] Dans le cadre des formations en santé, l'enseignant a la possibilité de mesurer la performance de l'étudiant (un diagnostic, le résultat d'un geste technique, etc.), qui dépend de la bonne articulation entre l'enseignement reçu et sa mise en pratique. C'est l'occasion d'évaluer ses compétences réelles, en prenant en compte non seulement l'acte lui-même, mais l'ensemble des facteurs qui assurent la bonne prise en charge du patient : hygiène et asepsie, professionnalisme, organisation et gestion, application des connaissances, aptitudes gestuelles, empathie, etc.

[216] Concernant l'évaluation clinique, il conviendrait d'adopter une méthode d'évaluation positive, fondée sur un retour d'expérience structuré et formalisé, de façon à accompagner l'étudiant dans l'acquisition des compétences attendues.

[217] Cette évaluation formative implique de définir au préalable les critères d'évaluation des compétences requises, de les formaliser et de faire à l'étudiant un retour régulier (*feed back*), sur sa progression. L'objectif principal de l'évaluation formative est d'identifier les difficultés rencontrées par l'étudiant et de lui permettre de les surmonter progressivement.

Recommandation n°7 Faire évoluer l'évaluation des étudiantes vers davantage d'évaluation formative pendant les périodes d'apprentissage clinique, afin de développer la maîtrise des compétences et non seulement privilégier le contrôle de l'acquisition des connaissances.

3 Les conditions de réussite de l’allongement des études de sage-femme

3.1 Achever l’intégration universitaire des écoles de maïeutique

[218] Le processus de Bologne et les revendications des professionnels de santé ont conduit à mettre en œuvre au cours des années 2 000 un processus de convergence entre les formations universitaires et les formations aux diplômes d’État, pour la plupart hospitalières⁷² et placées de ce fait sous la tutelle du ministère de la Santé, au niveau national comme régional.

[219] Dès 1992, avant une généralisation en 2002, les promotions d’étudiantes en maïeutique ont résulté d’un classement commun avec les filières de médecine et d’odontologie. La première année commune aux études de santé (PACES) a été créée en 2010. À l’issue de la PACES, et désormais du PASS ou de la L.AS, les futures sages-femmes intègrent l’une des 35 écoles de formation, dont 14 ont opté pour leur intégration à une université – laquelle implique le transfert à cette dernière de leur financement et la mise à disposition des personnels concernés.

[220] En 2022, selon les réponses au questionnaire, 14 structures de formation sont ainsi intégrées en tant que départements dans une unité de formation et de recherche (UFR) de médecine, de médecine et maïeutique, ou un Pôle santé de leur université respective : Marseille (Aix-Marseille-Université), Nancy (Université de Lorraine), Nîmes/Montpellier (Université Montpellier), Université catholique de Lille, Poissy et Suresnes (Université Versailles Saint-Quentin) Brest (Université de Bretagne-occidentale), Dijon et Besançon (Université de Bourgogne-Franche-Comté), Strasbourg (Université de Strasbourg), Angers (Université d’Angers), Bourg-en-Bresse/Lyon-Sud (Université de Lyon), Martinique (Université des Antilles), Reims (Université de Reims Champagne-Ardenne) et Grenoble ⁷³(Université Grenoble-Alpes).

[221] Le diplôme de sages-femmes est délivré depuis 2011⁷⁴ par l’université de rattachement, quel que soit le statut de la structure délivrant la formation (école hospitalière ou département intégré à une université).

[222] Ainsi, les étudiantes en maïeutique sont-elles inscrites à l’université sans devoir acquitter de droits complémentaires. Si les bourses sont servies par les régions, leur montant, défini par arrêté, est identique à celui des bourses sur critères sociaux dont peuvent bénéficier les étudiants inscrits à l’université. Les étudiantes peuvent accéder aux prestations délivrées par les Centres régionaux des œuvres universitaires (CROUS). La reconnaissance de ce statut étudiant leur permet également de bénéficier des services financés par la contribution de vie étudiante et de campus (CVEC)⁷⁵ et de participer aux élections des membres des organes centraux de l’université.

[223] La transformation de plusieurs facultés de médecine en facultés de santé a accéléré les rapprochements avec les écoles de maïeutique et de kinésithérapie ainsi qu’avec d’autres formations dans le domaine de la réadaptation. La loi relative à l’organisation et à la transformation du système

⁷² Les formations aux métiers d’auxiliaires médicaux (ainsi dénommées réglementairement) sont nombreuses (une trentaine), conduisant à 25 métiers. Elles regroupent environ 160 000 étudiants post bac, répartis entre des instituts (environ 450, rattachés à des hôpitaux publics), des BTS ou des DUT/BUT, et des écoles de spécialité (dont les sages-femmes, bien qu’il s’agisse d’une profession médicale). Depuis la loi de décentralisation de 2004, ces formations sont financées (en fonctionnement) par les régions.

⁷³ Les enseignantes de Grenoble ont choisi de réintégrer le CHU, en signe de protestation contre la non-attribution aux personnels mis à disposition de la prime Ségur, mais l’école reste un département universitaire.

⁷⁴ Article 1 de l’arrêté ESR-DGESIP du 19 juillet 2011 : diplôme « délivré par les universités habilitées » (...)

⁷⁵ <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/la-contribution-vie-etudiante-et-de-campus-cvec-46279>.

de santé de juillet 2019 a ouvert la voie à des expérimentations⁷⁶ en la matière et relancé ainsi le processus en favorisant l'intégration des écoles de maïeutique à des UFR Santé.

[224] La création de nouvelles sections du Conseil national des universités (CNU)⁷⁷ a également constitué une étape importante dans le renforcement du caractère universitaire de la formation. Elle ouvre en effet aux sages-femmes l'accès à des postes d'enseignants-chercheurs (*cf. infra*) et permet de reconnaître l'engagement dans la recherche de certaines d'entre elles, titulaires d'un doctorat. De façon plus générale, elle permet d'envisager la création d'une véritable filière universitaire dans le domaine de la maïeutique.

[225] La réforme des modalités d'accès aux écoles, avec le remplacement des concours d'entrée par le parcours commun PASS/L.AS accessible via Parcoursup, a également contribué à rapprocher la maïeutique et les formations paramédicales des autres formations de santé.

[226] Des conventions entre les régions, les hôpitaux et les universités intégrant les écoles à ces dernières sous forme de départements au sein des UFR ont organisé le partage des tâches et permis de financer la formation au sein de l'université. Cependant, les situations sont variables selon les territoires.

[227] Ainsi, si quatorze structures de formation de sages-femmes sont entièrement intégrées sous la forme d'un département universitaire, d'autres conservent leur caractère hospitalier mais sont hébergées sur le campus Santé, bénéficiant ainsi de l'accès aux infrastructures d'enseignement et de recherche et de la proximité avec les enseignants-chercheurs. Leurs personnels et leurs étudiantes ont témoigné auprès de la mission des effets positifs de l'intégration à l'université (ou du simple rapprochement géographique). Dans le même temps, le développement d'innovations pédagogiques mobilisant des outils numériques et de simulation en santé « pour reproduire des situations ou des environnements cliniques, poser un diagnostic et prendre des décisions thérapeutiques »⁷⁸ a nécessité un travail et un investissement conjoints de l'ensemble des acteurs. Il permet un enrichissement mutuel, le renforcement de l'approche par compétences, un plus large accès à la recherche et le développement de l'inter-professionnalité dans la perspective d'un parcours de soin coordonné.

[228] Il s'agit désormais d'accélérer ce processus d'intégration universitaire et de surmonter les freins matériels et administratifs. Ces freins sont liés à l'évaluation des charges directes et indirectes, à la répartition des ressources, au dialogue entre les parties, à la levée de certaines craintes des écoles relatives à une perte éventuelle de visibilité ou d'autonomie, aux incertitudes qui pèsent sur le statut et sur les rémunérations des sages-femmes enseignantes (*cf. infra*) ou encore à la résistance de certains acteurs, analysée dans le rapport IGAS de juillet 2021 susvisé.

[229] L'abandon du *numerus clausus* au bénéfice du *numerus apertus* doit par ailleurs inciter l'ensemble des parties prenantes – universités, ARS, ministères et régions – à engager un dialogue et à faire converger leurs positions dans l'intérêt des étudiantes et pour répondre aux besoins de santé publique sur l'ensemble du territoire. Une concertation État-Régions et la consolidation des

⁷⁶ Art. 39 : « L'État peut, à titre expérimental et pour une durée de six ans à compter de la rentrée universitaire 2020, autoriser l'organisation des formations relevant du titre III du livre VI du code de l'éducation selon des modalités permettant de renforcer les échanges entre les formations, la mise en place d'enseignements en commun et l'accès à la formation par la recherche. »

« Les conditions de mise en œuvre du premier alinéa du présent article sont définies par voie réglementaire. Elles précisent notamment les conditions d'évaluation des expérimentations en vue d'une éventuelle généralisation (...) ».

⁷⁷ Section 90 « sciences maïeutiques » Section 92 « sciences infirmières » Section 91 « sciences de la rééducation et de la réadaptation » - Décret n° 2019-1107 du 30 octobre 2019.

⁷⁸ *America's Authentic Government Information. H.R. 855 To amend the Public Health Service Act to authorize medical simulation enhancement programs, and for other purposes. 111th Congress 1st session. GPO; 2009 - traduction proposée dans le rapport simulation HAS.*

partenariats universités-régions sont indispensables en matière de programmation des effectifs étudiants (*cf. infra*). Dans ce contexte, la création d'un comité de suivi de l'intégration des formations de maïeutique à l'université composé de représentants des deux ministères, des régions, des universités, des CHU, des doyens de faculté de médecine ou de santé, des écoles et des étudiantes serait de nature à relancer et à accélérer le processus.

[230] Le développement de la recherche en santé, l'alignement sur les meilleurs standards internationaux en matière de formation et le développement d'une prise en charge coordonnée des patients pour accompagner l'évolution du système de santé apparaissent comme les principaux enjeux d'une intégration universitaire qui doit par ailleurs asseoir définitivement le statut médical de la profession de sage-femme.

[231] Enfin, la création d'une sixième année d'études débouchant sur la soutenance d'une thèse d'exercice spécialisé nécessite que l'ensemble des formations en maïeutique s'inscrivent dans un cadre universitaire.

Recommandation n°8 Finaliser l'intégration universitaire des écoles de sages-femmes dans un délai de deux ans, en renforçant le portage politique par les deux ministères.

3.2 Prévoir des statuts et des conditions de travail adaptés et équitables pour les étudiantes, les enseignants et les professionnels encadrant les stagiaires

[232] S'agissant tout d'abord des statuts, la mission considère le statut d'interne comme inadapté aux étudiantes de sixième année de formation en maïeutique. Il correspond en effet à un troisième cycle long, avec un concours d'entrée. Or, l'allongement des études de sages-femmes conduit à créer un troisième cycle court, sur le modèle de la filière courte des études de pharmacie et d'odontologie, au sein desquelles les étudiants conservent leur statut d'étudiant hospitalier.

3.2.1 L'allongement du cursus d'études ne doit pas alourdir la charge financière qui pèse sur les étudiantes

[233] Une étude de la DREES portant sur la promotion 2010 des étudiants s'inscrivant en première année d'études de santé constate que les étudiantes en maïeutique ont une origine sociale plus diversifiée que celle des étudiants intégrant les autres filières, issus en majorité de milieux favorisés. Ces derniers ont aussi plus de chances d'intégrer une deuxième année, ce qui n'est pas le cas pour les étudiantes en maïeutique⁷⁹. Dans l'enquête relative au bien-être des étudiants, réalisée par l'ANESF en juillet 2018 (*cf. supra*), un tiers des étudiants interrogés considère sa situation financière comme « mauvaise » à « très mauvaise » (28 % bénéficient de bourses, 29 % d'une aide de la CAF et 38 % de l'aide d'un membre de la famille).

[234] Il est en conséquence important d'améliorer les dispositifs d'accompagnement financier des étudiantes, tout au long de leur cursus, pour éviter un éventuel effet dissuasif résultant du coût lié à l'allongement des études.

⁷⁹ Profil et parcours des étudiants en PACES, Études et résultats DREES, n°927 Juillet 2015.

3.2.1.1 La rémunération des étudiantes de sixième année doit être équivalente à celle des autres étudiants hospitaliers de troisième cycle

[235] Les étudiants du deuxième cycle de formation des filières de médecine, odontologie, pharmacie et maïeutique perçoivent, en tant qu'étudiants hospitaliers, une rémunération d'un montant de 3 120 € annuels en quatrième année et de 3 840 € en cinquième année⁸⁰.

[236] La création d'une sixième année de formation en sciences maïeutique doit logiquement donner lieu à une allocation du même montant que celle versée aux étudiants de la filière odontologie effectuant un troisième cycle court, soit 4 680 € depuis septembre 2020⁸¹.

Recommandation n°9 Attribuer aux étudiantes de sixième année d'études maïeutiques une rémunération équivalente à celles des autres étudiants hospitaliers effectuant un troisième cycle court.

3.2.1.2 Les indemnités doivent mieux compenser les frais supportés par les étudiantes

[237] Les étudiantes en maïeutique ne bénéficient pas de certaines indemnités accordées aux autres étudiants se destinant aux professions médicales et paramédicales :

- les étudiants de deuxième cycle en médecine en stage perçoivent une indemnité pour les gardes effectuées au-delà de leur service normal⁸², notamment les gardes de nuit, dimanches et jours fériés. Même si l'organisation et le temps de travail sont différents (trois gardes de 12h pour les étudiantes-sages-femmes pendant leurs stages, en alternance jour/nuit ; dix demi-journées pour les étudiants en médecine), il conviendrait de reconnaître la pénibilité des gardes effectuées par les étudiantes en maïeutique la nuit et le week-end ;
- les étudiants en soins infirmiers, quant à eux, perçoivent une indemnité pour tous les stages réalisés durant leur cursus d'études, ainsi que le remboursement de leurs frais de transport⁸³.

[238] Aussi, la mission estime que l'indemnisation des étudiantes en maïeutique doit être améliorée : il n'est pas équitable qu'elle soit inférieure à celle des autres étudiants en santé, filières médicales comme paramédicales.

[239] Comme les étudiants des autres filières médicales, les étudiantes de deuxième cycle peuvent bénéficier d'une indemnité forfaitaire de transport, d'un montant de 130 € bruts mensuels, pour tout stage situé à plus de 15 kilomètres de l'établissement de référence et du domicile de l'étudiant⁸⁴. Les frais de transport liés aux stages effectués dans le cadre du service sanitaire sont quant à eux remboursés à leur coût réel.

[240] Cependant, l'ANESF indique⁸⁵ que 15 CHU sur 32 ne versent pas correctement cette indemnité, près de six ans après sa mise en place. Or, d'après la même enquête, la distance moyenne d'un terrain de stage est de 65 km. L'ANESF estime qu'en moyenne, une étudiante en maïeutique parcourt 4 600 km par an dans le cadre des stages qu'elle doit effectuer.

⁸⁰ Article R. 6153-105 du CSP.

⁸¹ Article R. 6153-63 du CSP.

⁸² Arrêté du 17 juin 2013 modifié relatif aux modalités de réalisation des stages et des gardes des étudiants en médecine.

⁸³ Arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'État d'infirmier. Article D. 4311-18 du CSP.

⁸⁴ Article R. 6153-107 du CSP.

⁸⁵ Enquête sur les frais de logement et de transport lors des stages délocalisés, ANESF, 2021.

[241] Compte tenu du nombre plus important de stages devant être réalisés hors de leur établissement de santé de référence, la mission préconise d'ouvrir l'indemnisation des frais de transport aux étudiantes de deuxième et de troisième année, dans les mêmes conditions que pour les étudiantes de deuxième cycle.

Recommandation n°10 Indemniser, dès le début du cursus, les étudiantes en stage de leurs frais de déplacement et enjoindre les CHU d'assurer le versement de ces indemnités dans des délais rapides.

[242] L'hébergement sur les lieux de stage permet de limiter les coûts de transport et les risques inhérents aux déplacements consécutifs à des gardes de nuit. Les autorités de tutelle recommandent que des logements soient mis à disposition des stagiaires⁸⁶. Toutefois, moins d'un établissement sur 10 met un logement à disposition des étudiantes sages-femmes, selon l'ANESF ; les auditions conduites par la mission confirment que les rares logements existants sont utilisés en priorité pour les internes en médecine.

[243] Au total, 71 % des étudiantes en maïeutique interrogées par l'ANESF se sont senties contraintes dans leur choix de terrain de stage par la dépense occasionnée en matière de logement et de transport – alors même qu'il convient de favoriser les stages dans les maternités situées en zone rurale.

[244] Aussi, la mission propose que l'indemnité d'hébergement de 150 € brut par mois, créée lors du Ségur de la Santé pour les étudiants en médecine de deuxième et troisième cycles effectuant un stage ambulatoire en zone sous-dense⁸⁷, soit rendue accessible aux étudiantes en maïeutique pour des stages effectués en zone sous-dense et ouverte aux stages ambulatoires, ainsi qu'à ceux effectués dans les maternités de niveau I et II.

Recommandation n°11 Étendre aux étudiantes de deuxième et troisième cycle l'indemnité forfaitaire d'hébergement accessible aux étudiants en médecine effectuant un stage en zone sous-dense.

[245] Enfin, la mission tient à souligner un point fréquemment évoqué au cours des entretiens avec les étudiantes. Les autorités de tutelle rappellent régulièrement aux établissements de santé que celles-ci doivent fournir et entretenir leurs tenues professionnelles, pour des raisons évidentes d'hygiène⁸⁸. Or, plusieurs étudiantes ont rapporté devoir laver elles-mêmes des tenues souvent sales ou tâchées de sang. L'attractivité de l'exercice hospitalier se mesure également à la qualité des conditions de travail, il importe d'y être attentif.

3.2.1.3 Développer les contrats de participation au financement des études contre un engagement de service public

[246] L'ARS d'Île-de-France a créé un dispositif permettant de fidéliser des étudiants inscrits dans les écoles ou instituts de formation en santé relevant de métiers en tension, ce qui est désormais le cas de la profession de sage-femme hospitalière : le Contrat d'allocation d'études (CAE) consiste en une allocation forfaitaire versée aux étudiants en dernière année d'études - 10 800 € net pour les

⁸⁶ Instruction interministérielle DGOS/RH5/DGESIP/2020/225 du 9 décembre 2020 relative à l'accueil et à l'organisation des stages des étudiants du deuxième cycle en médecine, en odontologie et pharmacie et des étudiants en second cycle des études de maïeutique.

⁸⁷ Décret n° 2020-1241 du 9 octobre 2020 portant création d'une indemnité forfaitaire d'hébergement pour les étudiants en deuxième cycle des études de médecine. Article D. 6153-58-1 du CSP.

⁸⁸ Instruction interministérielle DGOS/RH1/DGESIP/2021/93 du 3 mai 2021 relative à la mise à disposition des étudiants du premier cycle des formations en médecine, en pharmacie, en odontologie et en maïeutique, des tenues professionnelles gérées et entretenues par les structures d'accueil en stage ; instruction DGOS/DGESIP/2020/225 déjà visée.

étudiantes sages-femmes - en contrepartie de l'engagement de servir 18 mois au sein d'un établissement de santé francilien.

[247] L'ARS prend en charge 60 % du montant de l'allocation au moment de la signature du CAE. L'établissement signe ce dernier et s'engage à recruter l'étudiante à l'issue de sa formation. Le solde lui est versé par l'établissement à l'issue des 18 mois.

[248] Ce type de dispositif permettrait de compenser pour certaines étudiantes le report d'un an de l'entrée dans la vie active en palliant l'absence de revenus au cours de la sixième année d'études. La mission recommande qu'il soit ouvert dans toutes les régions, et relève d'un financement national⁸⁹.

[249] Autre dispositif également contingenté mais plus avantageux, le Contrat d'engagement de service public (CESP)⁹⁰ consiste en une allocation mensuelle de 1 200 € aujourd'hui réservée aux étudiants en médecine et en odontologie à partir du début du deuxième cycle. Les bénéficiaires s'engagent en contrepartie à choisir une spécialité moins représentée et/ou à s'installer dans une zone où la continuité des soins est menacée pendant un nombre d'années égal à celui durant lequel ils auront perçu l'allocation et pour 2 ans minimum. Ils bénéficient également d'un accompagnement individualisé durant toute la formation et d'un soutien au moment de l'installation ou de la prise de fonctions.

[250] Le double impact du CESP, sur un meilleur accès des étudiantes en fragilité financière aux études et sur l'amélioration de l'attractivité des petites maternités, conduit la mission à souligner l'intérêt de l'ouvrir aux étudiantes en maïeutique.

[251] Enfin, des travaux sur le développement de l'apprentissage, adapté aux études de santé, pourraient utilement être engagés au bénéfice des étudiantes sages-femmes.

Recommandation n°12 Élargir aux étudiantes en maïeutique l'accès au contrat d'engagement de service public (CESP) et soutenir au niveau national le développement de contrats de pré-recrutement spécifiques aux sages-femmes.

3.2.2 L'encadrement des étudiantes lors des stages doit être plus rigoureux et davantage valorisé, notamment à travers la création d'un statut de maître de stage universitaire pour les sages-femmes libérales

[252] Les enjeux relatifs à l'encadrement des stages ont été très souvent rappelés par les interlocuteurs de la mission (enseignants, lieux d'accueil de stagiaires, étudiantes). Ils constituent à ce titre l'un des principaux souhaits d'amélioration évoqués dans les réponses au questionnaire.

3.2.2.1 L'encadrement des étudiantes lors des stages hospitaliers est très perfectible

[253] L'encadrement des stagiaires au sein des établissements de santé fait pleinement partie de la mission des médecins et sages-femmes. En pratique, cet encadrement s'avère perfectible, pour au moins trois raisons :

- tout d'abord, les compétences nécessaires pour assurer l'encadrement des stagiaires sont souvent acquises « sur le tas », les sages-femmes, comme les autres professionnels de santé, étant rarement formées à cette mission dans le cadre de leur cursus. D'où la nécessité de

⁸⁹ L'ARS Île-de-France finance le CAE sur son fonds d'intervention régionale (FIR).

⁹⁰ Loi HPST du 19 juillet 2009. Code de l'éducation, article L. 632-6.

professionnaliser davantage cette activité, qui revêt une dimension essentielle dans le cadre de l’allongement de la durée des études. Améliorer la formation des professionnels amenés à encadrer des stagiaires doit en effet leur permettre de transmettre leurs connaissances de manière adaptée et efficace et de mieux préparer les futures sages-femmes à l’exercice de leur métier ;

- ensuite, cette mission fait rarement l’objet d’un cadrage clair au sein des établissements de santé, avec la désignation de tuteurs et/ou de référents qui pourraient être des interlocuteurs identifiés pour les stagiaires. En effet, si certains établissements désignent, pour chaque étudiant, un tuteur au cours du stage long de cinquième année ou un référent pour les gardes ou pour l’ensemble du stage (de manière assez aléatoire cependant), voire confient ce rôle de tuteur ou de référent aux sages-femmes enseignantes (qui cumulent dès lors le rôle de référent pédagogique et de référent de stage), les pratiques sur le terrain sont disparates, très variables selon les établissements⁹¹ et ne permettent globalement pas d’assurer un encadrement suffisant et de qualité ;
- enfin, le fonctionnement actuel des maternités et les fortes contraintes auxquelles elles sont soumises en matière d’effectifs ne permettent pas aux personnels de dégager le temps nécessaire à l’encadrement d’un étudiant dans de bonnes conditions. Le rythme des gardes, l’enchaînement des prises en charge plus ou moins urgentes et non planifiables par nature, la saturation de certains services, le stress et la fatigue des équipes encadrantes, entraînent souvent une dégradation des conditions d’accueil des stagiaires, parfois perçus comme un « poids ». La situation est particulièrement tendue dans les grands établissements de type CHU ou maternités de niveau 3, dont l’activité très soutenue se conjugue avec la prise en charge de grossesses pathologiques, ce qui laisse peu de place à l’encadrement des stagiaires et ne permet pas toujours de confier à ces derniers le soin d’accomplir eux-mêmes les gestes cliniques dont ils doivent acquérir la maîtrise au cours de leur formation.

[254] L’amélioration des conditions d’encadrement des étudiantes au cours de leurs stages en établissement de santé constitue un prérequis de l’allongement des études.

[255] En effet, cet encadrement contribue directement à la qualité de la formation et, plus globalement, à l’attractivité de l’exercice hospitalier de la profession de sage-femme. Une étudiante qui n’aura pas été bien ou suffisamment encadrée lors de son stage aura davantage de difficultés à se projeter dans un début de carrière au sein d’un établissement de santé.

[256] Cette préoccupation est d’autant plus forte que les stages constituent le principal motif de stress des étudiantes sages-femmes au cours de leurs études⁹², stress qui pourrait être nettement atténué par un encadrement bienveillant et personnalisé. Un autre constat alarmant pointé par l’ANESF réside dans le sentiment de maltraitance, essentiellement morale et verbale, que 61 % des étudiantes disent avoir ressenti au cours de leurs périodes de stage.

[257] Il s’avère pourtant que les outils permettant d’assurer un bon encadrement existent dans la plupart des cas : 93 % des répondants au questionnaire de la mission font état d’un document précisant les objectifs pédagogiques et/ou les compétences à acquérir pendant le stage. 90 % répondent positivement à la question portant sur l’existence d’un carnet/livret de suivi de stage. Ce sont donc bien sur les modalités et non sur les outils de cet encadrement qu’il s’agit d’impliquer davantage les établissements, ce qui suppose :

⁹¹ Source : questionnaire de la mission.

⁹² ANESF, enquête Bien Être, 2018.

- une professionnalisation accrue des encadrants, dans le cadre des dispositifs de formation continue mais aussi dès la formation initiale car les étudiantes encadreront à leur tour des stagiaires dès le début de leur vie professionnelle ;
- une meilleure organisation au sein des établissements – ce qui renvoie de façon plus générale au mode de fonctionnement des maternités, nécessitant de prévoir des échanges plus systématiques avec les stagiaires à l’issue des gardes, un dispositif plus clair de tutorat, etc. ;
- le développement de retours d’expérience communs avec des internes en gynécologie-obstétrique, le cas échéant animés par des psychologues, afin de conforter et d’approfondir les connaissances et compétences acquises au cours du stage ;
- la désignation de référentes ou d’encadrantes clairement identifiées, qui pourraient améliorer la formation des étudiantes en leur apportant un accompagnement personnalisé.

[258] Chaque référente pourrait encadrer au maximum deux étudiantes, en assurant leur suivi sur plusieurs gardes réparties tout au long du stage et en leur consacrant un temps dédié, dans le cadre, par exemple, d’un système de décharges horaires intégré dans l’organisation des services. Pour autant, il importe que cette référente ne soit pas l’unique interlocutrice de la stagiaire afin que celle-ci puisse observer différentes pratiques professionnelles.

[259] Les compte rendus effectués à l’issue des gardes et le rapport de fin de stage pourraient ainsi faire l’objet d’un temps d’échanges entre la référente et l’étudiante, ce qui est rarement le cas aujourd’hui, afin de lui permettre de mesurer sa progression et d’identifier le cas échéant les points de vigilance et les compétences à renforcer.

[260] Les étudiantes ne peuvent pas actuellement être encadrées durant leurs stages par des enseignants-chercheurs universitaires (comme c’est le cas pour les étudiants dans les filières médicales) en nombre restreint actuellement en maïeutique et de surcroît de statut mono-appartenant, ne leur permettant pas, statutairement, de pratique clinique (*cf. infra*). Aussi, la mission propose de valoriser, au moyen de la création éventuelle d’une gratification, la professionnalisation de cette fonction d’encadrant pour les sages-femmes hospitalières volontaires.

Recommandation n°13 Professionnaliser et valoriser la fonction d’encadrement des stages hospitaliers en maïeutique, impliquant la création d’un statut de référent.

3.2.2.2 L’encadrement des étudiantes lors des stages dans le secteur libéral doit faire l’objet d’une meilleure reconnaissance, à travers la création d’un statut de maître de stage universitaire

[261] L’encadrement des étudiantes réalisant des stages dans le secteur libéral n’est pas suffisamment formalisé. Les sages-femmes libérales n’ont pas accès au statut de maître de stage universitaire (MSU). L’accueil des stagiaires ne s’inscrit donc pas dans un cadre donné et ne donne lieu à aucune reconnaissance particulière, sinon informelle. L’identification des terrains de stage se fait par le bouche à oreille, les sages-femmes accueillant des stagiaires étant souvent elles-mêmes issues de l’école ou du département universitaire concerné.

[262] À l’inverse, le statut de MSU permet aux médecins généralistes d’accueillir des étudiants en stage dans leur cabinet. Ce statut permet également la constitution d’un réseau dans la perspective de remplacements ou de reprises de cabinet. Le MSU perçoit une rémunération spécifique, sous la

forme d'honoraires pédagogiques (entre 300 € et 600 € par mois, selon que l'étudiant est étudiant hospitalier ou interne)⁹³.

[263] Pour devenir MSU, un médecin doit exercer une activité libérale depuis au moins trois ans pour accueillir un interne et depuis au moins un an pour accueillir un étudiant de deuxième cycle. C'est ensuite l'Agence régionale de santé (ARS) qui agrée les lieux de stage ainsi que les praticiens maîtres de stage, sur avis de l'Ordre des médecins. La durée de l'agrément est de cinq ans. Le praticien doit se former à la pédagogie en suivant un cursus particulier de maître de stage, le plus souvent dans le cadre du développement professionnel continu (DPC).

[264] La création d'un tel statut apparaît aujourd'hui indispensable pour les sages-femmes libérales volontaires. Elles pourraient ainsi mieux encadrer les étudiantes, bénéficier d'une pleine reconnaissance et proposer plus de stages sur les différents territoires, dans la perspective d'un allongement de la durée du cursus. Ce statut spécifique pourrait être accessible après un an de pratique libérale et sous réserve d'avoir suivi une formation dédiée. Comme pour les médecins, la fonction de maître de stage serait soumise à agrément⁹⁴ et rémunérée pour chaque étudiant accueilli.

[265] Cette mesure implique une disposition législative.

Recommandation n°14 Créer un statut de maître de stage universitaire (MSU) pour les sages-femmes libérales, sur le modèle de ce qui existe aujourd'hui pour les médecins de ville.

3.2.2.3 L'encadrement des stagiaires au sein des PMI doit aussi être davantage formalisé

[266] Au sein des services départementaux de PMI, les modalités d'encadrement sont plus ou moins formalisées. Il convient là aussi de mieux reconnaître l'accueil des stagiaires étudiantes sages-femmes, surtout dans un contexte où le volume des stages dans ces structures pourrait être amené à se développer au fur et à mesure de l'allongement des études et de l'attractivité croissante de ce mode d'exercice. Il s'agit donc de développer la fonction de maître de stage au sein de ces structures.

3.2.3 Les enseignants doivent pouvoir cumuler activités d'enseignement, pratique clinique et activités de recherche

[267] Les sages-femmes enseignantes appartiennent historiquement à la fonction publique hospitalière. Elles devaient, pour exercer cette activité ou diriger une école, disposer du diplôme de cadre délivré par l'école de Dijon, remplacé, à la disparition de cette dernière en 2011, par le Master de Santé publique, spécialité « Périnatalité Management et Pédagogie » (PMP) de l'université de Bourgogne, désormais proposé par l'université de Lorraine. Cette formation ne constitue toutefois plus la seule voie d'accès à l'enseignement ou à la direction d'une structure de formation.

[268] Le décret n° 2014-1585 du 23 décembre 2014, qui fixe le statut des sages-femmes, prévoit qu'elles doivent être au second grade, accessible à celles qui disposent d'au moins huit ans d'ancienneté dans la fonction publique hospitalière, pour participer en qualité d'enseignante à la formation des étudiantes en maïeutique. Il renvoie à un arrêté de 2016 qui en précise les conditions d'accès⁹⁵ : l'enseignante doit être cadre sage-femme ou titulaire d'un master. Un nombre croissant

⁹³ Source : Conseil national de l'Ordre des médecins (site Internet).

⁹⁴ Agrément par l'ARS sur proposition d'une commission de subdivision et avis motivé du conseil départemental de l'ordre des médecins : arrêté du 4 février 2011 relatif à l'agrément, à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales.

⁹⁵ Arrêté du 17 mai 2016 du ministre chargé de la santé fixant la liste des diplômes ouvrant accès aux fonctions d'enseignant à l'enseignement théorique et clinique des étudiants sages-femmes, sous l'autorité du directeur d'une structure de

de sages-femmes enseignantes remplissent désormais la seconde condition (le plus souvent dans les spécialités « Économie de la santé », « Management public », « Droit de la santé », « Sciences de l'éducation », « Biologie » ou « Santé publique »). Mais les enseignantes des écoles de sages-femmes ou départements de maïeutique sont encore très largement des cadres hospitaliers.

[269] Par ailleurs, un certain nombre de sages-femmes s'est engagé, souvent dans des conditions difficiles, dans un parcours universitaire de recherche conduisant à l'obtention d'une thèse d'université voire à la soutenance d'une habilitation à diriger des recherches (HdR). Le vivier de ces titulaires de diplômes académiques doit aujourd'hui être élargi afin de développer la recherche dans le domaine de la maïeutique.

[270] En ouvrant aux sages-femmes l'accès à des postes d'enseignants-chercheurs universitaires, la création par arrêté du 30 octobre 2019 d'une section « sciences maïeutique » (section 90) au sein du Conseil national des universités (CNU) Santé a constitué une étape importante. La section a, depuis sa mise en place, délivré une qualification permettant l'accès au corps des enseignants-chercheurs à 27 personnes (après étude de 57 dossiers recevables⁹⁶).

Tableau 3 : Nombre de qualifiés au recrutement sur un poste d'enseignant-chercheur en maïeutique par corps⁹⁷

Année de campagne	Professeur des universités	Maître de conférence	Total
2020	1	10	11
2021		10	10
2022		6	6
Total	1	26	27

Source : Données communiquées par la section 90 du CNU

[271] Les dossiers qu'elle a étudiés, après avoir défini des critères d'évaluation, qualitatifs et quantitatifs⁹⁸, montrent des profils riches de sages-femmes docteurs (*cf. supra*). Ces sages-femmes ont su conjuguer l'exercice clinique de leur métier et un investissement exigeant dans la recherche.

[272] Depuis 2020, ce sont huit enseignants-chercheurs qui ont été recrutés ou sont en cours de recrutement en section 90 par les universités.

formation en maïeutique de certains établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

⁹⁶ Source : Document présenté par la présidente de la section 90 aux Journées nationales des sages-femmes de mars 2022.

⁹⁷ Nota : à partir de 2021 la qualification préalable n'est plus requise pour les maîtres de conférences titulaires pour être candidat sur un emploi de professeur des universités.

⁹⁸<https://conseil-national-des-universites.fr/cnu/#/entite/entiteName/CNU-SANTE/idChild/37/idNode/4751-0>

Tableau 4 : Enseignants-chercheurs recrutés ou en voie de recrutement depuis 2020

Année de publication du poste	Établissement	
2020	Université Paris Cité	Recrutement réalisé (MCF)
2021	Université Lyon 1 (Claude Bernard)	Recrutement réalisé (PU)
2022	Université de Lorraine	<i>Recrutement en cours (MCF)</i>
2022	Université de Montpellier	<i>Recrutement en cours (MCF)</i>
2022	Université Rennes 1	<i>Recrutement en cours (MCF)</i>
2022	Université Paris Cité	<i>Recrutement en cours (MCF)</i>
2022	Université Versailles Saint-Quentin	<i>Recrutement en cours (MCF)</i>
2022	Sorbonne Université	<i>Recrutement en cours (MCF)</i>

Source : Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, DGRH A2.

[273] Ce nouveau statut a constitué une étape importante dans le processus visant à garantir à la fois le développement et la qualité de la recherche et une transmission des savoirs « vivants » aux étudiantes.

[274] Pour autant, les sages-femmes enseignantes-chercheuses ne disposent pas d'un statut de bi-appartenant, qui caractérise pourtant les enseignants-chercheurs exerçant dans le domaine de la santé⁹⁹ et garantit le lien entre enseignement et recherche d'une part, pratique clinique d'autre part. La mono-appartenance des enseignantes-chercheuses en maïeutique ne permet pas aujourd'hui la mise en œuvre de ce triptyque singulier. Ainsi, les intéressées ne parviennent pas toujours à conserver une activité clinique à côté de leur mission d'enseignement – les établissements publics de santé n'étant pas habitués à gérer les situations d'activité mixte pour les sages-femmes.

[275] Les enseignantes-chercheuses titulaires rémunérées par les universités ont par ailleurs fait part à la mission d'une perte de revenus significative par rapport à leur situation antérieure au sein de la FPH, qui peut représenter jusqu'à 30 % du montant global de leur ancienne rémunération. Une telle situation s'explique :

- d'une part, par l'application, conformément aux dispositions prévues par l'article 3 du décret de 2009¹⁰⁰, de règles de classement dans le corps des enseignants-chercheurs peu favorables aux personnes ayant exercé auparavant en tant que profession libérale ou cadre hospitalier. La

⁹⁹ Cf. note de la DGRH n°4 d'avril 2022 « les enseignants chercheurs hospitalo-universitaires en 2020 » note-de-la-dgrh-n-4-avril-2022-les-enseignants-chercheurs-hospitalo-universitaires-en-2020-18101.pdf (enseignementsup-recherche.gouv.fr)

¹⁰⁰ Décret n°2009-462 du 23 avril 2009 relatif aux règles de classement des personnes nommées dans les corps d'enseignants-chercheurs <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020552397/>

bonification d'un an accordée au titre du doctorat¹⁰¹ constitue toutefois une amélioration significative ;

- d'autre part, pour les sages-femmes qui relevaient auparavant de la FPH, du fait de l'écart entre les niveaux et les types de primes et d'indemnités.

[276] Sur ce second point, l'écart devrait se réduire du fait de la loi de programmation de la recherche (LPR)¹⁰² qui va se traduire par une revalorisation indemnitaire très significative – La composante 1 du nouveau régime indemnitaire des personnels enseignants et chercheurs (RIPEC) passant de 2 800 € annuels en 2022 à 6 200 € en 2027, auxquels peuvent s'ajouter une indemnité fonctionnelle (composante 2) et des primes individuelles (composante 3).

[277] Enfin, les enseignantes mises à disposition des départements de maïeutique n'ont pas bénéficié des revalorisations indemnitaires décidées dans le cadre du « Ségur de la santé » du fait de leur position de mise à disposition. Les enseignantes de Grenoble ont ainsi demandé leur réintégration au sein de l'hôpital, marquant ainsi un coup d'arrêt au processus d'intégration universitaire.

[278] Une évolution vers un statut hospitalo-universitaire serait de nature à renforcer l'attractivité du statut d'enseignant-chercheur en maïeutique et la légitimité de l'enseignement délivré, en consacrant le principe de son adossement à la recherche (compte tenu de l'obsolescence rapide des connaissances en santé) et à la poursuite d'une activité clinique. Elle permettrait également aux sages-femmes, comme aux enseignants-chercheurs des autres disciplines médicales, d'observer, d'accompagner et de former leurs étudiants au sein des services hospitaliers, renforçant ainsi l'encadrement des stages.

[279] La création d'un statut de « maïeuticien universitaire », ou d'« enseignant-chercheur clinicien en maïeutique » sur le modèle de celui des médecins généralistes universitaires (créé par le décret n°2008-744 du 28 juillet 2008)¹⁰³, évoquée dans la proposition de loi déposée à l'Assemblée Nationale par la députée Annie Chapelier¹⁰⁴, apparaît à la mission comme étant la mieux adaptée à la situation actuelle des sages-femmes. Elle permettrait en effet de concilier l'exigence académique (thèse d'université et habilitation à diriger des recherches pour le corps des professeurs) et l'obligation d'une activité clinique. Le recrutement se ferait selon les mêmes modalités que pour les hospitalo-universitaires *via* le CNU 90, bien que sans qualification préalable.

[280] Ce statut pourrait exister jusqu'à la création d'une section du CNU bi-appartenant. Conjointement à la création d'une sixième année de formation et d'une thèse d'exercice en maïeutique susceptible de faciliter l'accès à des parcours de recherche, il permettrait le développement d'un vivier suffisant de candidats aux emplois d'enseignants-chercheurs.

[281] Par ailleurs, à titre transitoire également, deux autres mesures méritent d'être explorées d'un point de vue à la fois règlementaire et opérationnel :

¹⁰¹ Article 4 du décret n°2022-334 du 8 mars 2022 modifiant les règles de classement des personnes nommées dans les corps d'enseignants-chercheurs des établissements publics d'enseignement supérieur et de recherche relevant du ministre chargé de l'enseignement supérieur.

¹⁰² Loi n°2020-1674 du 24 décembre 2020 de programmation de la recherche (LPR) pour les années 2021 à 2030.

¹⁰³ Les enseignants-chercheurs de médecine générale, soumis aux dispositions des enseignants-chercheurs mono-appartenant relevant du décret du 6 juin 1984 et dont la gestion de la carrière est encadrée par le CNU Santé (sous-section 5303) doivent, en plus des missions d'enseignement et de recherche, assurer des fonctions de soins exercées en médecine générale et ambulatoire. En 2020, 40 maîtres de conférences (MCF) et 45 professeurs des universités (PU) relèvent de la médecine générale dans ce statut.

¹⁰⁴ Proposition de loi n°4556 visant à faire évoluer la formation de sage-femme.

- le recrutement de maîtres de conférence et de professeurs associés en service temporaire (MAST et PAST)¹⁰⁵, visé par le CNU 90 sur la base d'autorisations d'ouverture arbitrées au niveau national, pourrait constituer une solution transitoire;
- la possibilité pour les enseignants-chercheurs recrutés dans les universités d'exercer une activité clinique pour un volume horaire correspondant à deux demi-journées hebdomadaires, dans le cadre du statut actuel assorti de dispositions de cumul d'activité accessoire simplifiées et élargies incluant des activités exercées dans des établissements privés et en ambulatoire.

Recommandation n°15 Créer à court terme un statut d'enseignant-chercheur clinicien en maïeutique en attendant que les conditions soient réunies pour évoluer vers un statut bi-appartenant.

Recommandation n°16 Mieux tenir compte des carrières spécifiques des sages-femmes docteurs recrutées comme maître de conférences et professeur en modifiant les règles de classement dans le corps des enseignants-chercheurs.

3.3 Prévoir un financement adapté du surcoût lié à l'allongement du cursus de formation

3.3.1 Le surcoût lié à la création de la sixième année d'études en sciences maïeutiques sera supporté par l'assurance maladie et les régions

[282] La création d'une sixième année de formation engendrera trois types de surcoûts : ceux liés à l'augmentation du nombre d'étudiantes accueillies simultanément dans les structures de formation, les coûts directs de rémunération et d'indemnisation des frais des étudiantes de sixième année et enfin les coûts d'enseignement en sixième année et d'encadrement des stages (*cf supra*). La mission n'a en revanche pas valorisé le surcoût lié au changement de statut des enseignants-chercheurs en maïeutique, faute de connaître le vivier actuel d'enseignants et les trajectoires en emplois.

[283] Ces coûts supplémentaires seront supportés d'une part par les régions, qui financent les écoles et départements de formation en maïeutique, d'autre part par l'assurance maladie pour la rémunération des étudiantes et des encadrants.

3.3.1.1 L'allongement des études en sciences maïeutiques représente un coût supplémentaire marginal pour les structures de formation, supporté par les régions

[284] Les objectifs nationaux pluriannuels (ONP) de sages-femmes à former sur la période 2021-2025¹⁰⁶ ont été fixés à 5 220, soit 1 044 par an. Dans l'hypothèse d'une stabilité de cet objectif, le nombre total d'étudiantes en maïeutique passera donc de 5 220 à 6 264 lors de l'accès à la sixième année de la première promotion concernée par l'allongement des études.

[285] Les questionnaires exploités par la mission indiquent que les structures de formation accueillent en moyenne 120 étudiantes, à raison de 30 par promotion. Pour 100 étudiantes, on compte en moyenne 1,2 ETP de personnel administratif et 6 ETP d'enseignantes sages-femmes dites

¹⁰⁵ Décret n°91-966 du 20 septembre 1991 relatif aux personnels associés des centres hospitaliers et universitaires dans les disciplines médicales et odontologiques.

¹⁰⁶ Arrêté du 13 septembre 2021 définissant les objectifs nationaux pluriannuels de professionnels de santé à former pour la période 2021-2025.

permanentes (y compris la directrice)¹⁰⁷. Entre 20 % et 30 % des heures d'enseignement sont également assurées par des universitaires (MCU-PH, PU-PH, CCA) et des professionnels de santé (médecins, sages-femmes, infirmières diplômées d'État, auxiliaires de puériculture, infirmières de bloc opératoire...) Il n'est pas rare en outre que les enseignantes sages-femmes permanentes interviennent dans d'autres formations de santé.

[286] L'augmentation de 25 % du nombre d'étudiantes doit logiquement entraîner une augmentation équivalente du nombre de personnels administratifs, estimée à 0,4 ETP pour 100 étudiantes en moyenne, soit 15 ETP au total, ce qui représente un surcoût de 675 000€¹⁰⁸.

[287] L'augmentation du volume global des stages au sein de la formation et l'absence d'enseignement théorique en sixième année, à l'exception de quelques séminaires (conférences, séances de partage de pratiques...) devraient limiter l'augmentation des coûts de fonctionnement liés à l'allongement de la durée d'études, notamment en matière de locaux. Il conviendra en revanche de prévoir l'organisation des séminaires ainsi que l'encadrement pédagogique des étudiantes et la création pour chaque promotion d'un poste de référent, très apprécié là où il existe par les étudiantes rencontrées par la mission.

[288] La charge d'enseignement et de coordination peut être estimée à 0,5 ETP en moyenne d'enseignante sage-femme par école¹⁰⁹, soit 18 ETP au total, chiffré à 1,350 M€¹¹⁰.

[289] Il est proposé d'ajouter, par structure, un peu moins d'une centaine d'heures d'enseignement (estimation réalisée en référence à un demi-service soit 96h d'enseignant-chercheur) valorisées en heures de travaux dirigés (TD)¹¹¹, pour un montant total de 200 000 €. Ce montant tient compte d'éventuels effets de seuil pour les structures ayant un effectif en sixième année supérieur à 30 étudiantes (trois quarts en moyenne des écoles ou départements étant dans ce cas).

3.3.1.2 Le coût direct de la sixième année sera supporté en majorité par l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)

[290] La rémunération des étudiantes de sixième année sera versée par l'établissement de santé support de la structure de formation et financée par l'ONDAM¹¹². Selon la recommandation de la mission, les étudiantes bénéficieraient de 4 680 € bruts par an, soit un coût chargé de 7 M€. S'ajouterait à ce montant l'indemnisation des frais de transport ou d'hébergement des stages, estimée à 1,4 M€ – la mission préconisant de diversifier les terrains de stage et de mieux indemniser les frais supportés par les étudiantes (*cf. supra*).

¹⁰⁷ Les charges en personnel estimées pour 100 étudiantes sont issues d'un échantillon d'une quinzaine de structures ayant répondu à la partie financière du questionnaire de la mission ; il s'agit d'un ordre de grandeur moyen, l'organisation des enseignements et des fonctions supports étant variables d'une école ou d'un département à l'autre, des effets de seuil liés à la taille des promotions pouvant également intervenir.

¹⁰⁸ Coût chargé moyen d'un personnel administratif estimé à 45 000 € par an.

¹⁰⁹ L'exploitation des questionnaires permet d'estimer qu'une enseignante sage-femme consacre en moyenne 50 % de son temps à l'enseignement, 25 % à l'encadrement et l'évaluation des stages et 25 % au suivi d'une promotion.

¹¹⁰ Coût chargé moyen d'une sage-femme enseignante chiffré à 75 000 € par an.

¹¹¹ Décret n°87-889 du 29 octobre 1987 relatif aux conditions de recrutement et d'emploi de vacataires pour l'enseignement supérieur - Coût actuel de l'heure de vacation pour un chargé d'enseignement vacataire : 41,41 €

¹¹² L'Objectif national de dépenses d'assurance-maladie (ONDAM) hospitalier comporte des dotations pour des missions d'intérêt général (MIG), dont les MERRI qui financent notamment la rémunération des étudiants en santé.

[291] Selon le même mode de calcul¹¹³, le coût de l'élargissement aux étudiantes de premier cycle de l'indemnisation des frais de transport et la création pour les étudiantes de premier et deuxième cycles d'une indemnité d'hébergement pour les stages en zone sous-dense s'élèveraient à 1,420 M€.

[292] Enfin, le versement d'une indemnité aux sages-femmes agréées MSU, préconisée par la mission (*cf. supra*) peut être chiffré à 2,250 M€ en prenant une hypothèse moyenne de trois mois de stage en libéral en premier et deuxième cycles, et d'un mois en sixième année.

[293] Au total, les coûts liés à la réforme du cursus de formation seraient les suivants :

Tableau 5 : Coûts liés à la réforme de la formation initiale en sciences maïeutiques (en M€)

Année de formation	Coût supplémentaire de rémunérations et indemnités des étudiantes et encadrants de stages ONDAM	Coût supplémentaire pour la structure de formation régions	Total tous financeurs
Coût direct de la sixième année de formation	9,3	1,55	10,85
Coûts fonctions support		0,675	0,675
Sous total 1 (création 6^e année)	9,3	2,225	11,525
Coûts de l'amélioration de l'indemnisation des frais de stage de la 2 ^{ème} à la 5 ^{ème} année	2,77		2,77
Sous total 2 (cursus actuel)	2,77		2,77
Total coût de la réforme	12,07	2,225	14,295

Source : Mission – calculs établis sur la base de 1 044 étudiantes par année

[294] Pour des promotions de 1 044 étudiantes, la création de la sixième année *stricto sensu* (sous-total 1) induit ainsi un coût supplémentaire de 11 000 € par étudiant, dont 8 900 € de rémunérations et indemnités à la charge de l'assurance maladie et 2 100 € de frais de formation à la charge des régions.

¹¹³ La mission a pris l'hypothèse de 33 % des stages à plus de 15 km, donnant lieu au versement de l'indemnité forfaitaire de transport de 130 € brut/mois, et 20 % en zone sous-dense (en maternité de niveau 1, en PMI ou en libéral), donnant lieu au versement de l'indemnité forfaitaire d'hébergement de 150 €/mois en deuxième cycle et 300 €/mois en troisième cycle.

3.3.2 Les spécificités du financement des études en sciences maïeutiques devraient être mieux prises en compte

[295] Le financement de la formation relève aujourd’hui de logiques distinctes qui peinent parfois à s’articuler : depuis la décentralisation de 2004¹¹⁴, les régions sont compétentes en matière de formations initiales sanitaires et sociales mais l’intégration universitaire décidée en 2009 (*cf. supra*) conduit à intégrer la formation en sciences maïeutiques au sein d’UFR médicales ou de santé. Ces composantes des universités dont l’autonomie a été renforcée¹¹⁵ ne disposent pas de budget propre intégré mais d’une part de la subvention pour charge de service public allouée à l’université par l’État, à laquelle peuvent s’ajouter des ressources fléchées et des ressources propres.

[296] Les universités sont ainsi amenées à gérer, par conventionnement avec les régions, une ligne budgétaire dédiée et la mise à disposition de personnels (cadres hospitaliers de CHU pour la plupart) – à charge pour elles d’organiser une formation financée par les régions.

[297] Ce triptyque faisant intervenir les régions, les universités et les CHU peut créer des difficultés de coordination, concernant notamment les effectifs étudiants : chaque région agrée un nombre de places par structure de formation, mais, depuis 2019¹¹⁶, le nombre de places dans les filières médicales pour chaque territoire régional est fixé par arrêté interministériel, sur la base d’objectifs quinquennaux¹¹⁷.

[298] À cette fin, chaque ARS soumet au ministère chargé de la santé un objectif d’étudiants formés pour chaque profession (qui permet notamment de fixer le nombre de places proposé en PASS/L.AS), à partir d’une analyse des besoins en professionnels médicaux de sa région, et à partir des propositions des universités, selon notamment leurs capacités d’accueil et la soutenabilité pédagogique de la formation considérée. Il convient cependant de souligner que le nombre annuel de places dans chacune des quatre filières médicales et de pharmacie ne peut pas être précisément déterminé, dans la mesure où il dépend des choix des étudiants et des résultats obtenus par filière.

[299] Les régions, pour leur part, engagent un dialogue avec les ARS pour définir les besoins dans les formations paramédicales mais n’ont pas d’échange formalisé concernant la formation en maïeutique.

[300] Il peut en résulter des divergences et des incompréhensions, qui se sont notamment fait sentir en 2021, année de mise en œuvre de la réforme de l’accès aux formations de santé : une augmentation conjoncturelle du nombre de places en DFGSma2, due à l’accueil d’étudiants redoublants de première année commune aux études de santé (PACES), n’a pas été financée dans 15 écoles.

[301] De même, certaines régions ont refusé de financer les places occupées par des étudiants ayant bénéficié du dispositif « Passerelle »¹¹⁸, estimant que ces derniers étaient en reprise d’études – et non en réorientation dans le cadre de leur formation initiale – et qu’ils relevaient à ce titre de la formation

¹¹⁴ Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, article L. 4151-7 du CSP.

¹¹⁵ Loi n° 2007-1199 du 10 août 2007 relative aux libertés et responsabilités des universités, conduisant notamment au transfert de la gestion de la masse salariale mais qui s’inscrit dans la « longue marche des universités » (Christine Musselin, PUF, 2001) vers plus d’autonomie et plus de responsabilités portées par différentes mesures antérieures : rôle renforcé des universités en matière de recrutement et de promotion des enseignants-chercheurs, assouplissement des procédures d’habilitation lié à la mise en place du processus « licence, master, doctorat », fin des maquettes nationales des diplômes à compter de 2002.

¹¹⁶ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l’organisation et à la transformation du système de santé.

¹¹⁷ Article R. 631-1-6 du code de l’éducation - Arrêté du 13 septembre 2021 définissant les objectifs nationaux pluriannuels de professionnels de santé à former pour la période 2021-2025.

¹¹⁸ Le nombre total d’étudiantes accueillies par cette voie est de l’ordre de 25 à 30 par an.

continue. Les universités finançant les études des autres bénéficiaires du dispositif, les étudiantes en maïeutique ont vécu cette différence de traitement comme une injustice.

[302] En revanche, les régions peuvent financer de façon volontariste des investissements en équipement ou en locaux (pour 14 écoles ayant répondu au questionnaire).

[303] La mission a rencontré les représentants de trois conseils régionaux, lesquels ont tous confirmé leur intérêt pour cette formation dont l'utilité pour la vitalité des territoires leur apparaît clairement.

[304] Un dialogue plus régulier au niveau régional entre les ARS, les régions et les universités sur la formation en maïeutique est indispensable pour prévenir ou régler ces différends. Au niveau national, un dialogue État-Régions de France pourrait également être mis en place, dans l'esprit du récent protocole entre l'État et Régions de France¹¹⁹ qui prévoit la création d'un comité État-Régions pour définir la programmation pluriannuelle des places en formation d'infirmier, d'aide-soignant et d'accompagnant éducatif et social.

Recommandation n°17 Organiser un dialogue institutionnel structuré entre les ARS, les régions et les universités sur les besoins de formation en maïeutique et le nombre de places.

[305] Ce dialogue permettrait de stabiliser le financement des départements de maïeutique, dont les modalités ne semblent pas devoir évoluer à court terme malgré la logique qu'il y aurait à regrouper les modalités de financement de l'ensemble des formations médicales. Compte tenu en effet du faible montant des financements alloués à cette formation, comparé à celui des formations paramédicales et sociales, la mission estime qu'une recentralisation éventuelle ne pourrait être envisagée que dans le cadre d'un mouvement plus large d'évolution des compétences respectives de l'État et des régions.

3.4 Adapter l'offre de stages à la refonte du cursus afin de garantir une meilleure disponibilité et une meilleure accessibilité sur l'ensemble du territoire

[306] Les interlocuteurs de la mission n'ont pas fait état, à de rares exceptions près, de difficultés à trouver des terrains de stages ni de saturation de ces derniers. Pour autant, l'offre disponible pour chaque école ou département universitaire est très dépendante du territoire, avec un degré de mutualisation dans les procédures d'affectation des étudiantes lui-même variable.

- À titre d'exemple, l'Île-de-France permet l'accès à une grande variété de lieux de stages, hospitaliers et extrahospitaliers, en zone urbaine ou rurale, d'autant que la gestion des affectations se fait au niveau régional pour les quatre écoles existantes¹²⁰. L'ensemble des terrains de stages est ainsi mutualisé à l'échelle du territoire francilien. Les étudiantes émettent des vœux puis les écoles les répartissent, en tenant compte le plus possible de leurs choix.
- À l'inverse, à Limoges, l'offre de stages disponibles est très limitée. Réduite au territoire de l'ancienne région limousin, elle ne permet pas de proposer aux étudiantes un stage long en fin de formation. En contrepartie, l'école a fait le choix d'une maquette comportant un grand nombre de stages courts. Cette solution, qui présente l'inconvénient de morceler les périodes de stage et ne permet pas aux étudiantes de pratiquer dans la durée, leur fait découvrir en

¹¹⁹ Protocole entre l'État et Régions de France en faveur des formations sanitaires et sociales du 4 mars 2022.

¹²⁰ Département universitaire de l'UVSQ, école de Foch à Suresnes (en voie de regroupement à l'UVSQ), école Baudelocque et école Saint-Antoine.

revanche toutes les facettes du métier. Elles ont accès en parallèle à des terrains de stage situés en dehors de l'ancienne région administrative, dans des territoires relevant d'autres écoles ou départements universitaires (ex. Poitiers et Bordeaux). La demande de stage est alors transmise à l'institut de formation compétent, qui prend en charge l'affectation du stagiaire dans l'établissement concerné.

[307] Comme indiqué *supra*, la mise en place de la sixième année de formation doit être l'occasion de renforcer la pratique des étudiantes et donc la part des stages tout au long du cursus, notamment en fin de parcours, à travers, au *minimum*, un stage long professionnalisant.

[308] Par conséquent, l'offre de stages disponible sur le territoire devra être en capacité de s'adapter, en particulier au sein des établissements de santé, d'autant que l'allongement des études va mécaniquement augmenter le nombre d'étudiantes en cours de formation et donc le volume de stagiaires à encadrer.

[309] Pour ce faire, plusieurs leviers existent.

[310] Tout d'abord, l'amélioration et la valorisation de l'encadrement des stagiaires permettront d'élargir l'offre de terrains de stage, au plan qualitatif mais aussi quantitatif, à la fois dans les établissements de santé et dans le secteur libéral, *via* la création de statuts de référents ou de maîtres de stage. Cela devrait favoriser l'augmentation du nombre de terrains de stages et détendre la pression globale sur l'offre liée à l'allongement des études.

[311] L'accès aux stages renvoie aussi au sujet des frais de déplacement et d'hébergement des étudiantes au cours de leur formation, qui peuvent représenter une charge relativement lourde pour les intéressées, d'autant que certains terrains de stage sont géographiquement très éloignés de leur lieu d'études ou de leur domicile. Il convient donc d'améliorer cette prise en charge, comme proposé *supra*.

[312] Une étudiante de sixième année aura par ailleurs acquis progressivement un fort degré d'autonomie lui permettant d'être intégrée au sein des équipes lors du stage long, sous la supervision du référent ou maître de stage évoqué *supra*.

[313] Enfin, sans aller jusqu'à une gestion nationale de l'appariement entre offre et demande de stages, il paraîtrait opportun de mutualiser l'offre disponible à l'échelle territoriale, en mettant en place une procédure d'affectation des étudiantes commune aux écoles et aux départements universitaires qui relèvent de la même région administrative, sur le modèle francilien.

Recommandation n°18 Organiser une mutualisation territoriale de l'offre de stages disponible, avec une procédure d'affectation des étudiantes commune entre les écoles et départements universitaires relevant de la même région administrative.

3.5 Mieux articuler les missions des sages-femmes et celles des médecins, dans une optique de complémentarité et d'amélioration de l'accès aux soins

3.5.1 L'évolution des missions des sages-femmes peut créer des chevauchements avec celles des médecins

[314] Comme évoqué *supra*, les professionnelles en exercice, conscientes des difficultés rencontrées par les étudiantes qu'elles encadrent, s'interrogent aujourd'hui sur l'attractivité de la profession de sage-femme.

[315] Elles évoquent ainsi un manque de considération et de valorisation de leur identité professionnelle, lié à la reconnaissance jugée insuffisante du caractère médical de leur profession – fût-elle à compétences définies et réglementées – et à la méconnaissance de leur rôle relativement à celui des médecins (gynécologues-obstétriciens, gynécologues médicaux et généralistes).

[316] Les auditions qu'a menées la mission auprès des différents professionnels¹²¹ font apparaître des zones de flou, voire de tensions entre ces derniers. Les sages-femmes reconnaissent clairement ne pas être médecins, considèrent que leurs compétences sont limitées à la prise en charge et à l'accompagnement de patients (femmes et nouveau-nés) en bonne santé, et que leur devoir est d'alerter un médecin dès qu'elles détectent une pathologie. Les médecins, quant à eux, considèrent que la distinction entre physiologie et pathologie n'est pas toujours clairement établie et craignent que des patientes ne leur soient pas adressées ou qu'elles le soient tardivement. L'attribution du titre de *docteur en maïeutique* aux sages-femmes renforce chez certains d'entre eux la crainte d'une confusion dans l'esprit des patientes avec le titre de *docteur en médecine*.

[317] Ces ambiguïtés peuvent créer des difficultés relationnelles, même si de nombreux témoignages montrent un effet de génération : les relations hiérarchiques entre professionnels tendent progressivement à s'effacer au profit de relations de coopération fondées sur les compétences de chacun. La mission n'a entendu qu'un seul médecin exprimant son hostilité à l'allongement de la formation des sages-femmes, au motif qu'« *avant, elles étaient humbles* » et qu'elles « *ne se prenaient pas pour des médecins* ».

[318] La mission a également constaté que les relations professionnelles sont plus fluides à l'hôpital, où la complémentarité entre gynécologues-obstétriciens et sages-femmes est depuis longtemps une réalité, qu'en secteur libéral. Le développement de l'activité libérale des sages-femmes peut en effet remettre en question les missions de suivi et de prévention des gynécologues médicaux et des gynécologues-obstétriciens, qui exercent fréquemment une partie de leur activité en cabinet. Leur structure d'activité est ainsi modifiée, créant une inquiétude d'autant plus prégnante que l'évolution démographique leur est défavorable.

3.5.2 La nécessité d'une articulation claire des compétences, dans un contexte de démographie médicale en baisse

[319] Entre 2012 et 2021, comme indiqué *supra*, le nombre de sages-femmes a augmenté de 20 %, au profit quasi exclusif de l'exercice libéral. Au cours de la même période, le nombre de gynécologues a connu des évolutions divergentes (+35 % pour les gynécologues-obstétriciens, -30 % pour les gynécologues médicaux)¹²².

[320] En outre, entre 2016 et 2019, l'accessibilité géographique aux sages-femmes s'améliore de 16 % et s'élève en 2019 à 18 ETP pour 100 000 femmes. Cette amélioration étant plus marquée dans les zones faiblement dotées que dans les zones bien dotées, les inégalités d'accès aux sages-femmes se réduisent. En revanche, l'accessibilité moyenne aux médecins généralistes a baissé de 6 % entre 2016 et 2019, passant de 3,7 à 3,5 consultations accessibles par an et par habitant en 2019, et elle se

¹²¹ Cf. liste des personnes rencontrées en annexe : sont évoqués ici tant les auditions des fédérations nationales (Collège national des sages-femmes, Collège national des gynécologues-obstétriciens français (CNGOF) notamment) que les rencontres de médecins et de sages-femmes sur le terrain.

¹²² Applicatif de restitution des données démographiques des professionnels de santé, DREES : <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>

détérioré davantage dans les communes les moins bien dotées (-10 %) que dans les communes les mieux dotées (- 4 %) ¹²³.

[321] Les effets inverses de l'évolution démographique des sages-femmes et des médecins et la refonte de la formation initiale telle que proposée par la mission impliquent de définir précisément leurs missions respectives en matière de santé gynécologique de la femme.

[322] Ces évolutions pourraient conduire à envisager un développement plus important des missions de suivi gynécologique des sages-femmes, afin de mieux assurer l'accès des femmes à la santé gynécologique sur l'ensemble du territoire. La diminution du temps médical disponible doit par ailleurs conduire à concentrer l'action des médecins sur la prise en charge des cas pathologiques.

[323] La mission recommande donc que la Haute autorité de santé (HAS) prépare et conduise avec l'ensemble des professionnels concernés, et des représentants des patients, une concertation permettant de définir, à partir des besoins de suivi des femmes, la répartition la plus pertinente des missions ainsi que les bonnes pratiques d'adressage et de suivi des patientes. Cette concertation pourrait prendre la forme d'une conférence de consensus et prendre appui notamment sur les référentiels métiers et compétences des différentes professions. Ces travaux pourraient être conduits dans le cadre de la conférence des parties prenantes sur l'accès aux soins qui doit se tenir en septembre 2022.

Recommandation n°19 Confier à la Haute autorité de santé la préparation et la conduite d'une conférence de consensus avec les professionnels médicaux devant aboutir à la clarification de leurs missions respectives et des modalités de la prise en charge coordonnée des patients.

3.5.3 Le développement de l'exercice coordonné

[324] Au-delà de la définition des champs de compétences respectifs des différents professionnels et de leur articulation, le développement de l'exercice coordonné entre professionnels de santé doit conduire à des coopérations plus fluides.

[325] La mission a pu constater que dans toutes les maternités visitées, des liens étaient établis avec les sages-femmes libérales du secteur ainsi qu'avec celles exerçant en PMI. Depuis la création par l'assurance maladie du Programme de retour à domicile (PRADO) en 2010, les retours plus précoces à domicile s'accompagnent de visites de sages-femmes. La première visite étant organisée avant la sortie, le lien entre sages-femmes hospitalières et libérales s'est développé.

[326] De nombreuses maternités font également partie d'un réseau de périnatalité départemental ou régional, qui permet d'aider et accompagner l'ensemble des acteurs de l'offre de soins en santé périnatale, et d'améliorer l'articulation ville-établissement de santé.

[327] Par ailleurs, le développement des maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) ¹²⁴ et, plus récemment, des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), instaurées par la loi de janvier 2016, doit contribuer à ancrer encore plus dans les pratiques quotidiennes les coopérations entre médecins et sages-femmes.

¹²³ Études & Résultats, DREES, n°1206, septembre 2021 : « Les trois quarts des personnes les plus éloignées des professionnels de premier recours vivent dans des territoires ruraux ».

¹²⁴ Les maisons de santé sont des structures pluri professionnelles dotées de la personnalité morale et constituées entre professionnels médicaux (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes), auxiliaires médicaux ou pharmaciens. En juin 2021, 1 889 MSP en fonctionnement et 366 MSP en projets étaient recensées.

[328] À titre d'exemple, l'union régionale des professionnels de santé (URPS) sages-femmes d'Île-de-France incite les sages-femmes franciliennes à exercer en MSP et à intégrer une CPTS.

3.6 Utiliser la formation comme un levier d'attractivité de l'activité hospitalière

[329] Comme indiqué *supra*, l'attractivité de l'exercice hospitalier constitue un enjeu majeur pour l'avenir de la profession de sage-femme, mais également pour la qualité et la sécurité de la prise en charge des patientes au sein des établissements de santé.

[330] Dans le modèle français de périnatalité, les sages-femmes sont les seules professionnelles de santé compétentes pour accompagner les grossesses physiologiques et gérer la prise en charge des accouchements sans pathologie, tant pour la mère que pour le nouveau-né.

[331] La fréquente pénurie de personnel, la surcharge de travail qui en résulte, le rythme des gardes souvent décrit comme difficilement soutenable et les fermetures récurrentes de maternités entraînent des difficultés que l'évolution de la formation pourrait permettre de réduire, sans pour autant les faire disparaître à elle seule.

[332] Ainsi, la refonte du cursus telle que proposée par la mission peut contribuer à renforcer, au moins indirectement, l'attractivité de l'activité hospitalière, notamment par l'intermédiaire des leviers suivants, détaillés *supra* :

- l'amélioration et le renforcement de l'encadrement des stagiaires ;
- la mise en place de stages plus longs et davantage professionnalisant en secteur hospitalier ;
- un accès facilité aux parcours de recherche ;
- la possibilité de concilier l'activité clinique, la recherche et l'activité d'enseignement.

[333] Le nouveau parcours de formation doit permettre d'améliorer les conditions d'accueil et de travail au sein des établissements de santé. Ce point est d'autant plus important que la préservation, à terme, du modèle français de prise en charge de la périnatalité constitue un défi pour le système de santé. Cela implique de renforcer prioritairement l'attractivité de l'exercice hospitalier afin de fidéliser les sages-femmes au sein des salles de naissance, où leur présence est indispensable.

[334] Enfin, toutes les sages-femmes rencontrées par la mission ont indiqué clairement que l'augmentation de leur rémunération constituait l'une des principales conditions de réussite de la réforme, bien qu'il leur ait été à chaque fois indiqué que les travaux en cours portaient exclusivement sur la formation.

3.7 Anticiper toutes les étapes de la mise en œuvre et accompagner l'année dite « blanche »

[335] La mission considère que le calendrier de mise en place de la sixième année de formation en sciences maïeutiques doit être anticipé dans toutes ses étapes.

[336] Si la décision d'allonger ces études peut être appliquée assez vite, en 2022 ou 2023 (pour les étudiants entrant donc en année de PASS / L.AS en 2022 ou en 2023), l'entrée des futures étudiantes en sixième année n'interviendra pas en revanche avant la rentrée universitaire 2027 ou 2028.

[337] Ce délai laisse la possibilité de préparer les étapes suivantes, qui concerneront l'ensemble de la formation, de la deuxième à la sixième année :

- la définition des principes du nouveau parcours de formation en sciences maïeutiques ;
- la finalisation du référentiel de compétences en lien avec les autres professionnels concernés ;
- l'adoption des textes nécessaires au déploiement de ce nouveau cursus (modification des arrêtés de 2011 et 2013, création du statut de maître de stage universitaire, *etc.*) ;
- l'actualisation par chaque école ou département universitaire de ses maquettes et de son programme de formation ;
- la réalisation d'un premier bilan de la réforme des études de santé (PASS/LAS) et de son impact sur l'accès aux études de maïeutique avec une vigilance sur la question des places non pourvues (*cf. supra*) ;
- la constitution d'un vivier de maîtres de stage universitaires et de référents hospitaliers formés ;
- le renforcement des équipes enseignantes et notamment le recrutement d'enseignants-chercheurs en maïeutique tout en préparant la possibilité d'un nouveau statut ;
- l'adaptation de l'offre de stages.

[338] Ce calendrier permet d'achever, parallèlement, l'intégration universitaire de l'ensemble des écoles, comme recommandé *supra*.

[339] Le tableau suivant détaille l'entrée en vigueur de la réforme selon deux calendriers et pour chaque année universitaire concernée.

Tableau 6 : Date d'entrée en vigueur du nouveau cursus de formation initiale en maïeutique, par année universitaire

	Année 1 PASS / LAS	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	Année 6
Scénario 1 / entrée en application du nouveau cursus en 2022	2022-2023	2023-2024	2024-2025	2025-2026	2026-2027	2027-2028
Scénario 2 / entrée en application du nouveau cursus en 2023	2023-2024	2024-2025	2025-2026	2026-2027	2027-2028	2028-2029

Source : Mission

[340] La mission considère que le scénario d'une entrée en vigueur de la réforme à la rentrée universitaire 2023-2024 est le plus opportun (scénario 2), notamment au regard de l'information délivrée aux futurs étudiantes lors de l'ouverture de la procédure Parcoursup. Il est en effet souhaitable que ces dernières soient informées de l'allongement du cursus dans lequel elles s'engagent au moment de formuler leurs vœux de poursuite d'études.

[341] Ce scénario permettrait également aux étudiantes de choisir leur spécialisation à l'issue de la première année d'accès aux études de santé (au printemps 2024), en connaissant, pour celles qui souhaitent s'orienter vers des études de maïeutique, la durée et le contenu de la formation.

[342] Il permettrait par ailleurs aux équipes pédagogiques de s'organiser pour garantir aux étudiantes un parcours de formation stabilisé et de nouvelles possibilités de stages. Les équipes pédagogiques devront en effet gérer deux cohortes distinctes : l'une soumise aux dispositions actuelles¹²⁵, l'autre aux nouvelles.

[343] Il convient en outre d'anticiper l'année dite « blanche », qui interviendra mi-2028 (si l'entrée en vigueur de la refonte du cursus est fixée à la rentrée 2023) et au cours de laquelle il n'y aura aucune « sortie » de sages-femmes diplômées. Pour y faire face, une hausse du *numerus apertus* pourrait, en fonction des besoins des territoires, être prévue pour la promotion qui sera diplômée mi-2028 (celle qui aura intégré le cycle d'études de maïeutique en septembre 2023).

[344] Plusieurs textes juridiques sont à prévoir, ils sont pour la plupart de nature réglementaire, hormis deux :

- une disposition générale du code de la santé publique (article L.6153-1) est nécessaire pour accorder le statut d'étudiant en santé aux étudiantes du futur troisième cycle de maïeutique, comme pour les étudiants des filières médecine, odontologie et pharmacie ;
- la création du statut de MSU (*cf. supra*) implique également une accroche législative.

[345] Dans l'hypothèse où le scénario 2 serait retenu, le délai pour modifier les textes concernant le déroulé des études serait de neuf à douze mois si la décision était prise rapidement, délai auquel s'ajouteraient neuf à douze mois permettant aux équipes pédagogiques d'adapter leurs maquettes de formation et l'organisation du cursus.

Recommandation n°20 Anticiper les risques de pénurie de sages-femmes induits par l'absence de nouveaux diplômés l'année de création de la sixième année (année blanche), notamment en suivant de manière précise les effectifs d'étudiantes et en adaptant le *numerus apertus* en conséquence.

Stéphanie FILLION

Amaury FLEGES

Sabine FOURCADE

Paula LA MARNE

Hélène MOULIN-RODARIE

¹²⁵ Pour laquelle des mesures transitoires permettant de modifier progressivement les contenus pédagogiques pourraient être définies.

LETTRE DE MISSION



GOVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

*Le Ministre
des Solidarités et de la Santé*

*La Ministre
de l'Enseignement supérieur,
de la Recherche et de l'Innovation*

Paris, le 28 JAN. 2022

CAB OV/DGOS/RH1/Pégase I21 004736

Objet : Lettre de mission relative aux modalités de mise en place d'une sixième année de maïeutique

Depuis plusieurs années, les sages-femmes par la voix de leurs représentants – syndicat professionnel, Ordre National des Sages-Femmes et association nationale des étudiants sages-femmes (ANESF) – réclament la création d'une sixième année de formation en maïeutique avec le passage d'une thèse d'exercice, à l'aune du modèle existant dans les filières odontologie et pharmacie. Les accords du Ségur de la Santé de 2020 ont accentué leurs revendications en matière de reconnaissance professionnelle et revalorisation salariale. Aussi, la création d'un troisième cycle court avec la soutenance d'une thèse d'exercice contribuerait à réaffirmer leur place et leur rôle dans le système de santé, avec la possibilité de se voir attribuer le titre honorifique de « Docteur », à l'instar des médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens. C'est actuellement la seule profession médicale à ne pas pouvoir se prévaloir de ce titre.

La mission qui vous est confiée a ainsi pour but d'identifier les enjeux de la mise en place de cette sixième année et préciser les contours de la nouvelle maquette de formation, en prenant en compte les nouvelles compétences des sages-femmes – notamment en matière d'information, prévention et dépistage des IST et de l'IVG médicamenteuse – et le renforcement de certaines disciplines. L'octroi de cette sixième année ne pourrait avoir lieu sans revoir la maquette de formation du deuxième cycle des études. La nouvelle formation devra intégrer les nouvelles priorités de santé publique identifiées par le ministère chargé de la santé et y inclure par exemple des modules relatifs à l'endométriose que les sages-femmes doivent complètement s'approprier, comme le prévoit la stratégie nationale contre l'endométriose qui sera lancée prochainement.

L'harmonisation des acquis constitue également l'un des enjeux d'une telle réforme. En effet, la maquette de formation du deuxième cycle en maïeutique n'a pas été revue depuis 2012 et la latitude laissée à l'époque aux écoles de formation était telle qu'elle n'était pas de nature à garantir l'homogénéité de la formation et des compétences sur le territoire, y compris au sein du même lieu de formation, en raison d'expériences de stage divergentes.

Pour mettre en place cette nouvelle année de formation, la mission devra également se concentrer sur les capacités de formation et les offres de stages nécessaires à l'accueil des étudiants sages-femmes de sixième année. L'impact budgétaire sera à évaluer, ainsi que la répartition du financement entre les différents acteurs, les écoles de sages-femmes étant actuellement financées par les régions. L'impact budgétaire, tout comme l'offre de stage, seront dépendants de la qualité de l'étudiant en sixième année – étudiant hospitalier ou interne, qualité sur laquelle vous serez également amené à faire des propositions.

Madame Nathalie DESTAIS
Cheffe de l'Inspection générale des affaires sociales

Madame Caroline PASCAL
Cheffe de l'Inspection générale de l'éducation,
du sport et de la recherche

14 avenue Duquesne – 75350 PARIS SP 07

21 rue Descartes – 75231 PARIS Cedex 05


Ainsi, nous souhaitons qu'une mission IGAS/IGESR soit lancée sur la formation initiale de maïeutique afin d'analyser la place et les modalités que prendrait la sixième année pour donner une formation plus aboutie aux étudiants sages-femmes.

Dès lors, votre mission consistera à :

1. Evaluer les enseignements déjà existants dans la maquette pédagogique actuelle et identifier les disciplines à renforcer ou à intégrer du fait de l'évolution de leurs compétences
2. Evaluer les capacités de formation pour les futurs étudiants sages-femmes de sixième année ainsi que l'offre de stage disponible
3. Evaluer la pertinence et la faisabilité d'une maquette plus harmonieuse entre les 35 écoles de sage-femme au cours du second cycle
4. Proposer une mise en place pertinente des priorités de santé publique telles que les « modules d'endométriose » dans la maquette de formation
5. Tracer les grandes lignes du contenu de la sixième année au regard des demandes et des éventuels manques formulés par la profession et l'ANESF ou identifiés au cours de la mission
6. Evaluer le coût budgétaire de la sixième année et la répartition du financement entre les différents acteurs
7. Définir le statut des étudiants en maïeutique de 6^{ème} année
8. Identifier les points d'accroche de la réforme et les facteurs clés du succès

Afin d'élaborer les propositions, la mission consultera la conférence nationale des enseignants en maïeutique, les organisations représentatives des étudiants et les représentants de la profession ainsi que toute personnalité qualifiée, experte ou service de l'administration qu'elle jugera pertinent d'auditionner dans le cadre de ses travaux.

Nous vous prions d'agréer, Madame la cheffe du service de l'Inspection générale des affaires sociales, Madame la cheffe du service de l'Inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche, l'expression de notre considération distinguée.



Olivier VÉRAN



Frédérique VIDAL

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE ENVOYÉ AUX DIRECTRICES DES STRUCTURES DE FORMATION

ANNEXE 2 : THÈSES SOUTENUES PAR LES SAGES-FEMMES DOCTEURS QUALIFIÉES À LA MAITRISE DE CONFÉRENCES

ANNEXE 3 : TABLEAU PRESENTANT À TITRE INDICATIF L'EQUILIBRE GLOBAL DE LA FORMATION

ANNEXE 1 : Questionnaire envoyé aux directrices des structures de formation

Mission IGAS/IGESR sur la 6^{ème} année de formation en maïeutique

Questionnaire pour les écoles de sages-femmes et les départements de maïeutique

Nous vous remercions de renseigner ce questionnaire avant le 3 juin 2022 afin de permettre le traitement des données dans les délais impartis à la mission.

Il vous faudra entre 1h et 2 h pour répondre aux questions. Une sauvegarde automatique vous permettra de vous interrompre et de reprendre le questionnaire à la question en cours.

Merci de bien vouloir compléter un seul questionnaire par structure et de bien veiller à cliquer sur le bouton VALIDER en fin de questionnaire pour que vos réponses soient prises en compte.

Au fil des questions, nous vous demandons de nous transmettre certains documents. Nous vous remercions de nous les adresser à l'adresse mel IGAS-IGESR-maieutique@igas.gouv.fr, parallèlement à (ou après) la validation du questionnaire.

Pour toute question concernant le remplissage des champs, vous pouvez contacter les membres de l'équipe à l'adresse suivante IGAS-IGESR-maieutique@igas.gouv.fr

NB : toutes les questions sont hors année de PACES et PASS / LAS.

1ere partie : Présentation de la structure

1/ Quel est le nom et l'adresse de votre structure ?

2/ Votre structure regroupe-t-elle plusieurs sites ou écoles ?

Si oui : donnez leur nom et adresse

3/Sur la totalité de la structure, combien y a-t-il d'étudiants au cours de l'année 2021-2022 ?

Année du cursus	Nombre
DFGSMa2	
DFGSMa3	
DFASMa1	
DFASMa2	
Total	0

Merci de ne saisir que des chiffres dans les champs demandant ce type de réponse afin de permettre le traitement des données.
Merci d'utiliser l'adresse IGAS-IGESR-maieutique@igas.gouv.fr pour transmettre les documents ainsi que pour toute question.

4/ Combien y a-t-il d'heures d'enseignement au cours de l'année 2021-2022 ?

Personnel permanent de l'école ou du département : en heures

- Dont sages-femmes :

Dont sages-femmes possédant un ou plusieurs masters universitaires :

Dont sages-femmes possédant un doctorat d'université :

Dont sages-femmes en temps partagé avec une activité clinique :

- Dont médecins praticiens (non HU) :

- Dont enseignants-chercheurs :

- Autres

Commentaires éventuels

Intervenants extérieurs : en heures

5/ Combien y a-t-il de personnels administratifs et d'appui dédiés ? En heures

6/ Votre structure est-elle :

- Une école hospitalière ?

Si oui : rattachée à quel établissement hospitalier ?

- Une école intégrée à l'université (quelle que soit l'organisation) ?

Si oui : dans quelle université ?

Si oui : depuis quelle date ?

*Merci de ne saisir que des chiffres dans les champs demandant ce type de réponse afin de permettre le traitement des données.
Merci d'utiliser l'adresse IGAS-IGESR-maieutique@igas.gouv.fr pour transmettre les documents ainsi que pour toute question.*

7 / Quels sont les liens de votre structure avec l'université ?

- Si votre structure est une école hospitalière :

Avez-vous une convention avec une université (merci de la transmettre en PJ) ?

Un représentant de l'École est-il présentreprésentée au sein des instances de gouvernance de la composante santé de l'université ?

Autres types de liens et collaborations entre l'école et l'université

- Si votre structure est intégrée à l'université :

Est-elle représentée représentée au sein des instances de gouvernance ?

Si oui, à quelles instances et combien de personnes ?

Sous quelle forme votre structure est-elle intégrée (plusieurs choix possibles):

Un département dans une UFR de type UFR santé ou un pôle santé

Un département dans une UFR de type UFR médecine

Une UFR (unité de formation et de recherche) en propre

Une école universitaire

Autres (préciser votre organisation) :

Quels sont de votre point de vue les avantages/inconvénients de la situation actuelle post- intégration ?

- Dans les deux situations :

Y a-t-il des enseignements mutualisés avec d'autres formations de santé ?

Si oui, pouvez-vous donner quelques exemples ?

Y a-t-il des simulations pluri-professionnelles ?

Si oui, pouvez-vous donner quelques exemples ?

*Merci de ne saisir que des chiffres dans les champs demandant ce type de réponse afin de permettre le traitement des données.
Merci d'utiliser l'adresse IGAS-IGESR-maieutique@igas.gouv.fr pour transmettre les documents ainsi que pour toute question.*

8/ Votre structure a-t-elle un projet d'intégration universitaire ?

Commentaires:

*Merci de ne saisir que des chiffres dans les champs demandant ce type de réponse afin de permettre le traitement des données.
Merci d'utiliser l'adresse IGAS-IGESR-maieutique@igas.gouv.fr pour transmettre les documents ainsi que pour toute question.*

2ème partie : Formation et cursus actuels

1/ Description du cursus

Merci de transmettre la maquette de formation (MC2C et fiches UE par matière et par année, ou équivalent), le projet pédagogique ainsi que votre dernier rapport d'activité . A transmettre à l'adresse mel IGAS-IGESR-maieutique@igas.gouv.fr parallèlement à l'envoi du questionnaire.

Enseignements théoriques : Indiquer par discipline (telle que listée dans les arrêtés d'organisation des études) le nombre d'heures de cours et le nombre d'ECTS associés

Disciplines FGSM (1er cycle)	Nombre d'heures de cours par année		Nombre d'ECTS associés pour les deux années
	DFGSMa2	DFGSMa3	
Santé, société, humanité			
Santé publique, démarche de recherche			
Sémiologie générale			
Tissu sanguin et système immunitaire			
Agents infectieux, hygiène			
Hormonologie - reproduction			
Génétique médicale			
Rein et voies urinaires			
Systèmes digestif, locomoteur, neurosensoriel, dermatologique			
Obstétrique, maïeutique			
Gynécologie			
Puériculture, néonatalogie, pédiatrie			
UE librement choisies et UE libres			

*Merci de ne saisir que des chiffres dans les champs demandant ce type de réponse afin de permettre le traitement des données.
Merci d'utiliser l'adresse IGAS-IGESR-maieutique@igas.gouv.fr pour transmettre les documents ainsi que pour toute question.*

Disciplines FASM (2ème cycle)**Nombre d'heures de cours par année****Nombre d'ECTS
associés pour les
deux années**

DFASMa1

DFASMa2

Obstétrique, maïeutique, démarche clinique, diagnostic anténatal et médecine fœtale			
Néo natalité pédiatrie			
Gynécologie - santé génésique des femmes et AMP			
Pharmacologie			
Santé publique			
Sciences humaines et sociales - droit, économie, management et langue étrangère			
UE Recherche			
Parcours personnalisé – UE libres			

Stages : Indiquer la liste des stages par année**Stages de DFGSMa2**

Nom ou objet du stage	Terrain	Durée en semaines	Nombre d'ECTS
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		

Stages de DFGSMa3

Nom ou objet du stage	Terrain	Durée en semaines	Nombre d'ECTS
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		

Merci de ne saisir que des chiffres dans les champs demandant ce type de réponse afin de permettre le traitement des données.
 Merci d'utiliser l'adresse IGAS-IGESR-maieutique@igas.gouv.fr pour transmettre les documents ainsi que pour toute question.

Stages de DFASMa1

Nom ou objet du stage	Terrain	Durée en semaines	Nombre d'ECTS
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		

Stages de DFASMa2

Nom ou objet du stage	Terrain	Durée en semaines	Nombre d'ECTS
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		

*Merci de ne saisir que des chiffres dans les champs demandant ce type de réponse afin de permettre le traitement des données.
Merci d'utiliser l'adresse IGAS-IGESR-maieutique@igas.gouv.fr pour transmettre les documents ainsi que pour toute question.*

2/ Appréciation globale sur l'ensemble du cursus :

a) Pensez-vous que le cursus actuel est adapté aux compétences attendues des sages-femmes sortant de formation initiale dans les domaines suivants (sur une échelle de 1 à 4; 4 étant l'appréciation la plus élevée)

Suivi prénatal	1	2	3	4
Échographie hors dépistage	1	2	3	4
Accompagnement de l'accouchement physiologique	1	2	3	4
Détection des complications de l'accouchement	1	2	3	4
Examen du nouveau-né et réanimation néo-natale d'urgence	1	2	3	4
Suivi des suites de couches	1	2	3	4
Suivi du post-partum et détection de la dépression	1	2	3	4
Suivi gynécologique de prévention hors grossesse	1	2	3	4
Prévention et dépistage des IST de la femme et de son partenaire	1	2	3	4
Promotion et réalisation des vaccinations	1	2	3	4
Détection de l'endométriose	1	2	3	4
Contraception	1	2	3	4
IVG médicamenteuse	1	2	3	4
PMA	1	2	3	4
Prévention et lutte contre les violences	1	2	3	4

*Merci de ne saisir que des chiffres dans les champs demandant ce type de réponse afin de permettre le traitement des données.
Merci d'utiliser l'adresse IGAS-IGESR-maieutique@igas.gouv.fr pour transmettre les documents ainsi que pour toute question.*

b) L'enseignement est-il basé sur une approche par compétences :

Si en partie, précisez :

Si oui (ou en partie), il s'appuie sur le référentiel de compétences établi par la profession

Autre, précisez :

c) Pour les cours, une évaluation des enseignements par les étudiants (EEE) est-elle réalisée ?

d) L'évaluation est-elle réalisée :

• Sous forme d'examens partiels et d'examens terminaux

• Sous forme de contrôle continu

• Sous forme de fiche renseignée à l'issue de chaque garde ou de chaque journée de stage

• Sous forme d'*Examen clinique objectif structuré* (ECOS)

• Avez-vous introduit une évaluation formative ?

Si oui en quoi consiste-t-elle ?

• Autre, précisez :

Merci de ne saisir que des chiffres dans les champs demandant ce type de réponse afin de permettre le traitement des données.
Merci d'utiliser l'adresse IGAS-IGESR-maieutique@igas.gouv.fr pour transmettre les documents ainsi que pour toute question.

4 / Concernant les enseignements théoriques

De votre point de vue de directrice, à quel moment du cursus vos étudiants vous semblent ressentir le plus fortement la charge ? (à apprécier par année sur une échelle de de 1 à 4; 4 étant l'appréciation la plus élevée)

DFGSMa2 1 2 3 4

DFGSMa3 1 2 3 4

DFASMa1 1 2 3 4

DFASMa2 1 2 3 4

5 / Concernant les stages

a) Sur l'ensemble du cursus, quelle est la répartition moyenne indicative entre terrains de stages pour un étudiant (en %) :

- Milieu hospitalier

Si vous connaissez la répartition par type de maternité :

Dont maternité de type 1 ?

Dont maternité de type 2 ?

Dont maternité de type 3 ?

- Milieu libéral

- PMI

- Autres types de stage (indiquer lesquels) ?

Commentaires éventuels

*Merci de ne saisir que des chiffres dans les champs demandant ce type de réponse afin de permettre le traitement des données.
Merci d'utiliser l'adresse IGAS-IGESR-maieutique@igas.gouv.fr pour transmettre les documents ainsi que pour toute question.*

b) Comment les étudiants sont-ils suivis pendant leurs stages ?

- Y a-t-il des systèmes de mentorat ou de compagnonnage ?

Si oui, lesquels ?

- Y a-t-il un tutorat par des étudiants plus avancés dans le cursus ?

- Y a-t-il un document précisant les objectifs pédagogiques et/ou les compétences à acquérir pendant le stage ? si oui, merci de transmettre parallèlement le document à l'adresse mel XXX

- Y a-t-il un carnet/livret de suivi de stage ? si oui, merci de transmettre parallèlement le document à l'adresse mel XXX

- Si d'autres dispositifs existent, merci de les indiquer :

c) De votre point de vue de directrice, pensez-vous que la durée de chaque type de stage est adaptée ?

Stages hospitaliers

Salle de naissance

Grossesses pathologiques

Suites de couches

Consultations

Stages en libéral

Stages en PMI

Autres

Globalité du cursus

Merci de ne saisir que des chiffres dans les champs demandant ce type de réponse afin de permettre le traitement des données.
Merci d'utiliser l'adresse IGAS-IGESR-maieutique@igas.gouv.fr pour transmettre les documents ainsi que pour toute question.

d) Pensez-vous que d'autres terrains de stage devraient :

- Etre rendus obligatoires ?

Si oui, lesquels ?

- Etre ajoutés ?

Si oui, lesquels ?

- Etre diminués ?

Si oui, lesquels ?

e) Que pensez-vous du rythme des stages ?

- Régime d'alternance cours théoriques/stages :

Commentaires éventuels

- Rythme d'alternance de gardes de jour et de nuit :

Commentaires éventuels

- Rythme de 12 gardes pour un mois de stage :

Commentaires éventuels

f) Sur quels aspects les stages pourraient-t-ils être améliorés ?

Pour les stages hospitaliers :

Pour les stages extrahospitaliers (libéral, PMI) :

*Merci de ne saisir que des chiffres dans les champs demandant ce type de réponse afin de permettre le traitement des données.
Merci d'utiliser l'adresse IGAS-IGESR-maieutique@igas.gouv.fr pour transmettre les documents ainsi que pour toute question.*

3ème partie : Contenu de la future 6ème année

1/ Quels sont selon vous les trois principaux objectifs de la future 6ème année :

- Desserrer le cursus actuel et mieux répartir la charge de travail
- Intégrer dans la formation les nouvelles compétences des sages-femmes
- Faciliter les parcours vers la recherche
- Réorganiser totalement la formation des sages-femmes
- Permettre aux étudiants d'approfondir les points clés de leur parcours professionnel individuel
- Permettre aux étudiants de se spécialiser dans un mode d'exercice ou sur un type de pratique par un ou des stages longs
- Améliorer la maîtrise professionnelle de l'accouchement par un stage long en salle de naissance
- Développer l'autonomie des étudiants

Autres (si moins de 3 objectifs cochés)

*Merci de ne saisir que des chiffres dans les champs demandant ce type de réponse afin de permettre le traitement des données.
Merci d'utiliser l'adresse IGAS-IGESR-maieutique@igas.gouv.fr pour transmettre les documents ainsi que pour toute question.*

2/ Quelles disciplines du cursus actuel pourraient, selon vous, être modifiées à l'occasion de la création de la 6ème année :

(Cochez les disciplines que vous choisissez – ne cochez rien si vous estimez qu'il n'y a pas lieu de modifier l'enseignement de la discipline)

	Étaler sur plusieurs années du cursus actuel, non compris la 6ème	Etaler sur plusieurs années, y compris la 6ème	Renforcer	Alléger
Disciplines FGSM (1er cycle)				
Santé, société, humanité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Santé publique, démarche de recherche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sémiologie générale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tissu sanguin et système immunitaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Agents infectieux, hygiène	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hormonologie - reproduction	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Génétique médicale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rein et voies urinaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Systèmes digestif, locomoteur, neurosensoriel, dermatologique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obstétrique, maïeutique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gynécologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puériculture, néonatalogie, pédiatrie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*Merci de ne saisir que des chiffres dans les champs demandant ce type de réponse afin de permettre le traitement des données.
Merci d'utiliser l'adresse IGAS-IGESR-maieutique@igas.gouv.fr pour transmettre les documents ainsi que pour toute question.*

Disciplines FASM (2ème cycle)	Étaler sur plusieurs années du cursus actuel, non compris la 6ème	Etaler sur plusieurs années, y compris la 6ème	Renforcer	Alléger voire supprimer
Obstétrique, maïeutique (...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Néo natalité pédiatrie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gynécologie (...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pharmacologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Santé publique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SHS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
UE Recherche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parcours personnalisé – UE libres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3/ Quels contenus pourraient, selon vous, composer la 6ème année ?

- Stages : lesquels ? (préciser le ou les terrains et la durée)

- Modules de suivi et d'accompagnement du mémoire de fin d'étude (future thèse d'exercice)

Si oui, lesquels ?

- Apports théoriques

Si oui, lesquels ?

- Séminaires pluri-professionnels (par exemple communs avec des étudiants de médecine générale, de pédiatrie, de gynécologie médicale et obstétrique...)

Commentaires éventuels

- Autres :

Merci de ne saisir que des chiffres dans les champs demandant ce type de réponse afin de permettre le traitement des données.
 Merci d'utiliser l'adresse IGAS-IGESR-maieutique@igas.gouv.fr pour transmettre les documents ainsi que pour toute question.

4/ Si un stage long est mis en place en 6ème année, quelle modalité vous semblerait la plus pertinente ? (un seul choix possible)

- Stage intégré dans une seule structure avec renforcement progressif de l'autonomie de l'étudiant
- Stage obligatoire en salle de naissance pour conforter la maîtrise des fondamentaux de la profession
- Stage éventuellement fractionné entre plusieurs terrains, en fonction du projet professionnel de l'étudiant
- Autre :

Si autre, précisez :

Commentaires éventuels

5/ Pensez-vous qu'il soit pertinent de moduler dans cette 6ème année les choix du terrain de stage principal et des enseignements :

- En fonction du projet professionnel des étudiants ?

Commentaires éventuels

- En fonction d'une évaluation individuelle des étudiants par l'équipe enseignante (y compris maitres de stage) dans le cadre d'une approche par compétences acquises, au regard, par exemple, de leur degré d'autonomie dans la pratique des actes ?

Commentaires éventuels

- En fonction d'autres critères ? (à préciser)

6/ Selon vous, serait-il pertinent de conserver le CSCT en fin de 5ème année ?

Commentaires éventuels

*Merci de ne saisir que des chiffres dans les champs demandant ce type de réponse afin de permettre le traitement des données.
Merci d'utiliser l'adresse IGAS-IGESR-maieutique@igas.gouv.fr pour transmettre les documents ainsi que pour toute question.*

7/ Pensez-vous que les étudiants pourraient être autorisés à effectuer des remplacements en tant que sages-femmes en établissement hospitalier pendant leur 6eme année ?

Si oui, lesquels ?

Commentaires éventuels

8/ Quelles sont, selon vous, les conditions de réussite de cette 6ème année ?

*Merci de ne saisir que des chiffres dans les champs demandant ce type de réponse afin de permettre le traitement des données.
Merci d'utiliser l'adresse IGAS-IGESR-maieutique@igas.gouv.fr pour transmettre les documents ainsi que pour toute question.*

4ème partie : suivi des étudiants et des diplômés

1/ Entrée en formation depuis la PACES ou le PASS/L.AS : Sur les 3 dernières années, combien de places étaient ouvertes en maïeutique ?

2/ Départ en cours de cursus : combien avez-vous constaté de départs définitifs, quel que soit le motif (abandon, changement d'orientation, etc. , hors transfert de dossier vers une autre ESF) en cours de cursus ces 3 dernières années ?

Année du cursus	Année 19/20	Année 20/21	Année 21/22
DFGSMa2			
DFGSMa3			
DFASMa1			
DFASMa2			

3/ Double cursus : combien d'étudiants sont inscrits en double cursus master ? (Effectifs par cohorte de diplômés au cours des 3 dernières années)

4/ Soutenance du mémoire : sur les 3 dernières années, combien d'étudiants ont :

- Reporté leur soutenance de mémoire de moins d'un an
- Reporté leur soutenance de mémoire d'un an ou plus
- Pas soutenu leur mémoire

5a/ Ressenti des étudiants : Pensez-vous que le bien-être des étudiants s'est globalement dégradé ces dernières années ? (une seule réponse possible)

- Non, une majorité des étudiants a généralement un faible niveau de bien-être
- Non, une majorité des étudiants a généralement un bon niveau de bien-être
- Oui, sans identifier un point de départ précis
- Oui, depuis le passage par la PACES
- Oui, depuis que la formation dure 5 ans
- Oui, mais de manière conjoncturelle, en raison de la crise sanitaire
- Oui, pour une autre raison

Si oui pour une autre raison, précisez :

Commentaires éventuels

*Merci de ne saisir que des chiffres dans les champs demandant ce type de réponse afin de permettre le traitement des données.
Merci d'utiliser l'adresse IGAS-IGESR-maieutique@igas.gouv.fr pour transmettre les documents ainsi que pour toute question.*

5b/ Avez-vous mis en place des dispositifs d'évaluation de la satisfaction et/ou du bien-être des étudiants, ou des actions d'amélioration ?

Si oui, lesquels ?

6/ Fin du cursus : sur les 3 dernières cohortes, pouvez-vous dire, de façon indicative, quelle part des diplômés envisage de s'orienter au moment de la délivrance de leur diplôme vers : (réponses en pourcentage, le total peut être différent de 100 s'agissant d'estimations indicatives)

L'hôpital public

Un établissement de santé privé

Un exercice libéral

Un exercice en PMI

Autres

Ne sait pas

7/ Implantation géographique : sur les 3 dernières cohortes, pouvez-vous dire, de façon indicative, quelle part des diplômés envisage d'exercer leur activité professionnelle : (réponses en pourcentage, le total peut être différent de 100 s'agissant d'estimations indicatives)

Dans le département

Dans la région

Dans d'autres régions métropolitaines

En outre-mer

A l'étranger

Autres

Ne sait pas

*Merci de ne saisir que des chiffres dans les champs demandant ce type de réponse afin de permettre le traitement des données.
Merci d'utiliser l'adresse IGAS-IGESR-maieutique@igas.gouv.fr pour transmettre les documents ainsi que pour toute question.*

5ème partie : Financement

Merci de transmettre votre convention avec la Région, les 3 derniers budgets, ainsi que les 3 derniers comptes-rendus annuels qui lui ont été transmis.

Merci de transmettre également les coordonnées du responsable financier (de l'université ou du CHU) qui gère la convention financière avec la Région.

Documents à transmettre à l'adresse mel IGAS-IGESR-maieutique@igas.gouv.fr parallèlement à l'envoi du questionnaire (ou après l'envoi de celui-ci)

Si vous disposez des informations, merci de répondre aux questions suivantes :

1/ Quel est le budget de fonctionnement de votre structure cette année 2022 ?

- Recettes

Dont dotation globale de fonctionnement du conseil régional

Autres à préciser (ARS, fondations, etc.)

- Dépenses de fonctionnement (dont dépenses de personnel)

2/ Disposez-vous, dans une approche analytique, d'une évaluation du coût de la formation par étudiant et/ou par année de cursus ?

Évaluation du coût par étudiant et par année (ne remplir que la ligne total si le cout par année n'est pas connu)

Évaluation du coût global par année de formation

DFGSMa2		
DFGSMa3		
DFASMa1		
DFASMa2		
Total		

Merci de ne saisir que des chiffres dans les champs demandant ce type de réponse afin de permettre le traitement des données.
Merci d'utiliser l'adresse IGAS-IGESR-maieutique@igas.gouv.fr pour transmettre les documents ainsi que pour toute question.

3/ Quelles sont les modalités de financement par la Région ?

• Y a-t-il un financement fixe du coût à la place ?

• S'il y a eu des places nouvellement créées en 2020 et 2021, la Région les a-t-elles financées ?

• Y a-t-il un dialogue de gestion ?

Si oui, est-il annuel ?

4/ S'il y a un dialogue de gestion :

• Est-il conduit par la direction financière de l'hôpital/l'université auquel votre structure est rattachée ?

• Participez-vous :

A sa préparation ?

A sa conduite ?

5/ Avez-vous reçu des financements de la Région pour des projets d'investissement, concernant par exemple les locaux ou les équipements ?

*Merci de ne saisir que des chiffres dans les champs demandant ce type de réponse afin de permettre le traitement des données.
Merci d'utiliser l'adresse IGAS-IGESR-maieutique@igas.gouv.fr pour transmettre les documents ainsi que pour toute question.*

La mission vous remercie très sincèrement pour votre contribution qui sera utilisée dans le cadre de ses travaux en cours.

[Cliquez ci-dessous pour valider et quitter le questionnaire](#)

ANNEXE 2 : Thèses soutenues par les sages-femmes docteurs qualifiées à la maîtrise de conférences

Qualifié MCF en :	F/H	Titre de la thèse (précédé de l'année de soutenance)	Domaines (source Thèse.fr et Hal ou le cas échéant intitulé de l'école doctorale (ED) de soutenance)
2022	F	2015 : Combinaison de nano et microcarriers pour la thérapie cellulaire dans la maladie de Huntington : une nouvelle stratégie de médecine régénératrice	Biomolécules, pharmacologie, thérapeutique
2022	F	2021 : Prévention en période anténatale en France : facteurs associés et effets sur la santé mentale et la qualité de vie maternelle en période postnatale	Sciences du vivant / Médecine humaine et pathologie
2022	F	2020: Espaces et temps de la "production d'enfants". Sociologie des grossesses ordinaires	ED Sciences de l'homme et société / Sociologie
2022	H	2021 : Régionalisation des soins dans le cadre de la grande prématurité.	Santé publique épidémiologie et sciences de l'information biomédicale
2022	F	2019 : Étude de l'expression, de l'activité et du rôle de la NADPH oxydase dans la villosité chorionale au premier trimestre de la grossesse : implication dans la physiopathologie de la prééclampsie	Thèse de doctorat en développement
2022	F	2017 : Toucher pour soigner. Le médecin, le toucheur et l'ostéopathe: un nourrisson entre de bonnes mains.	Thèse de doctorat en sociologie
2021	F	2020 : Biométrie fœtale par échographie : nouvelle approche techniques et pédagogiques.	Thèse de doctorat en sciences de la vie et de la santé
2021	F	2015 : Apprentissage par simulation et activité du formateur : comment le travail avec un simulateur d'accouchement interactif a-t-il développé l'activité d'une enseignante en maïeutique?	Sciences de l'éducation
2021	H	2020 : Récit d'ingénierie pédagogique en santé à l'usage de l'enseignant connecté	Thèse de doctorat en ingénierie de la cognition, de l'interaction, de l'apprentissage et de la création
2021	F	2016 : La professionnalisation des sages-femmes : étude de la dynamique d'un système représentationnel	Sciences de l'éducation
2021	H	2015 : L'évolution de l'accouchement dans la lignée humaine. Estimation de la contrainte fœto-pelvienne par deux méthodes complémentaires : la simulation numérique de l'accouchement et l'analyse discriminante des modalités d'accouchement au sein d'un échantillon obstétrical	Pathologie humaine. recherche clinique et santé publique
2021	H	2020 : Qualité des soins en salle de naissance et perspectives des mères	Thèse de doctorat en épidémiologie, santé publique, recherche sur les services de santé
2021	F	2019 : Hémorragies du post-partum immédiat : Estimations visuelles des pertes sanguines par les sages-femmes et les étudiants sages-femmes et prévalence des troubles psychologiques en cas d'hémorragie du post-partum immédiat : Étude PSYCHE	Thèse de doctorat en épidémiologie clinique
2021	F	1988 : trois femmes : étude simultanée de poésie américaine : 1960-1980 : Adrienne Rich, Erica Jong, May Swenson	Études nord-américaines

2021	F	2016 : Rapport à l'apprendre et développement d'une culture de recherche en formation médicale professionnalisante : l'effet du contexte pédagogique en médecine et en maïeutique	École doctorale "langage-temps-sociétés"
2020	F	2017 : Pratiques obstétricales maïeutiques lors de l'accouchement : état des lieux et évaluation des types de poussée	Thèse de doctorat en sciences de la vie et de la santé
2020	F	2013 : De la possibilité d'étudier la morbidité maternelle sévère dans les bases de données médico-administratives	Thèse de doctorat en épidémiologie
2020	F	2017 : Intérêt des bases de données médico-administratives dans l'évaluation du dépistage, de la surveillance et des complications du diabète	Thèse de doctorat en médecine, santé publique, environnement et société
2020	H	2018 : Étude longitudinale de la qualité de vie liée à la santé chez la femme enceinte : état des lieux, comparaison de l'évolution selon le devenir obstétrical et impact sur le mode d'allaitement à la naissance	Épidémiologie, santé publique. Recherche sur les systèmes de santé
2020	F	2017 : Exposition maternelle à la pollution de l'air au cours de la grossesse : caractérisation de l'exposition, de ses déterminants, et association avec la croissance fœtale dans deux cohortes complémentaires	Modèles, méthodes et algorithmes en biologie, santé et environnement
2020	H	2015 : « L'Éducation à la santé familiale » : modélisation et expérimentations d'un nouveau modèle à porter soins et secours	Santé publique
2020	F	2010 : Différence de traitement et traitements différentiels : les trajectoires de soins des femmes "africaines" en maternité publique	Thèse de doctorat en sociologie
2020	H	2016 : Déterminants immuno-virologiques de l'infection congénitale à cytomégalovirus dans les prélèvements fœtaux périphériques et dans le tissu cérébral	Virologie
2020	F	2018 : Enjeux éthiques posés par le diagnostic anténatal dans le cadre des maladies génétiques à révélation tardive	Thèse de doctorat en recherche clinique, innovation technologique, sante publique
2020	H	2014 : Tumeurs germinales du testicule : étudier l'impact des expositions professionnelles et environnementales aux pesticides	Thèse de doctorat en santé publique, épidémiologie

Source : Mission : rapprochement de la liste publiée des candidats qualifiés et des thèses publiées

ANNEXE 3 : Tableau présentant à titre indicatif l'équilibre global de la formation proposé en partie 2

Equilibre global indicatif de la formation (en ECTS)									
	1er cycle (hors PASS/LAS)		2ème cycle			3ème cycle	formation maïeutique totale		
	moyenne constatée (sur 27 réponses au questionnaire)	volumétrie globale indicative	norme réglementaire (arrêté 2013 - fourchette ECTS)	moyenne constatée (sur 27 réponses au questionnaire)	volumétrie globale indicative	volumétrie globale indicative	moyenne constatée (sur 27 réponses au questionnaire)	volumétrie globale indicative	
Enseignements théoriques (cours ou séminaires)	(en ECTS)								
obstétrique, maïeutique	17	15	14	16	17	13	2	34	30
néonatalogie, pédiatrie	8	7	6	10	8	8	2	16	17
gynécologie	5	10	4	8	6	10	2	11	22
savoirs médicaux généraux	23	14						23	14
sémiologie	3	3						3	3
pharmacologie			2	4	2	2		2	2
sciences humaines et sociales	8	6	6	8	8	8	2	16	16
santé publique	4	3	4	6	4	3	2	8	8
recherche	3	3	2	4	6	6	4	9	13
UE libres - parcours personnalisé	8	5	12	24	8	6		16	11
Thèse d'exercice						4	10	0	14
Total enseignement théorique	79	66	50	80	59	60	24	138	150
enseignement clinique (stages)									
gestes cliniques	6	6						6	6
suivi prénatal	6	6	12	16	9	10	4	15	20
suivi pernatal	14	14	20	24	15	20	8	29	42
suivi postnatal	8	8	8	14	6	10	4	14	22
gynécologie		10	8	14	6	10	10	6	30
libre		10			13	10	10	13	30
Total enseignement clinique	34	54	48	68	49	60	36	83	150
Total ECTS	113	120	98	148	108	120	60	221	300

Source : mission - annexe indissociable de la partie 2 du rapport

LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

Ministère de la santé et de la prévention

Cabinets

- Sébastien Delescluse, conseiller formation et enseignement supérieur au cabinet du ministre des solidarités et de la santé Olivier Véran
- Antoine Magnan, conseiller médical, enseignement supérieur et recherche
- Sandrine Williaume, conseillère métiers et formations
- Philippe Romac, conseiller enfance au cabinet du secrétaire d'Etat chargé de l'enfance et des familles Adrien Taquet

Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

- Philippe Charpentier, sous-directeur des ressources humaines du système de santé
- Marc Reynier, adjoint au sous-directeur des ressources humaines du système de santé
- Sandrine Jaumier, cheffe du bureau démographie et formations initiales
- Vincent Hemery, adjoint à la cheffe du bureau démographie et formations initiales
- Sylvie Escalon, sous-directrice de la régulation de l'offre de soins
- Frédérique Collombet-Migeon, chargée de mission périnatalité

Direction générale de la santé (DGS)

- Caroline Bussièrès, cheffe du bureau santé des populations et politique vaccinale
- Olivier Scemama, chef du bureau infections par le VIH, IST, hépatites et tuberculose

Direction de la Sécurité Sociale

- Nicolas Labrune, sous-directeur du financement du système de soins
- Aurélien Leconte, chef du bureau des relations avec les professions de santé
- Sylvain Vieules, chargé de mission, suivi des sages-femmes libérales

Direction de la recherche, des études et des statistiques (DREES)

- Noémie Vergier, adjointe à la cheffe du bureau des professions de santé

Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS)

- Mayalen Iron, directrice du projet des 1 000 premiers jours de l'enfant
- Pierre-Yves Manchon, adjoint à la directrice du projet

Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche

Cabinets

- Christine Ammirati, conseillère santé de la ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation Frédérique Vidal
- Olivier Laboux, conseiller spécial santé de la ministre Sylvie Retailleau

Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP)

- Anne-Sophie Barthez, directrice générale
- François Couraud, conseiller scientifique
- Jean-Christophe Paul, chef du département des formations de santé

Direction générale des ressources humaines (DGRH)

- Emmanuel Dossios, sous-directeur par intérim des statuts et de l'appui aux établissements
- Francia Coma, cheffe du département des personnels des disciplines de santé

Ministère de la transition écologique et de la cohésion des territoires, direction générale des collectivités locales

- Sébastien Simoes, adjoint au sous-directeur des finances locales et de l'action économique
- Olivier Laigneau, chef du bureau du financement du transfert des compétences
- Gabriel Szeftel, adjoint au chef de bureau

Ministère des comptes publics, direction du budget

- Marie Chanchole, sous-directrice de la sixième sous-direction
- Nabil Janah, bureau des comptes sociaux et de la santé
- Guillaume Bayona, bureau des comptes sociaux et de la santé

Inspection générale des affaires sociales

- Marie-Caroline Bonnet-Galzy, inspectrice générale
- Jean Debeaupuis, inspecteur général
- Katia Julienne, inspectrice générale
- Angel Piquemal, inspecteur général
- Sacha Reingewirtz, inspecteur
- Hamid Siahmed, inspecteur général

- Françoise Zantman, inspectrice générale

Caisse nationale d'assurance maladie

- Julie Pougheon, directrice de l'offre de soins
- Mickael Benzaqui, responsable du département des actes médicaux
- Claire Traon, responsable adjointe du département des professions de santé
- Emmanuelle Galan, Marjorie Mazars

Conseils et conférences universitaires

Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCERES)

- Stéphane Le Bouler, secrétaire général

Conseil national des universités (CNU) section 90

- Corinne Dupont, présidente
- Bernard Müller, ancien président

France Universités

- Macha Woronoff, présidente de la commission santé
- Marie-Amélie Cuny, chargée de mission
- Yvon Berland, consultant

Conférence des doyens des facultés de médecine

- Didier Samuel, président
- Benoit Veber, vice-président

Conférence des doyens des facultés d'odontologie

- Reza Arbab-Chirani, président
- Laurence Lupi, Emmanuel Nicolas, Caroline Bertrand, Pierre Millet, membres du bureau

Conférence des doyens des facultés de pharmacie

- Gaël Grimandi, président

Représentants et représentantes des sages-femmes

Ordre national des sages-femmes

- Isabelle Derrenderinger, présidente
- Cécile Moulinier, vice-présidente

- Anne-Marie Curât, secrétaire générale
- David Mener, directeur de cabinet

Collège national des sages-femmes de France (CNSF)

- Adrien Gantois, président

Conférence nationale des enseignants en maïeutique (CNEMa)

- Véronique Lecointe-Jolly, présidente, directrice du site d'enseignement de Montpellier
- Marie-Christine Leymarie, directrice de l'école de **sages-femmes** de Clermont-Ferrand

Association nationale des sages-femmes coordinatrices (ANSFC)

- Sylvie Le Roux, présidente

Association nationale des sages-femmes libérales (ANSFL)

- Eliette Bruneau, présidente

Association nationale des sages-femmes territoriales (ANSFT)

- Micheline Boivineau, présidente
- Claudine Schalck, sage-femme, psychologue clinicienne
- Caroline Toussaint, sage-femme

Association nationale des étudiant.e.s sages-femmes (ANESF)

- Laura Faucher, présidente
- Karen Matsumoto, étudiante

Organisation nationale syndicale des sages-femmes (ONSSF)

- Camille du Mortier, présidente
- Justine Schoeffel, Antony Bouvier, Elisa Etienne, membres du CA, sages-femmes

Union nationale et syndicale des sages-femmes (UNSSF)

- Claudine Schalck, sage-femme, psychologue clinicienne
- Matthieu Mouchard, sage-femme

Confédération française démocratique du travail (CFDT)

- Florence Dedieu, secrétaire nationale santé-sociaux
- Christine Pelletier, Romuald Foltz

Force ouvrière (FO)

- Eve Rizzotti-Donas, Pascale Dehée, sages-femmes

Solidaires unitaire Démocratique (SUD)

- Anissa Amini, Catherine Califer, Solen Evuano, Virginie Gossez, Fanny Salmon, sages-femmes

Union nationale des syndicats autonomes (UNSA)

- Emelyne Busserolles, Lydie Reynaud, Claudia Martino, sages-femmes
- Jean-Claude Stutz, cadre de santé

Conférences et fédérations hospitalières

Conférence des directeurs généraux de centre hospitalier universitaire (CHU)

- Michael Galy, président de la commission des affaires médicales
- Armelle Drexler, directrice des affaires médicales des hôpitaux universitaires de Strasbourg

Conférence nationale des directeurs de centre hospitalier (CNDCH)

- Cécilia Waheo, secrétaire générale
- Catherine Latger, directrice du centre hospitalier de Compiègne
- Guillaume Le Chevanton, élève-directeur

Fédération hospitalière de France (FHF)

- Quentin Henaff, responsable par intérim du Pôle ressources humaines

Représentants des médecins

Société Française de médecine périnatale (SFMP)

- Michel Dreyfus, président

Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF)

- Alexandra Benachi, présidente
- Cyril Huissoud, secrétaire général obstétrique

Syndicat MG France

- Jacques Battistoni, président
- Agnès Gianotti, Jean-Christophe Nogrette, Isabelle Domenech-Bonet

Déplacements en Hauts-de-France

Faculté de médecine de l'université de Lille

- Marc Hazzan, Doyen

École de sages-femmes du centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Lille

- Frédérique Dereux, directrice

- Virginie Philippe, Madeleine Sanpraine, enseignantes
- Chloé Caudrelier, Lucie Facon, Benjamin Lohez, Soraya Lutran, étudiantes et étudiant

École de sages-femmes de l'université catholique de Lille

- Isabelle Vaast, directrice

CHRU de Lille

- Damien Subtil, chef du pôle femme, mère et nouveau-né
- Véronique Houfflin Debarge, gynécologue-obstétricienne
- Bénédicte Ratajczyk, sage-femme coordinatrice
- Alexandra Savignac, sage-femme coordinatrice
- Loïc Berthelot, directeur administratif du pôle femme, mère et nouveau-né

Centre Hospitalier de Douai

- Basile Kalumba, chef du pôle mère-enfants
- Zacharie Houndehoto, chef de service
- Priscila Dufour, sage-femme référente
- Laurence Heddebaut, sage-femme coordinatrice

Agence régionale de santé (ARS) Hauts de France

- Adrien Debever, direction de l'offre de soins, sous-directeur chargé de l'ambulatoire

Région Hauts de France

- Anne Pinon, vice-présidente en charge de la santé et des formations sanitaires et sociales
- Agathe Bailleul, collaboratrice
- Ludovic Coupin, responsable du service des professions sanitaires et sociales

Déplacements en Île -de-France

Université Versailles Saint-Quentin (UVSQ)

- Djilali Annane, Doyen de la faculté de santé
- Christine Etchemendigaray, vice-présidente de l'université
- Sophie Baumann, directrice du département de maïeutique
- Claire Dran, directrice adjointe déléguée à la formation
- Elodie Prot, chargée de mission à la présidence de l'université
- Marion Fourmond, Sylvie Godet, Anne-Laure Habelski, Stéphanie Freiss, sages-femmes libérales

- Allili Bettich, Manuela Carrico, Lucie Demesteere, Laetitia Filluzeau, sages-femmes récemment diplômées
- Romane Durand, Eva Etchebest, Karen Laporte, Garance Ferreira, étudiantes

École de sages-femmes de l'hôpital Foch

- Christine Talot, directrice
- Audrey Tiberon, Odile Houziaux, Eliane Vautrin, enseignantes
- Aurore Jausovec, Eva Gomez, Morianne Maghaddam, Laure-Neyla Arab, Tessy Lagasse, étudiantes

Hôpital Foch

- Christine Sanhueza, sage-femme cadre supérieure
- Jean-Marc Ayoubi, chef du service gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction
- Jacques Leglise, directeur général

Centre hospitalier intercommunal de Poissy

- Helena Segain, sage-femme coordinatrice, cadre du pôle femme-mère-enfant
- Françoise Damageux, sage-femme coordinatrice, ancienne cadre du pôle
- Fabienne Huard, Véronique Ruej, sages-femmes coordinatrices
- Estelle Chapron, Julie Gams, Peggy Leblanc, sages-femmes
- Arnaud Fauconnier, chef du service gynécologie et obstétrique
- Patrick Rozenberg, gynécologue-obstétricien
- Isabelle Leclerc, directrice générale
- Sylvain Groseil, directeur des affaires médicales
- Sandrine Williaume, coordinatrice générale des activités de soins et de formation médicale
- Stéphanie Fiault, élève directrice de soins

Université Paris Cité

- Xavier Jeunemaitre, doyen de la faculté de santé
- Sophie Gil, vice-doyenne chargée de la formation
- Cécile Badoual, vice-présidente chargée de la formation de l'Université Paris Cité

Sorbonne Université

- Bruno Riou, doyen de la faculté de médecine

Enseignantes-chercheuses sages-femmes, universités parisiennes

- Anne Chantry, maître de conférences, Université Paris Cité

- Priscille Sauvegrain, maitre de conférences, Sorbonne Université
- Anne Rousseau, maitre de conférences, université Versailles Saint-Quentin

Écoles de sages-femmes de Baudelocque et de Saint-Antoine

- Michèle Rivière, directrice des écoles de sages-femmes de Baudelocque et de Saint Antoine
- Jacques Lepercq, directeur technique, conseiller scientifique
- Baptiste Bertho, Julie Gaillard, Cécile Marest, Christèle Verot, Myriam Fleury, Brigitte Goichon, Laurence Ploquin, enseignantes et enseignant
- Floriane Dornier, Justine Sanz, Harmony Placerdat, Keenly Moreira-Thesee, Manon Le Botlan, étudiantes

Maternité Port-Royal

- Karine Hillion, sage-femme coordinatrice, cadre de pôle
- Apolline Crevant, Amandine Macias, sages-femmes hospitalières
- Charles Heriot, sage-femme libéral
- Katia Top, sage-femme en PMI
- François Goffinet, chef de service
- Mathilde Barrois, gynécologue-obstétricienne
- Sophie Parat, pédiatre
- Aude Boilley-Rayrolles, directrice du site Cochin-Port Royal

Maison de naissance CALM

- Molly Mac Bride, sage-femme coordinatrice
- Maud Bauer, Eva Bellinato, Juliane Bordeaux, Constance Foeillet, Anne Morandeau, Charlotte Redon, sages-femmes

Région Ile de France

- Farida Adlani, vice-présidente en charge de la santé et de la solidarité
- Justine Corbin, cabinet de la présidente
- Alix de La Coste, directrice générale adjointe chargée de l'enseignement supérieur
- Simon Larger, directeur adjoint, pôle recherche et enseignement supérieur
- Catherine Ladoy, cheffe des formations paramédicales
- Mirado Razafinjatovo-Ntsoa, stagiaire

Déplacements en Grand-Est

Université de Lorraine

- Pierre Mutzenhart, président
- Marc Braun, doyen de la faculté de médecine et maïeutique
- Louise Tyvaert, vice-doyenne, présidente de la commission pédagogique maïeutique et métiers de la santé
- Marjan Nadjafizadeh, cheffe du département universitaire de Maïeutique
- Gila Ebadi, enseignante en maïeutique
- Céline Clément, enseignante en odontologie
- Béatrice Faivre, enseignante en pharmacologie
- Nicolas Gambier, enseignant en pharmacologie
- Julie Flenghi, sage-femme libérale
- Justine Bonin, Marion Helle, Laura Boulandet, Claire Nidercorn, étudiantes

CHRU de Nancy

- Christine Macquet, coordinatrice en maïeutique, cadre du pôle
- Muriel Onzatty, sage-femme coordinatrice
- Claire Hector, sage-femme référente
- Amandine Boileau, Carole Schmidt, sages-femmes
- Olivier Morel, responsable du pôle Gynécologie-obstétrique
- Pascal Boudin-Corvina, coordonnateur général des écoles et instituts, directeur référent du pôle gynécologie-obstétrique
- Christian Rabaud, président de la CME
- Bernard Dupont, directeur général

Polyclinique Majorelle (groupe Elsan), Nancy

- Marielle Watiotienne, cadre sage-femme
- Julie Barau, Judith Laurier, Lucie Martin, sages-femmes

Maison de naissance de Nancy « Un nid pour naître »

- Charlotte Jacquot, présidente
- Isabelle Humbert, sage-femme d'accompagnement
- Claire-Amélie Lamy, sage-femme de soutien

École de sages-femmes de Reims

- Michèle Zanardi-Braillon, directrice

ARS Grand-Est

- Carole Cretin, directrice de la stratégie
- Jean-Michel Baillard, responsable du département des ressources humaines en santé
- Théo Morieux, Valerie Nurdin, département des ressources humaines en santé

Déplacements en Nouvelle-Aquitaine

Faculté de médecine et de pharmacie, université de Limoges

- Pierre-Yves Robert, Doyen de la Faculté de médecine

École de sages-femmes de Limoges

- Marie-Noëlle Voiron, directrice
- Anne-Sophie Senant, Blandine Rothera, sages-femmes libérales
- Rafael Autan, Alix Berthon, Emma Courtois, Clara Gil, Paul Goudour, Léa Joffre, Solène Vergne, étudiantes et étudiants

Centre hospitalier universitaire (CHU) de Limoges

- Anne Le Pichoux, coordinatrice en maïeutique
- Camille Vrignat, Mathilde Leroux, sages-femmes hospitalières
- Anne Lienhardt-Roussie, cheffe de service, pédiatre

Centre hospitalier de Saint-Junien (Haute-Vienne)

- Catherine Mandon, cadre sage-femme
- Isabelle Becavin-Peyrinet, Guillaume Suc, sages-femmes
- Jean-Luc Eyraud, chef de service de la maternité

CHU de Bordeaux

- Delphine Lamireau, responsable du lactarium Dr Raymond Fourcade, Marmande

PMI du département de la Haute-Vienne

- Marie Boudier, sage-femme territoriale
- Alicia Leduc-Peytour, sage-femme territoriale
- Colette Gardey de Soos, étudiante stagiaire

ARS Nouvelle-Aquitaine

- Benoit Elleboode, directeur général

- Patrick Dehail, vice-doyen de la faculté de médecine de Bordeaux (invité)
- Stéphane Laffon, directeur délégué aux professionnels de santé et à la prospective
- Marie-Laure Beijas, sage-femme, référente périnatalité
- Sophie Girard, directrice de la délégation départementale de Haute-Vienne
- Florent Huré, conseiller médical DD 87 et DD 23
- Delphine Piquerez, chargée de mission DD 87
- Enzo Jacquenod, interne de santé publique

Région Nouvelle-Aquitaine

- Françoise Jeanson, vice-présidente en charge de la santé et de la silver économie
- Gérard Blanchard, vice-président en charge de l'enseignement supérieur et de la recherche
- Marlène Caumeil, chargée de mission sur les formations de santé

Déplacement en Auvergne-Rhône-Alpes (visio-conférence)

Université Grenoble Alpes

- Patrice Morand, doyen de la faculté de médecine
- Olivier Palombi, vice-doyen de la faculté de médecine, vice-président de l'université
- Chantal Seguin, directrice du département de maïeutique
- Lionel Di Marco, enseignant

CHU de Grenoble

- Estelle Fidon, directrice des ressources humaines adjointe

Déplacement en Provence-Alpes-Côte d'Azur (visio-conférence)

Aix-Marseille Université (AMU)

- Carole Zakarian, directrice de l'école universitaire de maïeutique

SIGLES UTILISES

ANESF	association nationale des étudiant-e-s sages-femmes
ARS	agence régionale de santé
CAE	contrat d'allocation d'études
CAF	caisse d'allocations familiales
CCA	chef de clinique assistant
CESP	contrat d'engagement de service public
CHU	centre hospitalier universitaire
CNP-SF	conseil national professionnel - sages-femmes
CNU	conseil national des universités
CPEF	centre de planification et d'éducation familiale
CPTS	communautés professionnelles territoriales de santé
CROUS	centre régionale des œuvres universitaires et scolaires
CSCT	certificat de synthèse clinique et thérapeutique
CVEC	contribution de vie étudiante et de campus
DES	diplômes d'études spécialisées
DFASMa	diplôme de formation approfondie en sciences maïeutiques
DFGSMa	diplôme de formation générale en sciences maïeutiques
DPC	développement professionnel continu
DREES	direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DU	diplôme d'université
EC	enseignant-chercheur
ECN	épreuves classantes nationales
ECTS	European Credit Transfer System
ETP	équivalent temps plein
FPH	fonction publique hospitalière
FST	formations spécialisées transversales
HAD	hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HdR	habilitation à diriger des recherches
IST	infection sexuellement transmissible
IVG	interruption volontaire de grossesse
L.AS	licence accès santé
LMD	licence master doctorat
LPR	loi de programmation de la recherche
MAST/PAST	maîtres de conférences et professeurs associés en service temporaire
MCF	maître de conférences
MCU-PH	maître de conférences praticien hospitalier
MMOP	Médecine, Maïeutique, Odontologie et Pharmacie
MSP	maison de santé pluri professionnelle
MSU	maître de stage universitaire
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDAM	objectif national de dépenses d'assurance-maladie

ONDPS	observatoire national de la démographie des professions de santé
PACES	première année commune aux études de santé
PASS	parcours d'accès spécifique santé
PMA	procréation médicalement assistée
PMI	protection maternelle et infantile
PU	professeur des universités
PU-PH	professeur des universités praticien hospitalier
QCM	questionnaire à choix multiples
RIPEC	régime indemnitaire des personnels enseignants et chercheurs
UFR	unité de formation et de recherche
URPS	union régionale des professionnels de santé
VAE	validation des acquis de l'expérience