

Le grand glissement

du transfert de tâches à l'autonomie de la Sage-Femme



Audrey Bourguignon
77 bd Virgile Barel
06300 Nice



What's up, Doc ?

dégradation des indicateurs périnataux

3 experts missionnés par le gouvernement

pour formuler des recommandations d'ici **juin 2026**

Le fond du problème

- Pénurie médicale
- Développement des compétences des SF
 - loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires 2009
 - réforme Licence Master Doctorat 2016
 - Code de la Santé Publique L4151-1 2016
- besoins croissants
- Problématique : frontière des rôles

La réalité des chiffres

SF

depuis 2012: + 2,6% par an
numérus clausus: 1 000 étudiants / an

âge moyen 40,9 ans

En 2025 **25 760** SF

hospitalier (54 % en 2024)
libéral (**26 %** en 2024 contre 10 % en 2012)

Projection: libéral 36 % en 2030
70 % en 2050

Gyneco

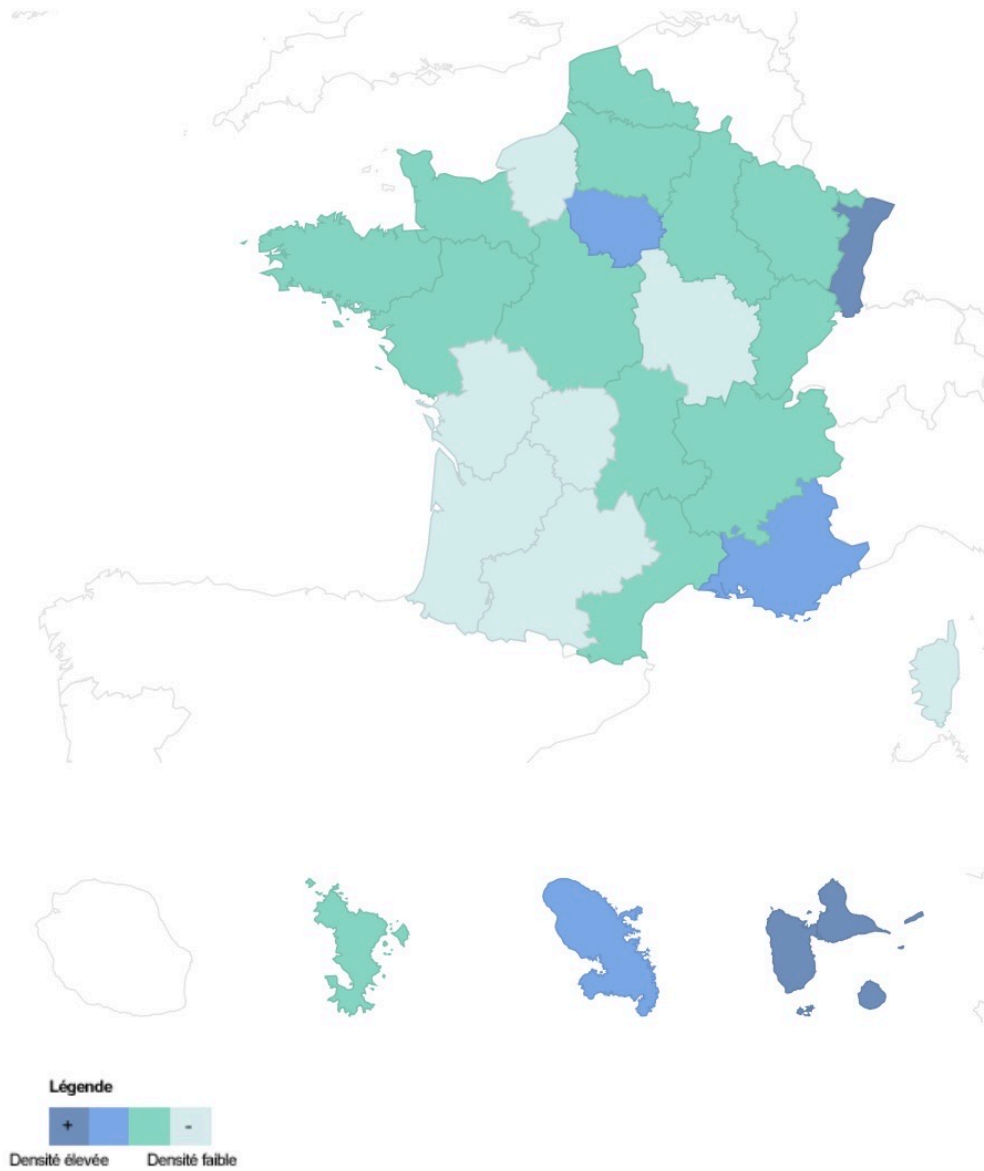
depuis 2010: - 11 %

âge moyen 59 ans gyneco med
48 ans gyneco obst

En 2025 **6 936** gyneco

En 2010 47 % de gyneco med >>> 16 % en 2025
med G - 9 % (81 870 en 2025)

DENSITÉ PAR RÉGION*



Sources :

<http://www.data.drees.sante.gouv.fr>

<http://www.conseil-national.medecin.fr>

Densité moyenne nationale :

8,4 gynécologues-obstétriciens pour 100 000 habitants

Les besoins

En 2025, 53 % des femmes renonce à se faire suivre

IFOP 2025

15-24 ans	Contraception, IST, vaccination HPV	4 millions
25-49 ans	Suivi gyneco / obst, FCV	10,5 millions
50-64 ans	MNP, dépistage K	6,5 millions
65 ans et +	Post MNP, pathologie pelvienne	8 millions

25-30 millions de femmes

Les questions à résoudre

- Meilleur accès aux soins
- Désengorgement hospitalier
- Suivi de proximité

Qu'est-ce qu'une sage-femme ?

professionnelles médicales

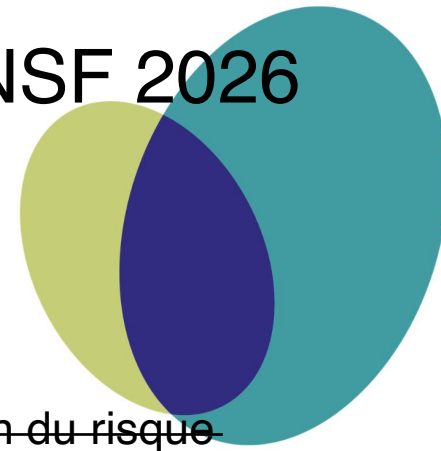
**1er recours en périnatalité,
compétences en gyneco, et santé périnatale**

Référentiel professionnel du Conseil National Professionnel Maïeutique 2023

Loi « Rist » n° 2021-502 de 2021



Recommandation du CNSF 2026



~~organisation actuelle autour de l'accouchement et de la gestion du risque~~

organisation fondée sur le parcours complet (du projet de grossesse au post-partum)

CNSF

- prévention anténatale
 - intervention plus tôt dès la période pré-conceptionnelle
- 3 parcours anténataux : bas risque, à risque et pathologique
 - définir « bas risque obstétrical »
- postpartum
 - accompagnement jusqu'à 6 mois

Une bonne définition des rôles en obstétrique



Types de suivi et structure recommandés pour l'accouchement en fonction des situations à risque identifiées chronologiquement au cours de la grossesse (liste indicative non limitative)

Types de suivi recommandés

- **Suivi A** : selon le choix de la femme, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien).
 - **Avis A1** : l'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ ou d'un autre spécialiste est conseillé.
 - **Avis A2** : l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.
- **Suivi B** : le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.

En gyneco: pas de recommandations claires

Une bonne repartition des rôles

Gynéco = spécialiste de la santé gynécologique

Diagnostic et TTT des pathos gyneco

Endometriose, K, tbles hormonaux

Pathologie col/ ovaires

TTT : aucune limite

SF = profession médicale sur la physiologie

Assure le suivi des femmes en bonne santé

Suivi gyneco de prevention, contraception, dépistage

Grossesse normale

TTT: certains examens et contraceptifs

Orientation vers un médecin si pathologie

Conclusion

- Amélioration accès aux soins
- Nécessité cadre clair
- Collaboration essentielle
- Ce n'est pas une opposition de professions, mais une réorganisation du parcours de soins autour de la patiente



