



Association Nationale des Sages-Femmes Territoriales - **ANSFT**

I. Qui est la sage-femme territoriale ?

Une sage-femme comme les autres

La sage-femme territoriale est sage-femme avant tout. Elle est issue de la même formation initiale, a les mêmes compétences et doit être inscrite au tableau de l'Ordre national de sages-femmes pour exercer. Comme toute sage-femme, elle exerce une profession médicale, inscrite comme telle dans le code de la santé publique et se doit de respecter le même code de déontologie.

En France, la sage-femme a un rôle essentiel auprès de la santé des femmes par sa place centrale :

- en matière d'information, d'éducation, de dépistage et de prévention
- du suivi de la santé gynécologique et sexuelle
- de la contraception et de l'interruption volontaire de grossesse (IVG)
- dans le suivi et l'accompagnement *pre*, *per* et postnatal : suivi de la grossesse, accouchement, et accompagnement global à la maternité et à la parentalité - santé du tout petit - initiation des premiers soins et des premiers liens - allaitement maternel - préparation à la naissance - l'entretien prénatal précoce (EPP) - l'entretien postnatal (EPN) - le travail corporel périnéal avec la rééducation périnéale, y ont leur place.

Les sages-femmes réalisent 80 % des accouchements voie basse¹ et accompagnent tous les bouleversements de la parentalité, y compris avec le coparent et la famille. Bon nombre d'entre elles développent leur activité avec des formations complémentaires universitaires (DU) pour se former à l'échographie, la sexologie, l'acupuncture, l'ostéopathie, l'allaitement maternel, les troubles psychiques périnataux, le conseil conjugal et familial, ainsi que des formations utiles pour l'organisation du travail comme par exemple en santé publique ou en management.

Les sages-femmes exercent en libéral et parfois en Maison de naissance, en structures hospitalières publiques ou privées, ou en structure publique territoriale au sein de la PMI (protection maternelle et infantile) comme c'est le cas pour les sages-femmes territoriales.

Les spécificités de l'exercice territorial des sages-femmes

¹ Blondel B. Enquête nationale périnatale Rapport 2016. Les naissances et les établissements Situation et évolution depuis 2010 [Internet]. 2017. Disponible sur:

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/rapports/article/enquete-nationale-perinatale-2016-les-naissances-et-les-etablissements>

Les sages-femmes territoriales exercent au sein de la PMI (Protection maternelle et infantile)² qui représente la « *seule compétence sanitaire décentralisée dont la mise en œuvre est départementale mais qui s'intègre à la politique nationale globale* » (Rapport Peyron, p.19)³. De cette manière « *les services PMI contribuent à la politique nationale de santé* », et les sages-femmes PMI également.

Pour les sages-femmes PMI, cet ancrage territorial, détermine à la fois une grande **variabilité** et une grande **diversité** dans l'exercice de leurs compétences, selon les priorités des politiques départementales, leurs contextes sanitaires et sociaux, et selon les moyens (humains et matériels) disponibles et alloués.

De ce fait, selon les départements, le nombre de sages-femmes PMI est variable (de 2 à plusieurs dizaines de sages-femmes), parfois sans adéquation avec les normes instaurées par le décret du 2-08-1992, soit une sage-femme PMI pour 1500 naissances, et qui n'a pas été revu depuis.

La population des sages-femmes PMI est estimée à 1120 sages-femmes en 2015 (DREES, 2016).

De façon générale, toutes les sages-femmes PMI font parties d'équipes pluridisciplinaires, caractéristiques de la PMI. Elles participent ainsi à la politique de santé globale impulsée par la PMI, grâce à la continuité et la coordination des actions périnatales, entre le pré et le postnatal, la planification, et la santé des nourrissons et de leur famille.

Cette approche les inscrit également, avec la PMI, dans les réseaux de proximité, que ce soit pour les structures médico-psychologiques, les services sociaux ou juridiques comme pour l'Aide sociale à l'enfance, les liens maternité-PMI ou les réseaux d'aide locaux.

Les lieux d'interventions de la sage-femme se déclinent ainsi de façon variable mais suivant la politique générale de la PMI : C'est à dire un accueil inconditionnel, même sans couverture sociale, une gratuité des soins et des services accessibles à tous et toutes, grâce à l'offre de proximité, au moyen de l'implantation territoriale (Rapport Peyron, p.16). La sage-femme PMI participe ainsi **pleinement à la réduction des inégalités de soins** en direction des femmes, des femmes enceintes et de leur famille.

Constantes et variabilités de l'exercice territorial des sages-femmes

Du fait des conditions de cet ancrage départemental, les compétences des sages-femmes sont mises à contribution de façon variable également :

- toutes les sages-femmes font des **visites à domicile (VAD)**, surtout **prénatales, postnatales**, notamment dans le cadre de **l'allaitement et de la prévention à la dépression du post partum**, du **PRADO** (sorties précoces de maternité lorsque la PMI a été conventionnée) ou du **deuil périnatal**. Des VAD dont l'action préventive et de soutien à la maternité et la parentalité est soulignée par le

² La PMI, créée en 1945, intègre des sages-femmes dans ses professionnels pluridisciplinaires depuis 1975.

³ Ministère des Solidarités et de la Santé, Peyron M. Rapport de Michèle Peyron : pour sauver la PMI, agissons maintenant ! [Internet]. 2018 [cité 7 févr 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2018-102r-pmi.pdf>

rapport Peyron, au même titre que celles des puéricultrices, et que le rapport de la commission des 1000 jours⁴ préconise d'augmenter de manière importante durant cette période.

- la plupart d'entre elles mènent des **actions collectives**, le plus souvent dans le cadre de la préparation à la parentalité, l'éducation à la sexualité et la relation amoureuse (6H annuelles inscrite, par la loi, dans le programme des collégiens et lycéens), ou en direction des violences faites aux femmes, ou encore auprès des femmes migrantes.

- la plupart d'entre elles assurent des **consultations prénatales** de suivi de grossesse (parfois au sein des hôpitaux eux mêmes), ainsi que des **consultations postnatales** en centre de PMI de proximité ; et, de plus en plus, des consultations de **suivi contraceptif et de santé gynécologique et sexuelle**. Ce, depuis l'élargissement des compétences des sages-femmes avec la loi « Hôpital-patients-santé et territoire » de juillet 2009, notamment au sein des centres de planification et d'éducation familiale (CPEF).

- certaines d'entre elles, pratiquent aussi les **IVG médicamenteuses** en CPEF

- et des **échographies prénatales** ou la **rééducation périnéale** à visée intégrative corporelle.

- mais pour certaines d'entre elles, les actions menées relèvent surtout de permanences d'accueil, d'informations et d'orientation, de soutien et d'accompagnement individuel ou collectif en direction des vulnérabilités.

C'est pourquoi, la sage-femme PMI, dont **les compétences ont été élargies avec celles de toutes les sages-femmes**, garde parfois une image désuète, plus proche de l'assistance sociale, ou du soutien relationnel et des vulnérabilités, que de l'exercice complet d'une profession médicale. Ce qui peut aussi donner lieu, parfois, à des demandes inadaptées de la part des services départementaux, qui ne relèvent pas des compétences de la sage-femme PMI.

La sage-femme PMI, l'exemple de la notion de « sage femme référente »

En tant que sage-femme, la caractéristique principale, dont témoignent les différentes modalités d'exercice de la sage-femme PMI, c'est de fournir d'ores et déjà un exemple, ou une illustration, de ce que pourrait être dorénavant **la sage-femme référente**.

Ce statut, conforme aux attentes et aux besoins des femmes, vient d'être inscrit dans la loi visant à améliorer le système de soins par la confiance et la simplification, suite au Ségur de la Santé et à la commission des 1000 jours.

Soit, le statut d'une professionnelle capable d'offrir un suivi et un soutien global, continu, du pré au postnatal, quels que soient les soins nécessaires pour la maternité et la parentalité, pour toutes les femmes, au-delà de ce que les sages-femmes PMI font déjà, à juste titre, souvent en direction des situations les plus vulnérables.

⁴ Cyrulnik B, Commission d'experts. Le rapport des 1000 premiers jours : là où tout commence. 2020 p. 130.

Mais aussi celui d'une professionnelle dans la pleine compétence de l'exercice médical, qui, comme c'est le cas pour la sage-femme PMI auprès des femmes les plus éloignées du système de santé, sait diagnostiquer et orienter à bon escient, en fonction de la situation.

Cette fonction de référente « *potentiellement occupé[e] par la sage-femme de ville, de PMI ou hospitalière* », en tant que professionnelle de proximité et de soutien, du pré au postnatal, est préconisé pour toutes les femmes par le Rapport de la Commission des 1000 jours (p.54) ; tout comme le développement et le renforcement des VAD pendant ces 1000 premiers jours, notamment pour le soutien de l'allaitement maternel, trop faible en France (p.55) ; de même que pour l'entretien postnatal qui demande à être développé dans le premier mois de vie de l'enfant. Non seulement pour soutenir tous les bouleversements de la parentalité et de la maternité mais aussi pour permettre d'en repérer les difficultés ou les troubles psychiques dont la dépression postnatale (p.55) ; alors que seulement 40 % à 50 % d'entre elles sont diagnostiquées (p.76). C'est dire que la sage-femme référente, suivant l'exemple de la sage-femme PMI, sera concrètement un acteur majeur dans l'accent mis sur les politiques de prévention par la Stratégie nationale de santé 2018/2022, notamment pour remédier aux faibles moyens alloués, et depuis longtemps, au secteur de la prévention.

Une autre fonction de la sage-femme référente, bien illustrée avec l'action de la PMI, et pour la sage-femme PMI, est « *l'approche prévenante, ouverte et non prédictive* », centrée sur la personne (Rapport Peyron, p.33). C'est à dire, celle d'un « **universalisme proportionné** », où les services sont accessibles et ouverts à tous, mais restent cependant différenciés selon les publics et les personnes, grâce à l'intervention « proportionnée » aux besoins et aux ressources.

L'exemple de la sage-femme PMI, illustre ainsi l'approche spécifique qui caractérise l'exercice de la sage-femme, qui n'est pas d'abord centrée sur les dysfonctionnements et les pathologies, avec l'identification des causes et leurs solutions, comme c'est le cas pour le médecin, mais attentive et centrée sur qui est là, qui existe positivement, qui peut faire ressources, et fournir un appui pour avancer, pas à pas, vers du mieux. Cette approche, **non prédictive**, centrée sur la personne, individualisée, n'est pas déterministe.

Soit une approche appréciative, positive, indispensable pour accompagner la santé des femmes, de leur tout petit et de leur famille qui répond à la définition holistique donnée par l'OMS de la santé : **un état de bien-être physique, mental et social complet**⁵, et pas seulement l'absence de maladie ou de pathologie.

Les anglos-saxons appellent cette démarche spécifique, différente de l'approche diagnostique, *l'appréciative inquiry*⁶. Cette approche est notamment mise en oeuvre, au Canada, pour promouvoir le sentiment de compétence et d'efficacité parentale, plutôt que de se centrer en priorité sur le diagnostic des dysfonctionnements.

5 Organisation Mondiale de la santé. Constitution de l'Organisation Mondiale de la santé [Internet]. 1946. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitutio>

6 Cooperrider DL, Srivastva S. Appreciative Inquiry in Organizational Life. R. Woodman and W. Pasmore. Emerald Group Publishing Limited; 1987. 129-169 p. (Research in organizational change and development; vol. 1

Toutefois, en raison de l'intervention de la sage-femme auprès des besoins des plus vulnérables, l'image de la sage-femme PMI est parfois, associée à tort, à l' « **universalisme ciblé** ». Soit l'action d'une professionnelle qui serait entièrement et uniquement centrée sur les populations les plus vulnérables, notamment ceux relevant de l'aide sociale ou de la protection de l'enfance. Cette image tronquée stigmatise aussi bien les professionnelles que les populations, autant que le ferait une approche vraiment basée sur l'universalisme ciblé. Elle participe aussi des confusions entretenues autour de l'identité de la sage-femme territoriale, qui ne serait pas sage-femme au même titre que les autres.

II. L'invisibilité et les confusions liées à l'exercice des sages-femmes PMI

D'après des chiffres de la DREES⁷, les sages-femmes PMI sont 1120 en 2015, avec 880 équivalents temps plein.

Le manque de reconnaissance des sages-femmes PMI

Comme les autres sages-femmes, les sages-femmes PMI souffrent, elles aussi, d'un manque de reconnaissance de leur profession et de leur activité.

De façon générale, elle se mesure aux paradoxes et aux injonctions contradictoires que supporte la profession, notamment par l'inscription de son activité dans un cadre d'exercice médical, et un domaine qui, avec la médecine, lutte surtout contre la maladie et la mort, alors que les sages-femmes sont essentiellement et d'abord dédiées à la santé des femmes et à sa prévention. En particulier pour les confusions entretenues quant à l'identité professionnelle des sages-femmes, qui ne sont ni médecin, ni infirmière, tout en relevant d'un statut médical inscrit dans le code de la santé publique.

Par ailleurs, au sein de la PMI, comme dans les différentes collectivités territoriales dont elles dépendent, les grandes disparités et les spécificités de leur exercice y contribuent, entretenant parfois un certain flou concernant leurs compétences et leur statut, notamment avec des prescriptions de missions qui ne correspondent pas à leur fonction :

- par exemple, et sans que ce soit rare, leur demander de mener l'évaluation d'une famille et d'en rédiger le compte rendu à des fins de rédaction d'information préoccupante.
- ou encore prévoir dans un projet de service, consistant à la création d'une consultation prénatale pour les femmes sans domicile fixe, que les sages-femmes assureraient les consultations prénatales, mais feraient en même temps tous les prélèvements de laboratoire afférents.

L'invisibilité des sages-femmes dans le Rapport Peyron (2019)

Le rapport Peyron (2019) lui-même souffre de l'invisibilité de l'activité réelle des sages-femmes PMI, tant il insiste sur le manque criant de médecins en PMI et de ressources médicales. Tout en oubliant, de mentionner ou de préciser les activités et l'étendue des compétences des sages-femmes PMI, profession médicale, qui permettent aussi d'atténuer ce déficit. Et ce, tout en présentant l'activité des sages-femmes PMI surtout confondue avec le psycho-social.

⁷ DREES, mai 2016, disponible:

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_ouvrage_sur_les_sagesfemmes_mai2016.pdf

C'est ainsi que les sages-femmes, et les bénéficiaires de leur activité médicale, disparaissent derrière les ressources médicales qui ne sont envisagées que du point de vue des médecins, selon :

- des ressources médicales « trop rares » (p.68), qu'il faut « optimiser » (p.73)
- la pénurie des médecins qui s'égrène tout au long des pages, et leur statut sans revalorisation (p.47, 67, 87, 104)
- l'activité des CPEF, avec des consultations médicales relatives à la contraception et l'IVG (p.79) ; où faute de personnel médical un quart des CPEF ne pourraient pas assurer les IVG médicamenteuses ; et sans spécifier ce que font les sages-femmes elles mêmes. Alors qu'elles assurent aussi des consultations médicales de contraception, des consultations de santé génésique ou sexuelle et des IVG médicamenteuses.
- le chapitre entier sur « renforcer l'attractivité des métiers de la PMI » qui ne parle que des médecins (un statut territorial, la vacation à 50 euros, le rapprochement avec l'université, p. 104) alors que la sage-femme, en PMI comme ailleurs, malgré l'étendue de ses compétences et de ses missions, a un salaire actuellement presque aussi faible que le salaire infirmier, lui-même 22^e sur 33 en 2017 dans les pays de l'OCDE⁸.
- cet effacement des compétences médicales des sages-femmes et son assimilation à celles de l'infirmière est donnée dans les annexes n°12, concernant les hypothèses de chiffrage, où la consultation de médecin est donnée à 25 euros alors que les sages-femmes apparaissent à côté des consultations et des VAD de puéricultrices, avec une cotation proposée, quasi similaire pour les VAD et les consultations, alors que celles des sages-femmes relèvent déjà de la cotation de la classification communes des actes médicaux (CCAM), depuis 2016, y compris pour une consultation médicale.

Il est bien sûr primordial que le travail des puéricultrices soit reconnu par une cotation, et que la situation des médecins, absolument indispensables au bon fonctionnement de la PMI, soit revalorisée. Mais il est regrettable que ce soit au détriment des sages-femmes PMI, et ce dans un rapport officiel qui ne leur rend pas justice pour leur reconnaissance.

Alors que, quotidiennement, les sages-femmes PMI mettent toutes leurs compétences, qui sont aussi médicales, au service de la PMI et du public auprès des femmes enceintes, des femmes, de leur famille et des jeunes en CPEF. D'autant plus qu'avec la loi visant à améliorer le système de soins par la confiance et la simplification, les sages-femmes pourront également traiter les infections sexuellement transmissibles, ainsi que celles de leur partenaire, et prescrire des arrêts de travail sans recourir au médecin.

L'invisibilité des sages-femmes avec le Ségur de la santé

Les sages-femmes, en tant que profession médicale, ont été oubliées par le Ségur de la Santé, suite à la première pandémie covid 19. Elle n'ont reçu ni reconnaissance symbolique, ni rétribution, pour leur engagement, alors que les médecins ont été largement remerciés.

L'octroi de la bonification indiciaire générale accordée ne prend pas en compte leur exercice médical spécifique. Elle n'est pas non plus une revalorisation salariale puisqu'elle n'est pas intégrée aux grilles indiciaires.

Les sages-femmes PMI, également très investies auprès des femmes et des familles pendant la première pandémie covid, n'ont bénéficié d'aucune reconnaissance spécifique. Parfois elles n'ont même pas été citées, à côté des autres professionnels, dans les prises de paroles ou les *newsletter* des collectivités territoriales, saluant l'engagement et le dévouement de ces derniers.

⁸ OCDE. Panorama de la santé 2019: Les indicateurs de l'OCDE [Internet]. 2019 [cité 24 janv 2021]. Disponible sur: https://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2019_5f5b6833-fr

Les paradoxes et les contradictions du statut des sages-femmes de la fonction publique

Les sages-femmes exercent une profession médicale caractérisée par son autonomie et son indépendance professionnelle, indispensable à leur activité, inscrite dans leur code de déontologie et dans le Code de la santé publique.

Toutefois les sages territoriales, comme les sages-femmes hospitalières du secteur public, font également partie de la fonction publique. Qu'elle soit hospitalière ou territoriale, la fonction publique, avec ses propres règlements administratifs et sanitaires, s'impose également aux sages-femmes.

Ces règlements administratifs et sanitaires, relatifs aux droits, aux devoirs et à la hiérarchie des fonctionnaires, s'imposent aux sages-femmes et donnent lieu à des effets de « double lien », avec de nombreuses injonctions paradoxales, qui mettent à mal leur identité professionnelle autant que leur reconnaissance.

Les sages-femmes de la fonction publique hospitalière

Les fonctionnaires hospitaliers dépendent à la fois du statut général des fonctionnaires de 1983⁹ et du statut de la fonction publique hospitalière qui date de 1986¹⁰.

Pour les sages-femmes de la **fonction publique hospitalière**, bien qu'étant inscrites clairement dans une filière médicale depuis 2015, après les revendications sociales de 2013-2014, l'égalité professionnelle et salariale fait toujours défaut, comme il en est pour de nombreuses professions féminines d'ailleurs ; les sages-femmes étant des femmes pour 97,4 % d'entre elles, malgré l'ouverture de la profession aux hommes en 1982.

Les sages-femmes hospitalières sont toujours inscrites dans le titre IV de la fonction publique hospitalière¹¹ et non pas dans le titre III, celles des professions médicales, les médecins et chirurgiens dentistes, dont elles font partie.

Concernant les formations, le budget alloué est confondu avec celui de tous les fonctionnaires, alors que les autres professions médicales bénéficient d'un budget propre.

Les sages-femmes sont également soumises à l'évaluation professionnelle annuelle, qui a remplacé la notation des fonctionnaires, mais qui n'a jamais concerné les autres professions médicales.

Par ailleurs, au niveau du classement INSEE, les sages-femmes font partie de la catégorie 186.3, des professions infirmières et des activités non médicales. Cette nomenclature est pourtant une référence pour de nombreux traitements administratifs, de tous ordres, qui discriminent les sages-femmes.

Les sages-femmes de la fonction publique territoriale

Les fonctionnaires territoriaux dépendent à la fois du statut général des fonctionnaires de 1983 et du statut de la fonction publique territoriale qui date de 1986¹². Elle est placée sous l'égide du ministère de l'intérieur.

9 Légifrance. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000504704/>

10 Légifrance. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000512459/>

11 République Française. Code de la santé publique - Titre V : Profession de sage-femme (Articles L4151-1 à L4152-4). Code de la santé publique. Sect. Quatrième partie - Livre Ier - 2016.

12 Légifrance. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000320434/>

Du fait des lois de décentralisation et de la subsidiarité territoriale, les lois générales de la fonction publique territoriale sont suivies par les collectivités territoriales, avec des écarts plus ou moins grands, dans leur interprétation et leur application. Par ailleurs, une collectivité territoriale comme La Ville de Paris dispose d'un statut propre, dit « particulier », qui nécessite un vote des élus pour toute reprise ou révision du statut général de la fonction publique territoriale.

De ce fait, pour les sages-femmes de la fonction territoriale l'autonomie et l'indépendance professionnelle relative à une profession médicale ne sont souvent que vœux pieux dans la hiérarchie administrative et sanitaire. D'autant plus que les lois générales sont interprétées différemment selon les collectivités territoriales départementales.

Pour les sages-femmes, **l'inégalité professionnelle et salariale**, relative à leur profession médicale, s'ajoute à **l'inégalité** de traitement professionnel et salarial, entre elles, dans **la même fonction publique**, suivant des disparités territoriales importantes. Elle prend parfois la forme d'une réelle discrimination entre fonctionnaires d'un département à l'autre. D'autant plus que, lorsque l'interprétation d'une loi est possible, avec la subsidiarité, les sages-femmes devront intervenir et s'organiser au niveau départemental, auprès des élus et des syndicats, afin d'être traitée avec mesure et justice.

Cette situation est difficile pour les sages-femmes qui sont souvent isolées, peu nombreuses et démunies face au poids de l'administration et des élus. Le recours au tribunal administratif dans plusieurs départements, que font certaines, est coûteux, alors que statistiquement le Tribunal tranche le plus souvent favorablement en faveur de l'administration en première instance.

L'Association Nationale des Sages-femmes Territoriales

L'ANSFT regroupe 15 % des sages-femmes territoriales parmi ses adhérentes. Sans être un syndicat, elle est pourtant la seule association qui rassemble et représente les sages-femmes territoriales depuis 32 ans.

L'ANSFT reçoit en permanence des plaintes ou des demandes d'aide et de soutien qui illustrent cette situation :

- malgré l'harmonisation des différentes fonctions publiques voulue par l'État, avec désormais 2 grades pour les sages-femmes (grade1 et 2 pour les hospitalières, classe normale et hors classe pour les territoriales), les mêmes seuils indiciaires et les mêmes conditions d'avancement, certains départements cantonnent leurs sages-femmes dans un seul grade, à moins d'exercer des fonctions de coordination. Au delà de l'inégalité de salaire, la progression de carrière s'en trouve entravée.

- cette progression de carrière est aggravée par le fait que peu de postes de coordination soient proposées aux sages-femmes en PMI.

- malgré cette harmonisation, dans la recherche d'emploi sur plusieurs départements, pour la situation d'une même sage-femme, les écarts de salaire peuvent s'avérer importants (de 100 à plusieurs centaines d'euros entre les départements), ce qui rend la PMI encore moins attractive.

- Les sages-femmes territoriales sont alignées sur la fonction publique d'État avec l'harmonisation des fonctions publiques. Or les sages-femmes d'État relèvent de l'armée et d'un statut cadre de santé. Les sages-femmes territoriales sont également assimilées à des cadres de santé, une hiérarchie des soins pourtant incompatible avec leur statut médical. De ce fait, elles ne sont pas traitées comme une profession médicale, ni même comme les psychologues, dans les

changements intervenus dans la fonction publique, notamment pour l'application de la PPCR¹³, et maintenant pour l'application de la RIFSEEP¹⁴.

- Par ailleurs, l'appréciation de la valeur professionnelle des sages-femmes, en tant que fonctionnaires, est fondée sur un entretien professionnel annuel. S'il est dit que cette appréciation ne peut pas concerner l'exercice médical autonome et indépendant, cette affirmation repose sur **un déni de la réalité** : comment l'activité d'une sage-femme, dépendant d'un collectif de travail, d'une hiérarchie avec son management, et de l'organisation de travail d'une collectivité territoriale pourrait-elle penser, agir et faire sans en dépendre de quelque façon dans ses actions ?

- De ce fait, cette situation est aggravée quotidiennement lorsque l'activité des sages-femmes territoriales est cordonnée hiérarchiquement par l'activité d'une autre profession, qu'elle soit médecin, infirmière, administratif ou autre. Pour rester dans un cadre déontologique, pour reconnaître et respecter leur identité professionnelle, leur autonomie et leur indépendance, l'activité des sages-femmes doit être coordonnée par une sage-femme, qui en premier, ou dernier lieu, doit être adjointe au chef de service de la PMI, le médecin.

- L'exercice mixte est également impossible en PMI alors que cette mixité serait profitable au travail de réseau caractéristique de l'activité PMI.

- par ailleurs, la toute nouvelle recherche en maïeutique est subordonnée à la recherche médicale au sein de l'université, soit une fois de plus sans autonomie pour la discipline. Or cette autonomie est indispensable afin de promouvoir des travaux qui ne soient pas médico-centrés, avec des recherches en sciences humaines dont l'exercice PMI des sages-femmes a cruellement besoin.

- la formation initiale des sages-femmes demande également à être approfondie concernant l'activité spécifique des sages-femmes territoriales. Au même titre que pour l'exercice des sages-femmes hospitalières ou libérales, le statut de maître de stage pour l'encadrement des étudiantes sages-femmes en stage PMI, doit être envisagé afin de promouvoir les stages en PMI.

En somme, pour les sages-femmes territoriales comme pour la profession de sage-femme, dans son ensemble, bien que de statut médical dans le Code de la santé publique, avec un exercice autonome et indépendant, de droit dans les textes, la réalité de terrain, avec le travail réel, est difficilement compatible avec la loi.

Le statut de profession médicale n'est ni clair, ni respecté, et laisse place à de nombreuses contradictions, responsables, de l'insatisfaction professionnelle et de l'augmentation considérable des risques psychosociaux chez les sages-femmes territoriales aussi.

III. Les revendications des sages-femmes territoriales

13 **PPCR** signifie Parcours Professionnels Carrières et Rémunérations. Il s'agit d'une vaste réforme visant à harmoniser l'ensemble de la fonction publique, avec notamment une augmentation indiciaire par transfert prime/point

14 Le **RIFSEEP** ou Régime Indemnitare tenant compte des Fonctions, des Sujétions, de l'Expertise et de l'Engagement Professionnel, est l'outil indemnitare de référence qui remplace la plupart des primes et indemnités existantes dans la fonction publique de l'Etat. Ce régime indemnitare est constitué de 2 composantes : une principale, l'Indemnité de Fonctions, Sujétions Expertise = IFSE ; une facultative, 1 facultative : le complément indemnitare annuel (CIA) pour valoriser l'Engagement Professionnel.

L'ANSFT qui participe activement à la plateforme de défense de la PMI, « Assurer l'avenir de la PMI », fait les constats suivants pour les sages-femmes territoriales :

- l'absence de reconnaissance professionnelle, sanitaire et sociale quant à l'objet de leur activité exclusive, soit la santé et la promotion de celle-ci pour les femmes, en tant que profession médicale, sans être confondue avec l'exercice infirmier ou psycho-social.
- une absence de reconnaissance professionnelle quant au faible salaire, sans rapport avec leurs responsabilités, qui plus est, discriminatoire, à double niveau à cause des disparités d'applications territoriales.
- un ensemble de confusions qui sont en contradiction avec l'égalité professionnelle, aussi bien en tant que profession médicale, en tant que fonctionnaire, qu'en termes de discrimination de genre, puisque les **sages-femmes PMI sont restées exclusivement des femmes**, et que leur activité est centrée également exclusivement sur les femmes, avec leurs enfants et leur famille.
- une confiscation de leur autonomie et de leur indépendance lorsque leur activité est directement coordonnée par une autre profession (médecin, infirmière, administratif...), en dehors de celle du médecin chef PMI, avec les effets délétères propres aux injonctions paradoxales dans l'exercice professionnel.
- une confiscation de leur autonomie avec l'accès à la recherche pour les sages-femmes, à l'université, lorsque leur discipline, la maïeutique dédiée à la santé, est classée en médecine, elle même dédiée à la maladie et à la pathologie. Soit sans section indépendante, comme c'est le cas maintenant pour les nouvelles « sciences infirmières » et « sciences de réadaptation ».

La souffrance de toutes les sages-femmes se mesure à l'augmentation considérable des risques psycho-sociaux professionnels, auxquels elles sont exposées. L'enquête récente, 2020¹⁵, du conseil de l'ordre des sages-femmes, montre que 96% d'entre elles considèrent leur profession peu valorisée, 73% peu reconnue, alors que 55% ont déjà pensé à changer de métier. Presque la moitié des sages-femmes y ont participé quelle que soit leur modalités d'exercice professionnel, de nombreuses sages-femmes PMI aussi.

Chez les sages-femmes PMI, cette souffrance est réelle et majorée par le sentiment d'être, à la fois, **impuissantes** à transformer leur situation contextuelle locale, avec le sentiment de rester toujours **oubliées**, dans les différentes réformes, laissant libre cours à l'application disparate et subjective de textes territoriaux nationaux.

Avec l'ANSFT, les sages-femmes territoriales revendiquent :

- **le renforcement et la clarification** du statut de **profession médicale**, en mettant en cohérence tous les règlements administratifs et sanitaires avec le code de la santé publique tout comme avec ceux de la fonction publique hospitalière et territoriale, dans le respect de la hiérarchie des normes.

¹⁵ Conseil National de l'Ordre des sages-femmes. « 2020 : 20 propositions pour la santé des femmes ». Contribution générale [Internet]. 2020. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2020/07/CONTRIBUTION-VF-CNOSF-20-propositions-pour-la-sant%C3%A9-des-femmes.pdf>

- **une promotion de l'égalité professionnelle**, que ce soit au sein des professions médicales dont les sages-femmes font partie, que ce soit en termes d'égalité dans la fonction publique, ou que ce soit en termes d'égalité relative au genre.
- une clarification de la loi pour la fonction publique territoriale, **pour l'avancement en hors classe**, afin que soient respectées les mêmes conditions que pour les autres fonctions publiques ; soit un avancement pour des fonctions de coordination, mais aussi pour expertise spécifique ou pour l'expérience.
- un **statut d'emploi spécifique pour la sage-femme fonctionnaire** afin que son activité ne soit pas coordonnée ou supervisée par une autre profession (médecin, administratif, infirmière, éducatrice, etc...) en dehors de celle du médecin chef PMI. Notamment dans la fonction publique territoriale, où l'activité des sages-femmes devrait, toujours et uniquement, être coordonnée par une sage-femme.
- que la sage-femme ne soit **plus assimilée à une cadre de santé** et qu'elle soit elle-même, soit sa sage-femme coordinatrice, directement adjointe au chef de service PMI. Afin qu'elle puisse aussi bénéficier d'une promotion de carrière, mener des projets au nom de sa propre activité professionnelle, sans qu'on parle en son nom.
- que cette distinction et le **respect de son identité professionnelle médicale** soient effectives dans l'application des textes administratifs dont la RISEEP et la formation professionnelle continue.
- **une revalorisation des salaires et des cotations** des sages-femmes afin qu'ils soient cohérents avec leur niveau de compétences et de responsabilité médicale
- **l'intégration au Ségur** de la santé comme il est revendiqué avec la plateforme de défense de la PMI
- **une augmentation des effectifs de sages-femmes en PMI**. Afin que chaque femme puisse bénéficier des soins, du soutien et de l'accompagnement d'une sage-femme dédiée, à tout moment, durant son parcours de grossesse, en particulier avec la création du statut de la sage-femme référente.
- une mise en place d'un **suivi du deuil périnatal** par au moins trois visites à domicile en sortie d'hospitalisation, après une interruption médicale de grossesse ou un décès périnatal inopiné, grâce à une cotation spécifique auprès de l'Assurance maladie.
- une mise en place d'un véritable **parcours du suivi et du soutien postnatal avec un entretien postnatal proposé systématiquement** et 2 visites post natales supplémentaires à 3 mois et 6 mois, notamment pour repérer les troubles psychiques dont les dépressions postnatales¹⁶ ; et des séances collectives de soutien à la parentalité sur le modèle des séances de préparation à la naissance et à la parentalité, fréquentes en PMI, mais sans cotation actuellement.

¹⁶ Tissot H, Frascarolo F, Despland J-N, Favez N. Dépression post-partum maternelle et développement de l'enfant : revue de littérature et arguments en faveur d'une approche familiale. Psychiatr Enfant. 28 déc 2011;Vol. 54(2):611-37.

- Simplifier et favoriser **l'exercice mixte** : hospitalier/territoriale/libéral
- Donner à la **recherche en maïeutique**, à l'université, une véritable autonomie, hors de la discipline médicale, avec une bi appartenance pour les sages-femmes enseignants-chercheurs.
- la création d'un statut de **maître de stage en PMI**

L'ANSFT, avec les sages-femmes territoriales, réclame aussi, avec toutes les autres sages-femmes :

- une **augmentation des effectifs de sages-femmes dans les maternités** afin que chaque femme puisse bénéficier des soins, du soutien et de l'accompagnement d'une sage-femme dédiée pour chaque naissance (une femme-une sage-femme)
- une mise en place effective des **unités physiologiques dirigées par des sages-femmes** au sein des services hospitaliers, avec une responsabilité équivalente au chef de service pour la sage-femme coordonnatrice.
- le développement et la **valorisation des maisons de naissances** et la création d'une **offre de lieux d'accouchement diversifiée incluant l'accouchement à domicile** permettant aux parents de faire un choix
- la création d'un **entretien postnatal (EPN)** à proposer systématiquement dans la continuité de l'entretien prénatal précoce (EPP) devenu obligatoire depuis mai 2020, afin d'assurer un suivi et un accompagnement continu, de l'avant à l'après, pour chaque femme dans son parcours maternité, ainsi que pour prévenir les difficultés majeures liées à de tels bouleversements.
- une autorisation de **l'IVG instrumentale aux sages-femmes** dans les limites de pratique identique à celle des médecins et fixées par la loi.
- une autorisation de **prescrire tous les médicaments nécessaires** au bon exercice de leur Art (comme c'est le cas pour les chirurgiens-dentistes).
- une **pérennisation du remboursement des actes de télé médecine**, comme c'est le cas pour les médecins