

questions

d'économie de la santé

analyse

Repères

Dans le cadre de la mission qui lui a été confiée par l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, l'IRDES a analysé la situation démographique de la profession de sage-femme à partir des données du fichier ADELI de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et du fichier du Conseil national de l'ordre des sages-femmes (CNOSF). Certains éléments explicatifs proviennent d'une enquête réalisée par l'IRDES et le CNOSF en 2004 et d'entretiens avec des représentants de la profession (Midy *et al.*, 2004). Un travail exploratoire est proposé : les besoins de sages-femmes pour la région Bourgogne en 2003 sont calculés selon deux méthodes et sont utilisés pour estimer la date d'un retour à l'équilibre démographique à quota constant.

La profession de sage-femme : bilan démographique et méthodes d'estimation des besoins

Fabienne Midy, Renaud Legal, Françoise Tisserand

Selon les sources, on compte fin 2003 entre 16 000 et 17 000 sages-femmes en France (hors TOM). Un sentiment de pénurie prévaut dans la profession, malgré une croissance soutenue du nombre de sages-femmes de 3 % par an en moyenne depuis 1990. Comment expliquer ce sentiment ? Comment évaluer les besoins en sages-femmes ?

Le nombre d'étudiants admis dans les écoles de sages-femmes est soumis à un quota, fondé en partie sur des projections qui prolongent des tendances d'évolution des effectifs (taux d'échec, durée d'activité, temps partiel) que l'on peut corriger de certains facteurs exogènes (RTT, augmentation des naissances). Selon ces projections, le nombre de sages-femmes devrait approcher les 19 000 en 2020. Ces calculs ne tiennent pas compte de l'évolution de l'activité des sages-femmes, pourtant mise en évidence par les enquêtes périnatalité : augmentation des hospitalisations prénatales, des préparations à la naissance, des césariennes ou des péridurales. Une analyse des besoins de sages-femmes dans la région Bourgogne a été menée selon deux méthodes fondamentalement différentes. La première estimation basée sur le recensement des postes hospitaliers vacants montre un retour à l'équilibre en 2007, la deuxième estimation s'appuyant sur un référentiel de prise en charge professionnel et réglementaire montre que, compte tenu des effectifs actuels, 14 % des besoins ne seraient couverts dans cette région et que le retour à l'équilibre ne sera pas atteint avant 2010.

INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION
EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Adresse :

10, rue Vauvenargues 75018 Paris

Téléphone : 01 53 93 43 02/17

Télécopie : 01 53 93 43 50

E-mail : document@irdes.fr

Web : www.irdes.fr

Directrice de la publication :
Catherine Sermet

Rédactrice en chef :
Nathalie Meunier

Maquettiste :
Khadidja Ben Larbi

ISSN : 1283-4769

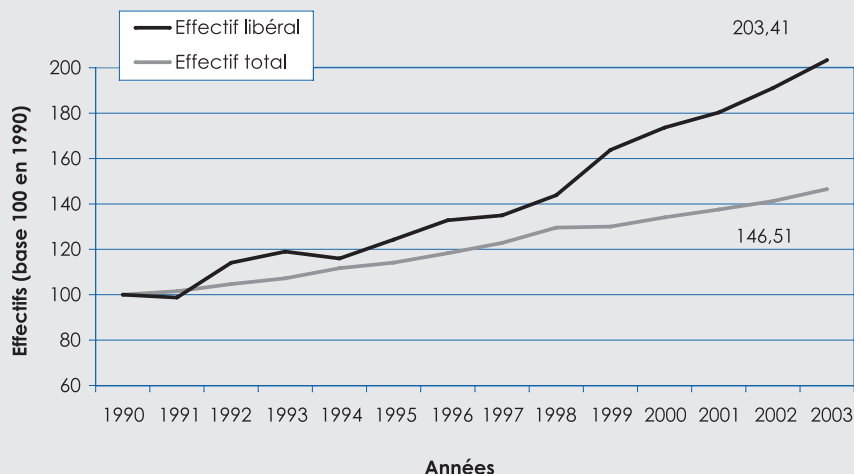
Diffusion par abonnement : 60 euros par an

Prix du numéro : 6 euros

En ligne sur www.irdes.fr

10 à 15 numéros par an

Croissance des effectifs de sages-femmes entre 1990 et 2003 (France métropolitaine)



Source : ADELI

Après avoir dressé un état des lieux de la situation démographique de la profession de sage-femme en 2003, ce travail a pour objectif de questionner la méthode d'estimation des besoins sur laquelle repose la projection des effectifs.

Effectif en 2003 et dynamique démographique récente

Les effectifs en 2003 / 2004

Selon les sources, le nombre de sages-femmes fin 2003, France entière hors TOM, serait compris entre 16 054 (CNOSE, décembre 2003) et 16 765 (répertoire ADELI, janvier 2004). Les données présentées par ces deux sources ne sont pas alignées car les modes de recueil et les incitations à l'inscription ou à la désinscription à ces fichiers différent (cf. ci-contre).

Le taux de croissance annuel des effectifs est soutenu entre 1990 et 2003

Selon le répertoire ADELI, le taux de croissance annuel moyen du nombre de sages-femmes en France métropolitaine entre 1990 et 2003 est de 2,98 %.

Deux facteurs principaux contribuent à cette évolution : les quotas à l'entrée de l'école de sages-femmes qui, après une longue période de stabilité, ont connu une croissance soutenue pour répondre aux exigences de sécurité et de qualité à la naissance décrétées en 1999 et un allongement de la durée de vie professionnelle qui serait passée de 28 ans en 1990 à 34 ans en 1999 selon la DREES.

Cette évolution a profité aux hôpitaux publics jusqu'en 1997 puis au secteur libéral ou mixte qui représente 15 % des sages-femmes en janvier 2004 contre 11,6 % en janvier 1998.

Quels effectifs en 2020 avec un quota 2004 constant ?

L'IRDES a actualisé la projection réalisée en 1999 par la DREES pour tenir compte du quota défini pour 2004.

La profession de sage-femme

La profession de sage-femme est une profession médicale à compétence et à prescriptions limitées. Elle possède également son ordre propre. Les études d'une durée de quatre années sont accessibles par la première année de médecine, le nombre de places au concours est défini par quota tous les ans.

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 à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de

l'accouchement et des soins postnatals en ce qui concerne la mère et l'enfant. L'examen postnatal peut être pratiqué par une sage-femme si la grossesse a été normale et l'accouchement naturel. L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la participation aux consultations de planification familiale.

La sage-femme peut exercer comme salariée à l'hôpital, en clinique privée, en libéral ou comme salariée dans le cadre de la Protection maternelle et infantile (PMI).

Les projections sont calculées à partir de deux sources de données 2003 : le fichier ADELI de la DREES et le fichier du CNOSE. Pour tenir compte des sages-femmes qui ne se désinscrivent pas du fichier ADELI, nous avons retenu les données du fichier CNOSE pour les sages-femmes ayant plus de 40 ans d'ancienneté (courbe « ADELI corrigé »).

Pour estimer les entrées annuelles, l'IRDES a retenu, pour les années 1950 à 2002, le nombre de diplômées et, à partir de 2003, le quota défini en 2004 corrigé d'un taux d'échec de 14 %.

Pour estimer le taux de sortie de la profession en fonction de l'année de diplôme, l'IRDES a calculé le ratio entre le nombre

de sages-femmes en activité, une année donnée, selon l'année de leur diplôme et le nombre de sages-femmes diplômées pour chaque année de diplôme. Ce ratio est la moyenne des ratios calculés sur les années 2001, 2002 et 2003.

L'hypothèse de stabilité sur ces taux est une limite à nos calculs. Cela nous amène à supposer que le comportement des générations futures de sages-femmes ne se modifiera pas en termes de taux d'échec ou de durée d'activité : les sages-femmes diplômées en 1990 se comporteront en 2020 comme les sages-femmes diplômées en 1973 se sont comportées en 2003.

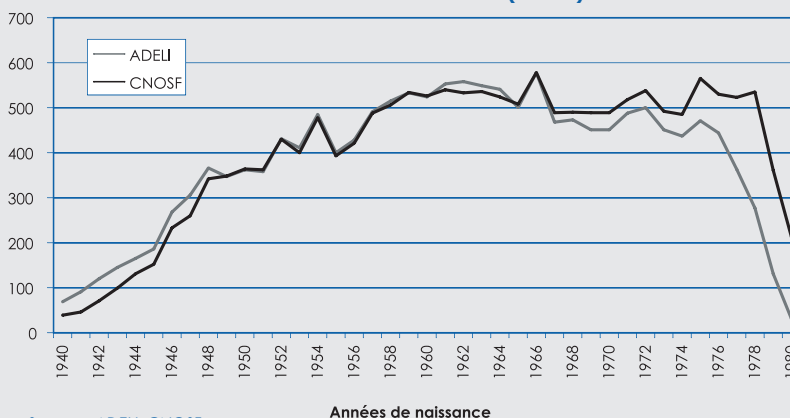
Sur cette méthode, la DREES estimait en 1999 que le nombre de sages-femmes en

Les fichiers de la DREES et du CNOSE

Au moment de l'installation, une sage-femme doit obligatoirement s'inscrire auprès de deux organismes : en premier lieu auprès du Conseil national de l'ordre des sages-femmes (CNOSE) pour accéder au droit d'exercice et ensuite auprès du ministère de la Santé (DREES). Les différences d'effectifs constatées dans les fichiers des deux organismes sont liées au fait que la démarche auprès de la DREES n'est pas ressentie comme impérative alors que l'inscription auprès du CNOSE conditionne le

droit d'exercice et qu'une désinscription rapide au moment de leur cessation d'activité supprime la cotisation. En revanche, la fiabilité du fichier du CNOSE n'est pas assurée avant 2003 – date d'un travail important de nettoyage du fichier – et il souffre de problèmes de transmission des informations entre le niveau local, où s'adressent les sages-femmes pour signaler tout changement (de type déménagement par exemple), et le niveau national.

Nombre de sages-femmes actives en 2003 en fonction de l'année de naissance selon les fichiers ADELI (DREES) et CNOSE



Source : ADELI, CNOSE

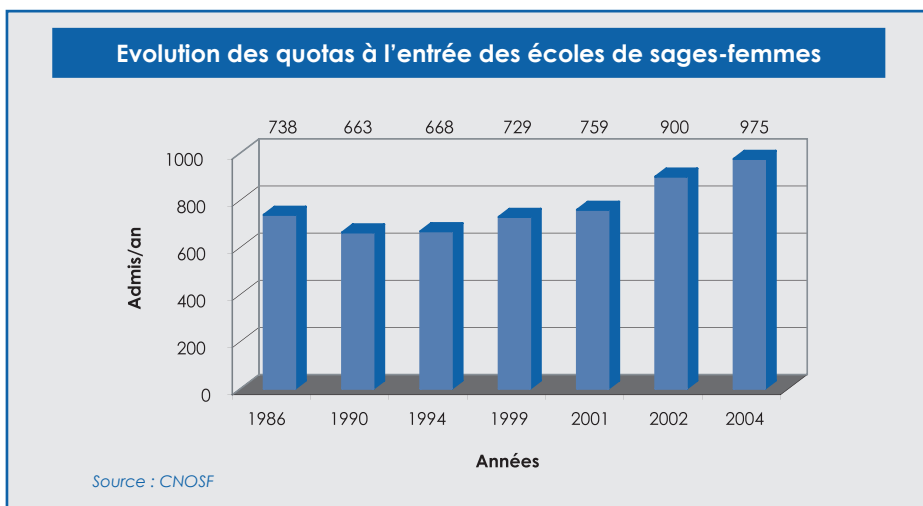
activité devait continuer à croître pour se stabiliser autour de 17 000 en 2020. L'augmentation de quota en 2004 permet d'estimer que ce chiffre de 17 000 devrait être atteint dès 2010 ; le nombre de sages-femmes devrait se situer entre 18 579 et 19 086 en 2020.

Deux méthodes de mesure du besoin en sages-femmes : le cas de la Bourgogne

A notre connaissance, il n'existe aucune estimation nationale chiffrée du besoin en sages-femmes. Le sentiment de pénurie se manifeste en premier lieu dans le discours du Conseil national de l'ordre des sages-femmes (CNO SF), des organisations syndicales et des sages-femmes. Il existe également des éléments objectifs à l'échelon des établissements de soins mais difficiles à valider (nombre de postes vacants, nombre d'heures supplémentaires, nombre de jours de remplacements internes). Selon l'enquête SF2004 réalisée par l'IRDES et le CNO SF auprès de l'ensemble des sages-femmes (Midy, 2004), entre 75 % et 89 % des sages-femmes exerçant en établissement déclarent avoir fait des heures supplémentaires en 2003. Par ailleurs, elles sont entre 29 % et 44 % à déclarer ne pas avoir pris tous leurs congés à la fin 2003, sans que l'on sache s'il s'agit d'un choix personnel ou si elles ont été dans l'impossibilité de les prendre.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer l'augmentation du besoin en sages-femmes :

- l'augmentation de la natalité depuis 2000 ;
- la stabilisation du nombre de gynécologues-obstétriciens ;
- les changements dans l'organisation du temps de travail (35 heures, réorganisation en cycles de 8 ou 12 heures) qui peuvent accentuer le sentiment d'une charge de travail plus lourde (compression des tâches sur un temps plus court, multiplication du nombre de transmissions, difficultés de coordination, temps de récupération plus morcelé) ;
- une modification des choix personnels des



sages-femmes (augmentation du temps partiel jusqu'en 2000 puis stabilisation, *turn-over* plus fréquent chez les plus jeunes, anticipation de la réforme des retraites) ;

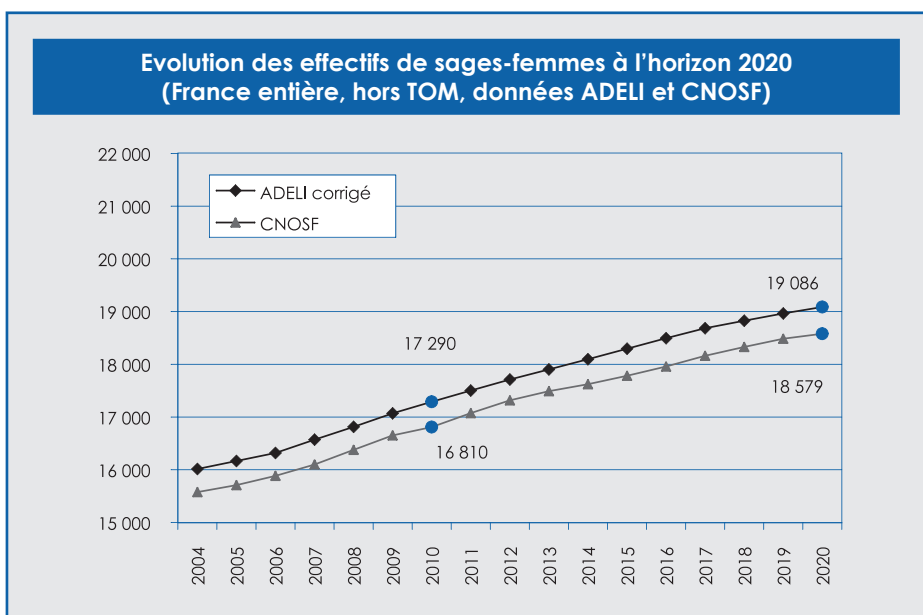
- une évolution de l'activité des sages-femmes : augmentation ou apparition de certains actes ou tâches (exemples : aide à la pose de péridurales, surveillance et réinjection de péridurales, tâches administratives) ; intensification de la prise en charge (plus d'hospitalisations prénatales, de préparations à la naissance, de césariennes, de péridurales).

L'objectivation de la pénurie constitue un enjeu important ; elle peut conduire à une remise en cause du taux d'évolution des quotas. Deux méthodes contrastées de mesure du besoin en 2003 sont appliquées pour la région Bourgogne.

La mesure de l'écart entre postes budgétés et postes pourvus

En septembre 2003, la DRASS de Bourgogne a recensé auprès des établissements 276 postes de sages-femmes budgétés pour 271 postes pourvus, soit un besoin de 5 ETP (Equivalent Temps Plein). Compte tenu des départs prévisibles en retraite et en formation et, en faisant l'hypothèse que les nouvelles modalités d'accès à la formation devraient limiter l'exode des diplômés (PCEM1, contrat de financement des études), l'équilibre démographique devrait être atteint en 2007.

Cet indicateur de besoin souffre de limites majeures : il ne concerne que les postes dans les établissements de soins et ne tient pas compte du secteur ambulatoire (libéral et PMI), de plus il suppose que les postes bud-



gétés en 2003 sont satisfaisants pour répondre à la demande de soins.

La mesure du besoin à partir d'un référentiel de prise en charge

Ce travail exploratoire consiste à traduire en ETP de sages-femmes un référentiel de prise en charge de la grossesse et de l'accouchement. Cette procédure a été appliquée aux 17 752 naissances de 2003.

Le référentiel (cf. encadré) comprend des activités décrites pour partie dans le décret périnatalité (effectifs de sécurité pour les salles de naissance et en *post-partum* selon le nombre d'accouchements annuels dans chaque établissement) et pour partie à dire d'experts (consultations de suivi de grossesse, cours de préparation à l'accouchement, prise en charge des grossesses pathologiques et rééducation périnéale).

Nous avons considéré qu'une sage-femme réalise 1 540 heures de jour ou 1 440 heures de nuit, auxquelles il faut retirer des heures de formation (35 heures par an).

4

Selon ces hypothèses, il faudrait entre 362 et 377 ETP en Bourgogne pour répondre aux besoins générés par les 17 752 naissances en 2003. Certaines activités impliquant les sages-femmes n'étant pas prises en compte (ex : diagnostic anténatal, assistance médicale à la procréation), ces résultats correspondraient à des effectifs nécessaires *a minima*, d'autant que la base de calcul est le nombre de naissances, ce qui exclut les grossesses non menées à terme. Nous retenons donc la borne haute pour l'estimation des besoins (377 ETP).

En regard des 349 ETP recensés tous secteurs confondus en Bourgogne en 2003 (une sage-femme libérale étant considérée comme travaillant à plein temps), 7 % des besoins en effectif ne sont pas couverts. Or il serait plus juste de ne pas comptabiliser les 25 sages-femmes exerçant en PMI qui ont une action très ciblée sur des populations à risques et dont une très faible part de l'activité est intégrée dans le modèle. L'effectif hospitalier et libéral est de 324 ETP pour 377 ETP modélisés ; 14 % des besoins ne sont pas couverts en

Référentiel de prise en charge		
Source	Activité	Ressources horaires nécessaires
Décret périnatalité	Secteur de naissance	Moins de 1 000 acc/an : 1 sage-femme 24h/24 Plus de 1000 acc/an : 1 sage-femme 24h/24 et 1 sage-femme par palier de 200 acc/an
	Secteur hospitalisation	Moins de 500 acc/an : 1 sage-femme 12h/24 Plus de 500 acc/an : 1 sage-femme 24h/24
Dires d'experts	Transmission	Une heure/24h
	Autres activités si moins de 500 acc/an	1 équivalent temps plein (ETP) annuel
	Suivi de grossesses pathologiques	1 sage-femme 24h/24 en niveau II 2 sages femmes 24h/24 en niveau III
	Suivi de grossesses physiologiques	6 consultations de 30 mn 80 % des grossesses en niveau I 50 % des grossesses en niveau II et III
	Préparation à l'accouchement	7 séances collectives (2h-8 femmes) 1 séance individuelle (1h) 80 % des grossesses
	Rééducation périnéale	10 séances individuelles (30 à 45 mn) 50 % des grossesses

2003. Si on applique la méthode de projection de la DRASS, c'est en 2010 que les effectifs atteindront le niveau optimum calculé à partir des données 2003.

Cette méthode d'estimation des besoins présente une limite majeure : le référentiel n'intègre pas les autres acteurs qui prennent part à une grossesse (médecins pour le suivi de grossesse physiologique) ou à ses suites (kinésithérapeute pour la rééducation périnéale), ni les différences d'exercice entre les secteurs privé et public (Midy, 2004). Enfin, le référentiel proposé n'a pas été discuté ni validé par la communauté professionnelle.

Une analyse des besoins intégrant un référentiel d'activité *a minima* sur l'ensemble du processus de la grossesse et de ses suites, compte tenu de la natalité et de l'offre hospitalière publique et privée, révèle un besoin de sages-femmes nettement plus important que le seul écart entre les postes budgétés et pourvus. Ce résultat met en évidence la sensibilité des projections d'effectifs aux méthodes d'éva-

luation des besoins sur lesquelles elles se fondent. Cependant, notre modélisation reste limitée par le choix d'un référentiel d'activité centré sur les sages-femmes. Le référentiel doit être élargi à l'ensemble des professions intervenant au cours de la grossesse afin d'estimer l'ensemble des ressources humaines nécessaires pour la prise en charge des femmes et des enfants. Enfin, un travail de simulation sur les paramètres de la projection permettrait de tester l'impact d'une augmentation du quota ou d'une évolution de l'activité liée aux naissances.

Pour en savoir plus

Midy F. et al. (2004), Sages-femmes dans Analyse de trois professions, sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie médicale, dirigé par Polton D., Observatoire national de la démographie des professions de santé, rapport 2004, Tome 3, pp. 9-50. La documentation française, 122 pages.

Midy F., Condinguy S., Delamaire ML, (2005). La profession de sage-femme : trajectoires, activités et conditions de travail, Questions d'économie de la santé n° 102, IRDES.