



Union Régionale des Professionnels de Santé Sages-Femmes d'Île-de-France

2, rue Récamier - 75007 Paris
urps.sagefemme.idf@gmail.com

Démographie et activité des sages-femmes libérales en Île de France

Note de synthèse

Septembre 2014

En collaboration avec l'Agence Régionale de Santé Île de France
et le soutien financier du Fonds d'Intervention Régional (FIR)
Etude réalisée par le cabinet Plein Sens



5 rue Jules Vallès
75011 Paris
www.pleinsens.fr

Julie MICHEAU - Sophie HAVETTE

Préface

Créée le 6 juin 2011, dans le cadre de la loi *Hôpital, patients, santé, territoires* n°2009-879 du 21 juillet 2009, l'Union Régionale des Professionnels de Santé Sages-Femmes d'Île-de-France (URPS SF IDF) représente **les sages-femmes libérales d'Île de France** auprès des tutelles régionales (Agence Régionale de Santé ...). Elle contribue à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé, par exemple en termes d'analyse des besoins, d'actions dans le domaine des soins et de la prévention, ou encore le déploiement des systèmes de communication et d'information partagée...

Dans le cadre de ses missions et plus particulièrement concernant le zonage régional, l'URPS Sages-femmes d'Île-de-France a souhaité concentrer sa réflexion sur **la démographie des sages-femmes libérales franciliennes**. Les indicateurs actuels sur lesquels se base le zonage conventionnel posaient quelques interrogations : indicateurs basés sur des zones d'emploi, indicateur de densité basé strictement sur les naissances sans prendre en compte l'activité de suivi de gynécologie de prévention et de contraception...

Cette réflexion s'est concrétisée en décembre 2012 par la signature d'un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) entre l'URPS SF IDF, l'Agence régionale de Santé (ARS) d'Île-de-France et la Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Île-de-France dont l'objectif était de pouvoir proposer une réponse plus précise et plus adaptée aux interrogations ci-dessus.

Pour mener à bien ce projet, un comité de pilotage comprenant trois membres de l'URPS SF IDF, et des représentants de l'ARS s'est réuni régulièrement afin de suivre l'élaboration et la réalisation de ce projet.

L'URPS SF IDF a mandaté le cabinet Plein Sens pour réaliser cette étude comportant un versant quantitatif et un versant qualitatif sous la forme d'entretiens menés de février à avril 2014. Au total, 36 sages-femmes libérales franciliennes ont été auditionnées, ainsi que des sages-femmes cadres de maternité, des sages-femmes de PMI, des responsables du Conseil Général et de l'Hospitalisation à Domicile afin de comprendre l'articulation ville-hôpital.

Au terme de 18 mois de travail, nous vous présentons les principaux résultats de ce travail : ici sous forme de synthèse, et dans le rapport d'étude complet qui l'accompagne sous forme détaillée.

Nous tenions ici à remercier toutes les personnes sollicitées et plus particulièrement nos consœurs sages-femmes qui ont accepté de répondre au cabinet Plein Sens et nous ont ainsi permis de comprendre les diverses modalités de prise en charge tant en ambulatoire qu'au sein des différentes structures.

Nous remercions également Julien Galli et Bérangère Doste, de l'ARS Île de France, pour leur collaboration tout au long de ces mois passés.

Enfin, nous remercions Julie Micheau, du cabinet Plein Sens, pour avoir réussi à décrypter et retranscrire le mode d'exercice des sages-femmes libérales franciliennes avec respect et professionnalisme.

Nous espérons que ce travail permettra d'orienter la réflexion autour de la prochaine révision du zonage conventionnel et ouvrira sur d'autres études sur notre exercice libéral et plus largement sur l'évolution de notre profession dans sa globalité.

Laurence VAYER, Présidente
URPS Sages-femmes Ile de France

Démographie et activité des sages-femmes libérales en Île de France

Note de synthèse

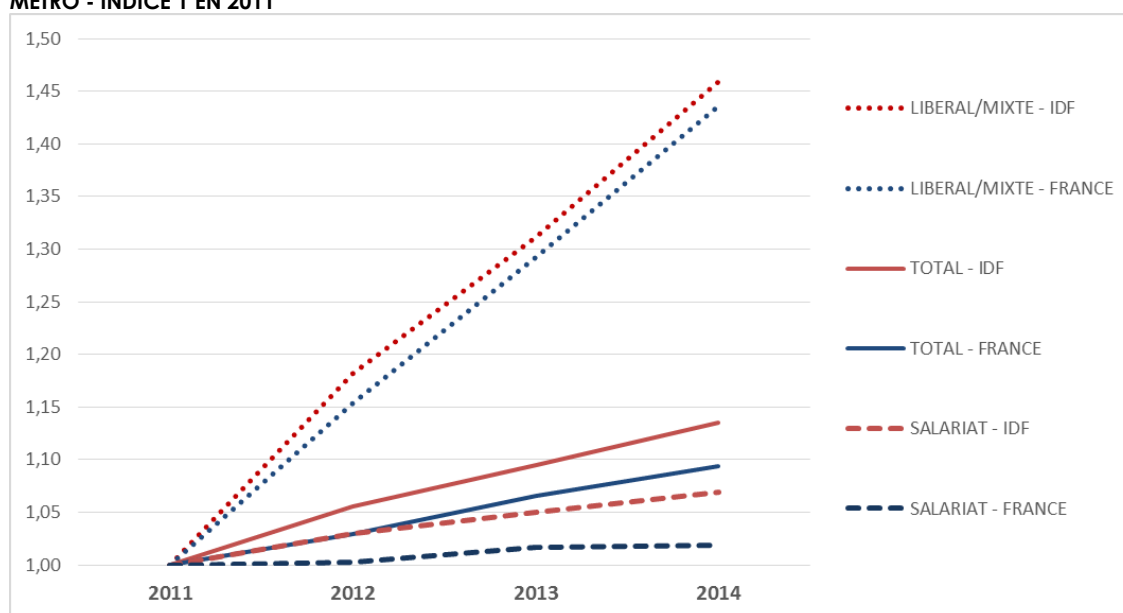
■ Contexte et objectifs de l'étude

> Un effectif de sages-femmes libérales en croissance très rapide

Au 1^{er} janvier 2014, le répertoire partagé des professions de santé recensait en Ile de France 3335 sages-femmes (dont 1,8% sont des hommes). Parmi elles, 21,8% ont un exercice libéral ou mixte, ce qui est en proportion un peu moindre qu'au niveau national (23,6%) mais au total, ce sont plus de 15% des libérales de métropole qui exercent en Ile de France.

Le nombre des sages-femmes libérales connaît depuis plus de 10 ans une croissance rapide, plus rapide que celui des sages-femmes total, et ce en France en général, et en Ile de France en particulier. Le rythme actuel observé est celui d'un doublement des effectifs installés libéraux sur 5 ans dans la région (graphique 1).

GRAPHIQUE 1 - EVOLUTION EN NIVEAU DES EFFECTIFS TOTAUX ET LIBERAUX OU MIXTES EN ILE DE FRANCE ET FRANCE METRO - INDICE 1 EN 2011



Source : Drees, statistiques annuelles sur les professions de santé au 1^{er} janvier, Documents de travail, séries statistiques
Rupture de série en 2011 : passage de données Adeli à des données issues du RPPS – Calcul Plein Sens

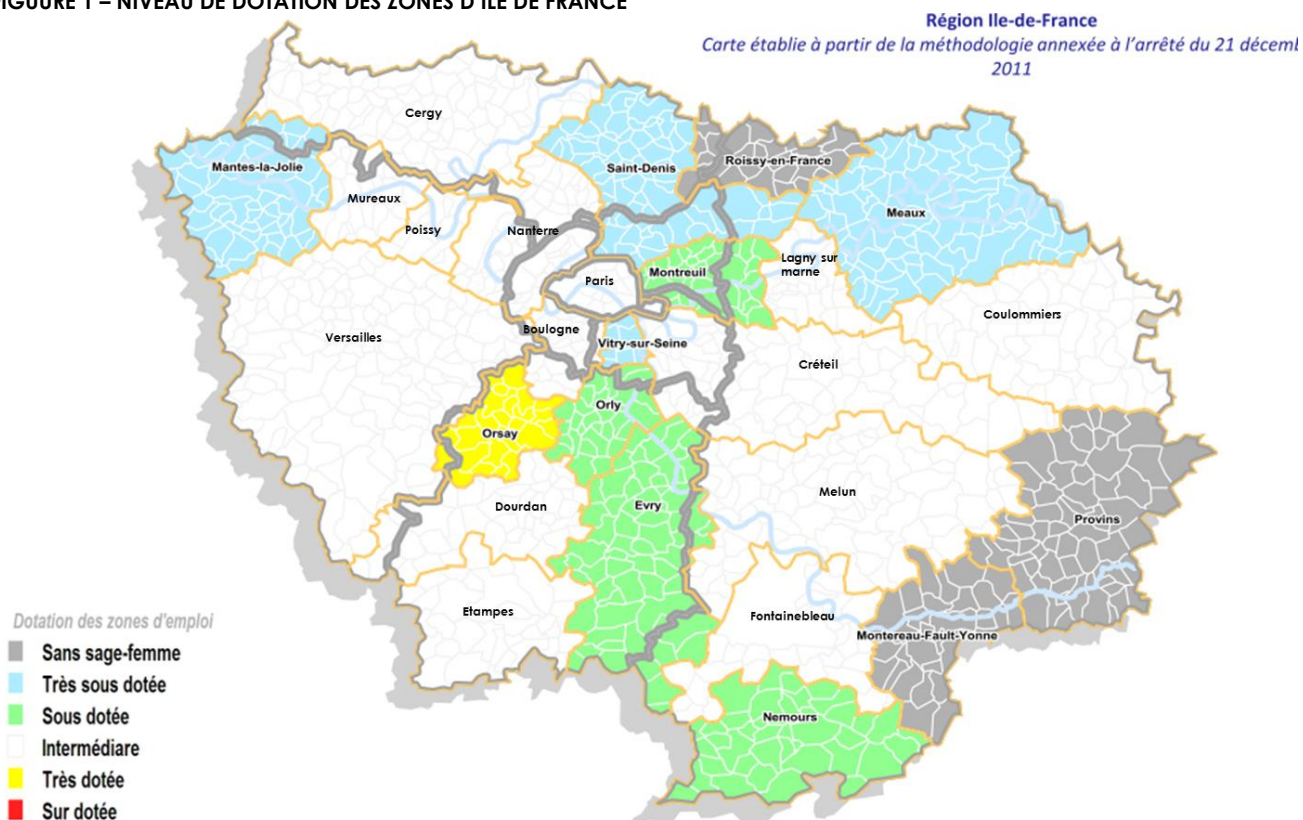
> Un dispositif conventionnel visant à réguler les installations

Le rythme des installations est donc en Ile de France comme ailleurs, particulièrement soutenu. Mais depuis 2012, elles se font dans le cadre d'un dispositif de régulation. L'avenant n°1 à la convention de 2007 liant les syndicats de sages-femmes à l'assurance maladie a découpé le territoire national en 364 zones d'emploi (zonage Insee de 1999), et a en fonction de la densité de sages-femmes libérales dans chaque zone (calculée pour 100.000 naissances domiciliées) défini : des zones sans sage-femme, des zones très-sous dotées, des zones sous-dotées, des zones intermédiaires, des zones très dotées et des zones sur-dotées.

La régulation s'appuie sur un double dispositif d'incitation financière à l'installation dans les zones sans sage-femme, sous-dotées ou très sous-dotées et de limitation du conventionnement dans les zones sur-dotées. Celui-ci n'étant plus accordé que si une sage-femme cesse ou réduit son activité d'au moins 50%.

Les ARS peuvent faire varier la classification de certaines zones, et il leur revient de définir par arrêté le statut de chaque zone d'emploi. L'ARS d'Ile de France a repris en l'état la catégorisation posée au niveau national et la région compte ainsi 26 zones (figure 1) dont 3 sont au moment de l'arrêté définies comme sans sages-femmes, 4 sont « très sous-dotées », 4 « sous-dotées », 14 « intermédiaires » et 1 « très dotée ». Ainsi, selon ce principe de comparaison nationale, aucune zone d'Ile de France n'est identifiée comme sur-dotée et ne devant pas ouvrir à de nouveaux conventionnements.

FIGURE 1 – NIVEAU DE DOTATION DES ZONES D'ILE DE FRANCE



> Une étude pour mieux comprendre les enjeux démographiques de l'exercice libéral

L'accélération des installations en libéral pose des questions, voire inquiète : cette croissance est-elle soutenable ? Y aura-t-il du travail pour tout le monde ? Par ailleurs, si l'idée d'une « bonne régulation » séduit, le dispositif retenu par la convention ne convainc pas. C'est dans ce contexte d'incertitude et de questionnement que l'URPS sages-femmes d'Ile de France a souhaité approfondir l'analyse et disposer de données et de connaissances lui permettant de disposer d'outils critiques pertinents pour répondre aux questions suivantes :

La zone d'emploi est-elle la bonne zone pour définir l'offre de soins en sages-femmes libérales ? L'indicateur de densité calculé à partir des naissances est-il pertinent ? Plus fondamentalement : comment savoir si une zone est vraiment sur-dotée ? A l'inverse, en incitant à l'installation dans des zones sous-dotées, est-on sûr qu'une sage-femme libérale y trouvera suffisamment de travail pour atteindre l'équilibre économique souhaité ?

Formulé en des termes plus généraux, l'objectif est de comprendre comment doit-être évalué pour le métier de sage-femme libérale l'équilibre offre de soins libéral / demande de soins sur un territoire.

> Un travail encore exploratoire appuyé sur des investigations quantitatives et qualitatives

Deux types de matériaux ont été mobilisés pour fonder la réflexion. D'une part des statistiques démographiques, d'activité et d'honoraires, fournissent des bases objectivées, permettent de décrire la diversité des situations territoriales ou des profils de pratiques. D'autre part 7 zones d'emploi ont été choisies pour représenter un panel diversifié de territoires en termes de densité, et sur chacun, un certain nombre d'entretiens qualitatifs ont été réalisés : avec des sages-femmes libérales installées (36 au total) pour décrire qualitativement leur activité et leur pratique dans le contexte de leur territoire, avec des cadres de maternités, avec des responsables départementaux ou sages-femmes de PMI, avec des responsables d'HAD.

Ce volet qualitatif permet de comprendre comment se construit localement une activité libérale, comment elle est déterminée et s'ajuste à une demande de soins locale. Loin d'être assez approfondie pour produire des monographies de territoire ou de zones, elle ouvre sur des questionnements utiles et permet de proposer des éléments de typologie.

In fine, le rapport d'étude propose une description raisonnée de l'activité libérale, de ses différentes composantes et des transformations qualitatives à l'œuvre. Il fournit des profils d'activité mais met surtout au jour l'extrême diversité des profils d'activité et de revenu. L'analyse territoriale permet d'identifier les limites du zonage conventionnel tel que défini actuellement et des recommandations sont proposées pour une adaptation du dispositif de régulation.

■ Un exercice en mutation qualitative et quantitative

Les plus anciennement installées en libéral insistent : le métier n'est plus le même. Il est « mieux » car il s'est enrichi en contenu, il ouvre à des activités plus diversifiées, à des responsabilités plus affirmées. Il est clair que cette transformation est rapide et ce changement apporte à la fois son lot d'opportunités et son lot d'incertitudes.

Les opportunités ce sont les possibilités de diversification des activités, mais aussi le développement quantitatif de l'emploi libéral. Corollaire de ce développement, l'incertitude porte essentiellement sur les limites à prévoir à cette croissance : y aura-t-il du travail pour tout le monde ?

Pour l'instant, les choses sont – au moins en Ile de France – assez majoritairement vécues par les sages-femmes libérales comme un processus vertueux : les sages-femmes font plus de choses, et ce faisant, elles font valoir leur savoir-faire et leurs compétences, et le déficit de reconnaissance qui les pénalise tendrait ainsi à s'estomper avec le temps. Comme le recours aux sages-femmes est plus fréquent, il gagne en légitimité.

Dans cette synthèse, insistons particulièrement sur trois facteurs de transformation majeurs qui soutiennent le développement du recours aux sages-femmes libérales : le changement de modèle des maternités, la mise en place du Prado et le développement de l'activité de gynécologie de prévention.

> Les maternités : du modèle autarcique au modèle ville-hôpital

A entendre les cadres de maternité, on comprend que les maternités ont des stratégies d'organisation des soins bien différentes. Quatre modèles semblent se dessiner :

- Le modèle autarcique
- Le modèle flou
- Le modèle ville/hôpital
- Le modèle privé faux autarcique

Le modèle autarcique est le modèle dans lequel la maternité prend en charge tôt et pour la totalité de ses patientes le suivi de la grossesse : consultations, préparation et suivi des éventuels

épisodes pathologiques sont assurés par la maternité. Ce modèle s'explique par plusieurs facteurs : la force de l'habitude, le manque de recours possible en ville (pas de sages-femmes, peu de médecins en ville) ou aussi, le défaut de confiance dans la ville, en particulier vis-à-vis des sages-femmes libérales (à qui l'on concèdera tout au plus une part des préparations à la naissance). Il est pour tout ou partie de ces raisons considéré que la femme enceinte ne sera bien suivie qu'à l'hôpital.

Si ce modèle a encore cours, il semble un modèle du passé et dépassé. Il est remplacé par le modèle ville/hôpital qui est celui des établissements qui pensent et organisent la répartition claire des prises en charge entre la ville et l'hôpital. Conformément à sa vocation en termes de recours, l'hôpital centre ses prises en charge sur les patientes dont le niveau de risque le requiert effectivement et fait en sorte que la ville assure un maximum de soins. La maternité reçoit en début de grossesse la patiente pour une consultation dite d'orientation : le niveau de risque de la grossesse est déterminé et il est ainsi décidé que la patiente sera suivie en ville ou à l'hôpital. Dans une version moins coordonnée, la maternité reçoit les patientes à un terme déterminé.

Dans ce modèle ville/hôpital la durée des séjours d'hospitalisation en ante-partum est réduite au minimum en s'appuyant sur des ressources de suivi au domicile (en HAD¹ ou non). Le séjour post-partum est également réduit, les sorties précoces sont organisées de telle sorte qu'une sage-femme libérale prenne la suite au domicile, et ce, avant même la mise en place du Prado². Ce modèle traduit tout à la fois un changement de méthode et un changement de culture, il n'est possible que sur des territoires où il y a des ressources de ville suffisantes.

Le modèle flou est un modèle intermédiaire qui semble agir en fonction de contraintes de ressources (de lits ou de sages-femmes salariées) mais sans que ces contraintes ne donnent lieu à un modèle véritablement organisé de suivi en continu. L'hôpital se centre sur l'accouchement et « récupère » les patientes au 6^{ème}, 7^{ème} ou 8^{ème} mois de grossesse : selon ses capacités. Il n'a pas forcément de vrai service organisé pour prendre en charge la pathologie à domicile, il revient aux sages-femmes des services de trouver une solution. Les durées de séjour en suites de couches diminuent et c'est le Prado qui est venu assurer un suivi à domicile, et non l'initiative de l'hôpital à proprement parler. Le recours à la ville est opportuniste et irrégulier.

Ces trois premiers types concernent plutôt les maternités publiques ou de service public (ESPIC). On notera que dans les établissements qui accueillent une grande part de patientes sans couverture sociale, le passage au modèle ville/hôpital est en partie limité car il n'est pas possible de s'appuyer sur une prise en charge libérale.

Le sens de l'histoire irait du modèle autarcique au modèle ville-hôpital. C'est une évolution qui concourt à mieux utiliser les compétences des sages-femmes qui sont davantage impliquées dans les consultations de suivi de grossesse, que ce soit en ville mais aussi au sein des établissements, c'est également un modèle qui soutient le développement et la viabilité de l'activité libérale par le recours aux consultations par les sages-femmes mais aussi en raison d'un plus grand recours au suivi médical à domicile.

Le dernier type concerne des établissements privés à but lucratif. Nous l'appelons modèle privé faux autarcique car c'est une figure de prise en charge dans laquelle la clinique ou la maternité privée s'adjoint les services de sages-femmes libérales pour réaliser dans les locaux de l'établissement des consultations, de la préparation, des actes de monitoring de fin de grossesse mais aussi de la rééducation périnéale. Il s'agit de proposer à la patiente une prise en charge intégrée en apparence. Les sages-femmes libérales qui ont leur cabinet dans l'établissement peuvent également être salariées de l'établissement. La motivation de l'établissement à internaliser est présentée comme un service offert à la patiente. Les sages-femmes libérales concernées expliquent aussi qu'en assurant des consultations à faible coût, sans dépassement, elles sont un levier pour attirer à la clinique des patientes à faibles ressources. Certains établissements parviennent ainsi à lutter en partie contre l'érosion de leur clientèle et leurs difficultés financières.

¹ HAD : Hospitalisation à domicile

² Prado : Programme de retour à domicile (sous-entendu ici : maternité, il existe d'autres Prado)

> Le suivi post-partum et le développement du Prado

Mis en place très récemment, expérimenté en 2010 et généralisé en 2011, le Programme de retour à domicile maternité (que nous appellerons Prado dans la suite) s'est progressivement étendu sans toutefois concerner tous les établissements. Nous ne disposons pas de statistiques pour l'Ile de France pour en apprécier la montée en charge. Dans son principe, le Prado n'apporte rien de nouveau car il était tout à fait possible auparavant d'avoir recours à une sage-femme libérale au retour à domicile, mais la pratique en était peu répandue. Le Prado a permis une « révolution » quantitative dans un contexte où le niveau de satisfaction des femmes quant à la préparation à la sortie de maternité était jusque-là très médiocre.

Les libérales interrogées témoignent de l'impact significatif de cette nouvelle demande de prise en charge sur le niveau de leur activité. Elles se trouvent ainsi suivre « leurs patientes » au retour de maternité, ou se rendent aux domiciles de patientes qui étaient suivies en antepartum en maternité ou chez des médecins de ville.

Jusqu'ici les critères d'éligibilité conduisaient les conseillères de l'assurance maladie à proposer le Prado à des assurées, femmes de plus de 18 ans, pour une naissance unique par voie basse, à terme, sans problème d'alimentation et hors sorties précoces. Ils ont récemment évolué pour inclure les césariennes sans complication. Par ailleurs, les sorties précoces pourraient ne plus systématiquement relever de l'HAD. Dans tous les cas, on comprend que le volume des prises en charge devrait augmenter pour les libérales.

> La gynécologie de prévention

Compétence des sages-femmes définie par la loi HPST de 2009³, la gynécologie de prévention prend une part grandissante dans l'exercice libéral des sages-femmes. La consultation de gynécologie est une façon de rester en contact avec les patientes, le cas échéant jusqu'à une prochaine grossesse.

Dans certaines zones sans gynécologue, la demande peut augmenter très rapidement. La façon d'y répondre dépend cependant de la façon dont la sage-femme s'estime apte à cette pratique. Les générations les plus jeunes ont bénéficié de programmes de formation initiale pleinement adaptés à cette modification du Code de la santé publique, ce n'est pas le cas de libérales exerçant de plus longue date qui ressentent souvent un besoin de formation complémentaire. On observe ainsi une pratique directement guidée par les compétences constituées.

Si quantitativement, la demande est encore limitée et ce volet d'activité restreint, elle représente une évolution qualitative significative pour la profession, et il est attendu qu'elle se développe quantitativement en raison de la démographie des gynécologues mais aussi en raison des avantages perçues par la patientèle à être suivie par une sage-femme : tant le prix de la consultation (bas) que sa durée (longue) semblent être des avantages comparés importants au bénéfice des sages-femmes libérales.

> In fine : une croissance attendue de la demande de soins pour les sages-femmes libérales

On comprend ainsi que la demande de soins adressée aux sages-femmes libérales devrait continuer à augmenter significativement. Il semble en effet que les facteurs de croissance exogène et endogène se nourrissent mutuellement :

- Le facteur exogène c'est l'appel à la ville des maternités qui va croissant. L'intérêt bien compris des établissements de santé agis par des préoccupations de rentabilité les pousse à avoir de plus en plus recours à la ville pour assurer tout une partie du suivi ante- partum comme post-partum.

³ HPST : Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « Hôpital, patients, santé et territoire »

- Le facteur endogène est lié au processus d'auto-promotion qu'induit le développement du nombre de sages-femmes libérales. D'une part c'est le développement du nombre de sages-femmes libérales qui facilite le recours à la ville de la part des maternités. Simultanément, les compétences ajoutées en matière de suivi gynécologique permettent la montée en visibilité de sages-femmes assurant des soins de gynécologie et accroît progressivement le recours.

Les transformations sont récentes et non achevées. Cela rend la définition mathématique de ce que serait l'optimum d'une offre de soins équilibrée tout à fait illusoire. Récent et non achevé, le changement dans la répartition des soins internes ou externes dans les maternités. Récent et inachevé la définition de la prise en charge adaptée du post-partum. On fait plus qu'avant depuis la mise en place du Prado, mais cela appelle de nouvelles régulations selon les filières et donc des modalités de recours à la ville mieux définies. Récent et en cours de développement, la prise en charge par les sages-femmes du suivi gynécologique des femmes.

Raisonné un équilibre offre/demande dans ce contexte on ne peut plus maintenant rester une question très complexe. D'autant que les profils d'activité des sages-femmes sont loin d'être uniformes.

■ Façons de pratiquer l'exercice libéral

L'étude a manqué de données détaillées sur l'activité des sages-femmes permettant de mesurer avec précision les catégories d'actes pratiqués et leur nombre. Les statistiques d'activité agrégées disponibles mises au regard des entretiens permettent toutefois de proposer une forme de classification des sages-femmes libérales en fonction de leur activité (sans pouvoir quantifier les effectifs de chaque profil). Se distinguent ainsi les figures majeures suivantes :

- **L'itinérante** : La sage-femme libérale sans cabinet exerçant exclusivement au domicile de ses patientes : elle fait du suivi ante et post-partum. Elle ne fait pas de préparation à la naissance collective exigeant un local, mais peut en faire ponctuellement pour des mères durablement immobilisées ; de même elle ne fait pas ou très rarement de rééducation sauf indication pour le domicile. Longtemps mobilisée sur une patientèle « sous contrôle médical », elle a avec le Prado désormais accès à du suivi post-partum à bas risque. Le succès de son activité tient à sa disponibilité : elle doit pouvoir répondre favorablement à un maximum de demandes, mêmes urgentes, surtout urgentes.
- **L'itinérante salariée** : elle a gardé un poste salarié ou réalise régulièrement des gardes. Son activité est souvent prescrite par la maternité où elle travaille. Elle a une forme d'exclusivité au moins pour une certaine zone géographique. La contrainte de ses temps de travail à l'hôpital l'empêche parfois de répondre à certaines sollicitations : elle ne peut en particulier assurer de visites quotidiennes.
- **La préparatrice/rééducatrice** : si elle ne fait pas exactement que ces deux types d'actes, cela représente l'essentiel de son activité. Elle ne va pas à domicile. Elle maîtrise parfaitement son agenda et a une activité très « physiologique » qui lui convient.
- **La libérale « encapsulée »** : elle intervient exclusivement en complément d'une maternité. Elle a son cabinet dans la maternité, elle en assure les cours de préparation, le monitoring de fin de grossesse et si elle fait du domicile, elle fait les soins en ante et en post-natal pour les patientes de la maternité. Assez souvent, dans le privé, elle sait que les consultations de suivi resteront l'apanage des médecins sauf dans certaines maternités qui découvrent un intérêt à en confier une partie à des sages-femmes.
- **L'omnipraticienne** : c'est la sage-femme libérale ayant un cabinet, réalisant l'ensemble des actes prévus pour la profession, partageant son temps entre les visites à domicile et le cabinet. Elle conçoit son métier comme le plus complet possible : elle se réjouit et profite (plus ou moins selon les territoires) du développement du premier recours tant sur le suivi de grossesse que sur la gynécologie. Même si elle a toujours fait du suivi médical à domicile, le Prado est venu renouveler la situation : elle est en général plus sollicitée et s'est parfois réorganisée pour répondre au fil de l'eau à des demandes qui tombent potentiellement tous les jours. Son objectif est de suivre tant que possible les femmes de bout en bout. Parfois elle aspire à ce que l'accès à des plateaux techniques lui permette un jour de faire des accouchements. Si sa charge de travail augmente, elle va assez souvent réduire au

maximum la rééducation qu'elle juge souvent moins intéressante que les autres activités. Elle continuera à en faire mais uniquement pour ses patientes.

- **L'échographiste** : nous n'en n'avons pas rencontré, mais les statistiques d'activité montrent qu'il s'agit actuellement d'un profil très rare d'exercice en libéral.
- **Les accoucheuses** : elles accouchent en accédant à un plateau technique ou au domicile des patientes. Elles ont un profil particulièrement entreprenant, elles ont construit au fil du temps et avec une certaine détermination leur activité plus que d'autres qui peuvent paraître s'adapter à la demande. Elles ont de ce fait une activité extrêmement complète. Là encore, si le temps est compté, elles abandonnent facilement la rééducation sauf pour leurs patientes. De mêmes elles peuvent limiter les interventions à domicile à leurs patientes.

Cette diversité de pratique s'accompagne d'une diversité de temps de travail et de revenus. Actuellement, toutes les sages-femmes rencontrées ne travaillent pas le même nombre d'heures mais il est très difficile de poser une estimation fiable de leur temps de travail. Certaines ont des choix horaires stricts, conditionnés par leurs charges de famille, d'autres semblent travailler beaucoup, parfois sans compter. Un des avantages du libéral est la possibilité, dans une certaine mesure, de se construire un emploi du temps.

Côté revenus, il semble entendu que le choix du libéral n'est pas un choix économique : les revenus sont modestes. Les sages-femmes interrogées parlent souvent de 2000 à 2200 euros de revenus nets par mois. Les statistiques nationales du ministère des finances confirment que le revenu annuel moyen des sages-femmes en 2010 au niveau national était de 25600 euros environ. Cela les situe entre le 7ème et le 8ème décile de la distribution des revenus salariaux des français mais parmi les plus bas revenus des professions libérales du champ de la santé, loin derrière les infirmières et les kinésithérapeutes (45000 € environ) et plus encore des médecins, dentistes ou pharmaciens.

Les sages-femmes qui ont une activité mixte, partagée entre salariat et activité libérale, ont des honoraires sensiblement plus bas en moyenne que les libérales exclusives, mais sans être moitié moindres. Elles semblent avoir une activité de l'ordre de 80% en moyenne des exclusives, mais là encore avec une très large variance dans les niveaux d'honoraires.

Les données disponibles pour l'étude ne permettent pas d'établir un lien entre les types d'acte pratiqués et les revenus, mais ce qui ressort très nettement des entretiens, c'est qu'à activité égale (mesurée en nombre d'actes) le revenu peut varier considérablement car certaines sages-femmes semblent « prendre du temps », beaucoup parfois, pour réaliser chaque acte. Il en découle une grande variance des revenus, non sous l'effet du volume d'activité mais sous l'effet des durées dédiées à chaque catégorie d'acte.

Profession portée par un éthos professionnel très marqué et accordant une grande importance au soin relationnel, il est possible que la profession de sage-femme ait à devenir plus comptable de son activité et de son temps pour maintenir ou atteindre un niveau de revenu acceptable au regard de l'effort fourni et du niveau de formation atteint (master après sélection au concours de la première année commune aux études de santé).

■ A la recherche du bon niveau de densité sur un territoire...

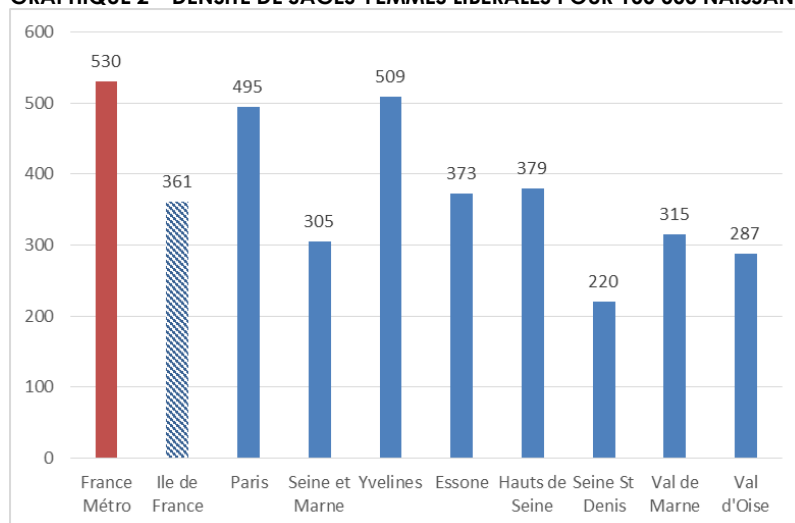
- > Une région faiblement dotée, mais connaissant de fortes variations de densité locale

L'île de France se caractérise par une densité de sages-femmes libérales très en deçà de la moyenne nationale : calculée à partir des effectifs libéraux ou mixtes établis par la Drees⁴ au 1^{er} janvier 2013 rapportée aux naissances de 2012 (dernière année connue des données d'Etat civil), cette densité est de 361 en Ile de France contre 530 en moyenne métropolitaine (graphique 2). Cette moyenne régionale connaît de fortes variations d'un département à l'autre : Paris et les Yvelines sont proches de la moyenne nationale, les autres de départements

⁴ Drees : direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques du Ministère en charge de la santé

ont une densité beaucoup plus basse située entre 300 et 350 et la Seine-Saint Denis est très en retrait avec une densité de 220, soit à peine 40% de la moyenne nationale.

GRAPHIQUE 2 – DENSITE DE SAGES-FEMMES LIBERALES POUR 100 000 NAISSANCES DOMICILIEES AU 1^{ER} JANVIER 2012



Calcul : Effectifs libéraux ou mixtes au 1^{er} janvier de l'année 2013 pour 100.000 naissances de l'année 2012

Source : Effectifs libéraux : Drees, données annuelles sur les professions de santé au 1^{er} – Naissances : Insee-Etat civil

Pour disposer de données d'analyses plus détaillées que celles fournies annuellement en synthèse par la Drees (qui ne distinguent pas l'activité libérale de l'activité mixte), il a été demandé à l'ARS un fichier de recensement des sages-femmes pour toute la Région Ile de France. Ainsi, dans ce fichier (RPPS Ile de France en décembre 2013), on dénombrait 3383 sages-femmes en activité et parmi elles :

- 2610 ont une activité en tant que salariée (79,9%) ;
- 442 une activité en tant que libérale (13,1%) ;
- 236 une activité en tant que libérale et salariée (7,0%) ;
- 1 une activité en tant que bénévole (< 0,1%) ;
- 1 une activité en tant que libérale et bénévole (< 0,1%).

C'est cette population qui comptait donc 678 libérales ou mixtes que nous avons analysée. Le calcul des densités locales a été effectué en tenant compte de la multi-activité : une sage-femme qui a deux lieux d'exercice compte pour 0.5 dans chaque lieu (qu'il s'agisse d'un lieu d'activité libéral ou salarié). L'effectif pondéré total de libéral ou mixtes devient ainsi de 562 sages-femmes sur la Région.

Sur ces bases de calcul, il apparaît que la densité varie selon les zones d'emploi de 0 (Roissy, Provins) à 723 (Lagny sur Marne), avec une moyenne régionale de 310 (graphique 3). Certaines zones, très importantes en termes de volumes de naissances sont particulièrement peu denses : Saint-Denis, et dans une moindre mesure Montreuil et Nanterre.

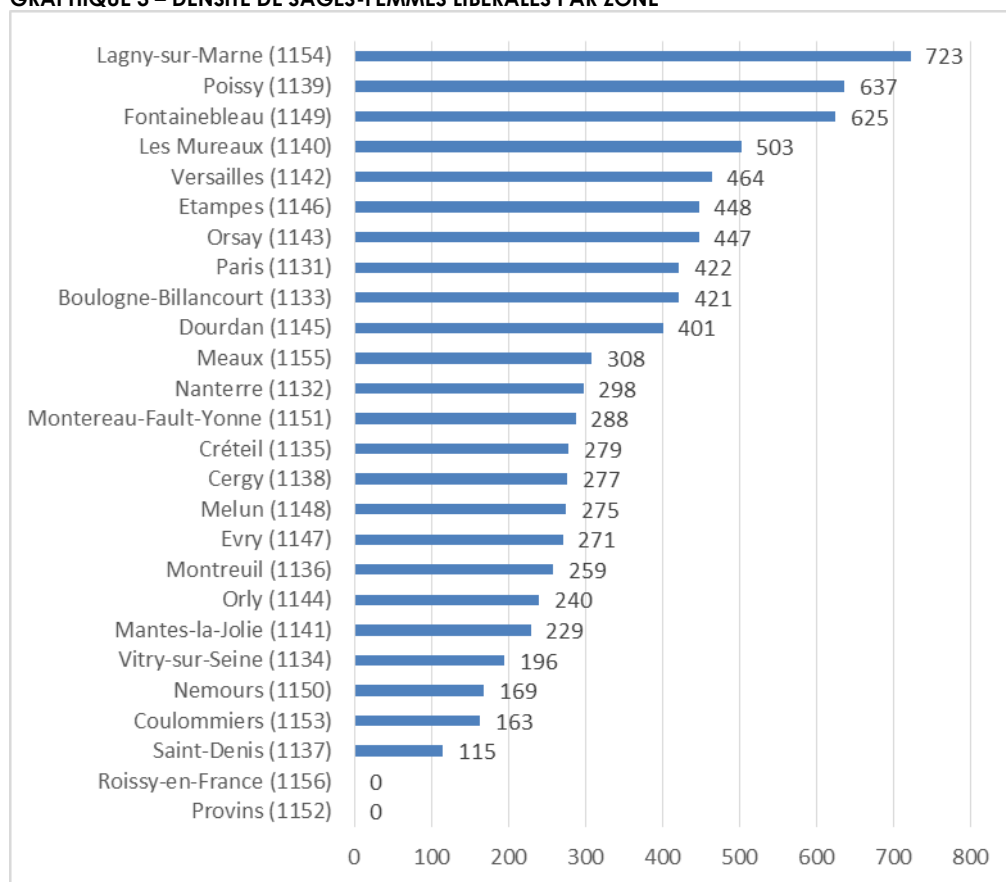
Sept zones ont été retenues pour l'étude qualitative : deux zones classées intermédiaires – Nanterre et Créteil -, deux zones classées sous-dotées Montreuil et Evry, deux zones très sous dotées Mantes et Saint Denis et une zone sans sage-femme en 2011 mais ayant connu deux installations depuis : Montreuil.

On peut s'étonner de ne pas trouver Paris qui représente 22% de l'effectif régional dans cette liste des terrains d'étude qualitatifs mais il était impossible de faire un raisonnement sur l'offre et la demande de soins à l'échelle de la ville. Les maternités parisiennes n'ont pas de vocation locale à l'échelle d'un quartier et d'un arrondissement, c'est donc le système d'offre/demande de toute la capitale qui aurait nécessité d'être étudié. En outre, les entretiens qualitatifs avaient pour premier objectif de poser les typologies d'activité libérale telles que décrites ci-avant, et ces enseignements n'ont pas de spécificité territoriale propre au hors Paris, ils valent tout autant pour un exercice parisien.

L'analyse territoriale a d'abord confirmé que l'Ile de France était loin d'être « saturée ». Si les installations parfois rapides à proximité de sages-femmes plus durablement installées inquiètent

dans le principe, elles ne conduisent pas à des difficultés réelles. Il semble, et les chiffres de densité en témoignent, qu'il y ait encore de larges opportunités d'installation.

GRAPHIQUE 3 – DENSITE DE SAGES-FEMMES LIBERALES PAR ZONE



Calcul : Effectifs libéraux ou mixtes pondérés de décembre 2013) pour 100.000 naissances de l'année 2012
 Source : Effectifs libéraux : RPPS décembre 2013 – Naissances : Insee-Etat civil

> Une analyse du bon niveau d'offre de soins locale particulièrement complexe

Pour analyser l'offre de soins locale, il faut tenir compte du modèle de soins des maternités locales, de la densité de gynécologues et sans doute dans une moindre mesure de généralistes. La définition de ce qui fait la zone de « concurrence » locale d'une sage-femme libérale reste à trouver. A l'échelle des zones, on observe la très grande dispersion de l'offre complémentaire des médecins généralistes et gynécologues (graphique 4) : ainsi les 1100 gynécologues et 9900 généralistes d'Ile de France ne sont pas du tout uniformément répartis, et si l'on observe des zones qui concentrent tous les soignants, d'autres sont faiblement dotées en tout.

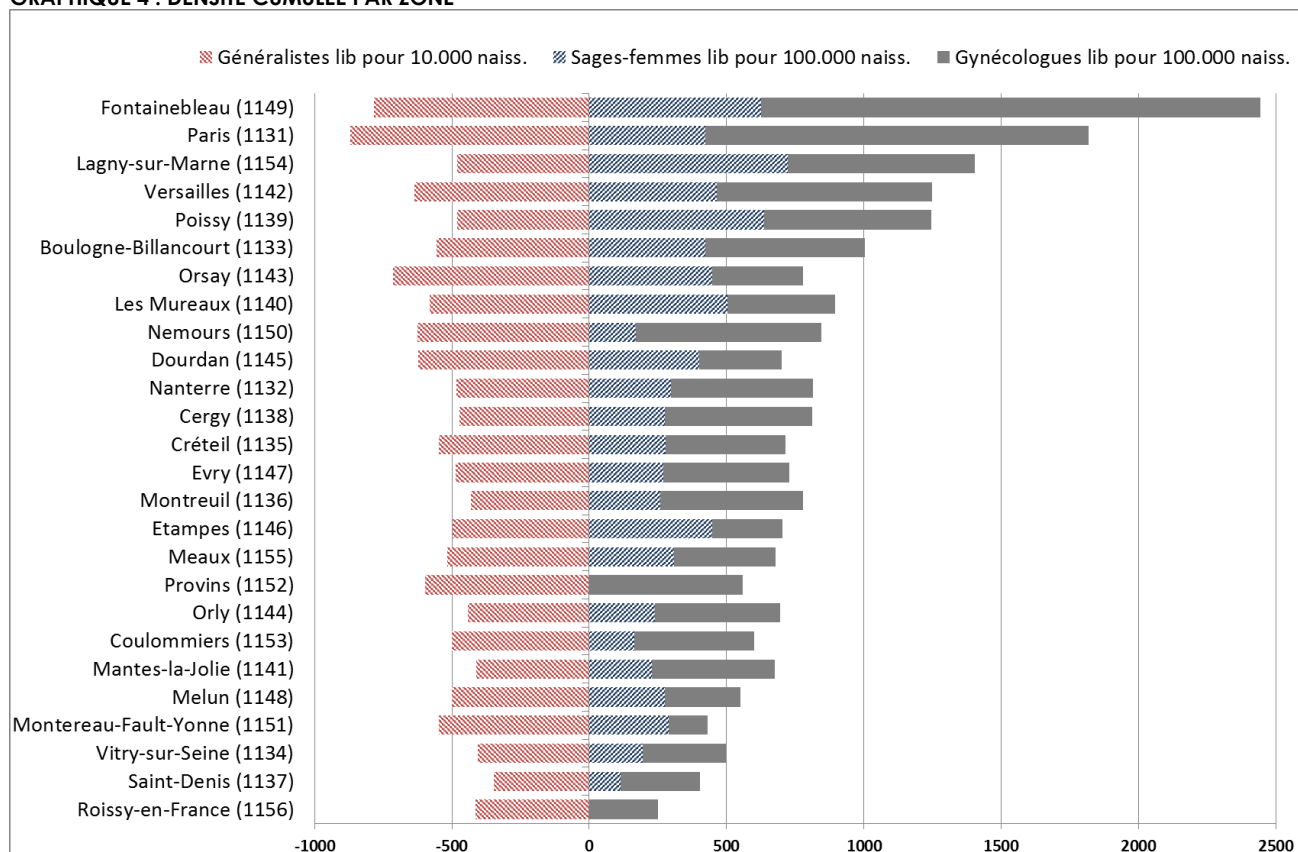
L'offre de soins des sages-femmes de PMI est tout à fait significative et déterminante sur les territoires les plus défavorisés mais il s'agit bien d'une offre de soins complémentaire et non concurrente.

Il ressort des entretiens qu'on ne peut raisonner qu'en fonction de la densité de sages-femmes ou de médecins pour juger de l'opportunité d'une installation car les populations locales ont une plus ou moins grande propension au recours (aux soins en général, aux soins de la sage-femme en particulier). Cette propension semble s'expliquer par des facteurs sociaux : déterminants économiques, culturels ou juridiques (droits constitués à l'assurance maladie), mais aussi par une « habitude » induite par l'offre. L'installation dans une zone sans soignants peut se heurter à la difficulté de « faire connaître » l'offre de soins nouvelle à des populations qui s'en passaient jusqu'ici.

Certaines configurations locales sont à l'inverse particulièrement propices au développement rapide d'une activité libérale : le profil de la maternité, la proximité (géographique mais surtout relationnelle avec celle-ci), l'inscription dans un réseau de soins demandeur (médecins souhaitant s'appuyer sur les compétences des libérales pour la prise en charge des femmes enceintes).

Pour raisonner un projet d'installation, c'est l'ensemble de ces facteurs environnementaux qui méritent d'être pris en compte. La densité de sages-femmes n'est ainsi pas le seul paramètre à prendre en compte. Ce constat pourrait expliquer ce qui peut apparaître comme un mauvais choix : semble s'observer en effet une tendance à la concentration dans certaines villes ou territoires pour les installations les plus récentes. Il se peut que ces villes soient, au-delà de leur densité de sages-femmes des territoires favorables au recours.

GRAPHIQUE 4 : DENSITE CUMULEE PAR ZONE



Source : RPPS, données fournies par l'ARS, décembre 2013

Densités de Sages-femmes libérales et de gynécologues calculées pour 100.000 naissances (échelle droite) et densité de médecins généralistes pour 10.000 naissances (échelle gauche)

Par ailleurs, il y a une autre raison de ne pas voir dans la relative concentration des installations un paradoxe, c'est qu'il ne faut pas confondre, comme semble le faire la convention, niveau de dotation élevé et sur-dotation. Car ce n'est pas parce qu'il y a plus de sages-femmes à tel endroit, qu'il y en a trop. En interdisant l'installation dans des zones dites sur-dotées, la convention a posé comme hypothèse que ces zones avaient une offre de soins surdimensionnée. Mais rien n'est moins sûr. Et la question qui reste à instruire est bien la suivante : à partir de quand y a-t-il trop de sages-femmes ? Ce n'est qu'en étudiant le lien entre données d'activités et densité que l'on pourrait instruire véritablement cette question. Il ne s'agit plus tant de constater qu'il y a plus de soignants à tel endroit que de savoir à partir de quel seuil absolu, leur nombre est excessif.

> Propositions pour un dispositif de régulation rénové

Qualitativement, tout projet d'installation devra nous l'avons dit être raisonné en fonction d'une analyse locale des facteurs soutenant l'activité libérale, sans se limiter à l'évaluation de la densité de sages-femmes. Reste qu'il faut également disposer d'une bonne aide à la décision quantitative en ce qui concerne la densité et en l'état, il semble que le dispositif conventionnel soit peu pertinent.

Tout d'abord la zone d'emploi telle que définie comme zone de référence pour le dispositif de régulation des installations paraît incohérente. Les zones sont de taille (en nombre de naissances comme en étendue géographique) tout à fait hétérogènes. Le dispositif de régulation ne s'appuie ici sur aucune logique d'accessibilité. Sur les zones les plus étendues le niveau de densité moyen recouvre de grandes disparités locales : des installations concentrées sur une poignée de communes proches et un désert alentour parfois. Une zone pourrait être durablement classée comme intermédiaire ou sous-dotée tout en contenant des territoires tout à fait sur-dotés au sens de la norme de densité nationale retenue par l'assurance maladie. Il faut donc abandonner ce zonage.

Une autre question était de savoir si la densité calculée à partir du seul nombre de naissances était le bon indicateur de densité. Notre analyse est qu'en théorie il serait pertinent de retenir un indicateur mixte à partir du nombre de naissances et du nombre de femmes en âge de procréer, mais que l'élaboration de cet indicateur « sophistiqué » comporterait une part d'arbitraire important : il nécessiterait de faire des choix discutables de quantum de temps consacré respectivement à la naissance et à la gynécologie. Au total il serait tout aussi discutable qu'un indicateur imparfait mais simple comme celui des naissances. Par ailleurs, seul l'indicateur des naissances permet, grâce aux données d'état civil, des calculs localisés sur tout type de zonage, et actualisés annuellement. Tout concourt – d'un point de vue théorique comme pratique – à écarter la référence au nombre de femmes en âge de procréer pour définir une densité.

Partant de ces deux constats, notre proposition est d'évoluer vers un principe de régulation tout à fait différent, dont les paramètres numériques restent à définir, mais dont les principes sont les suivants :

- Il s'agit d'abandonner un système qui définit de façon relative la sur-dotation et la sous-dotation pour s'obliger à définir une norme de dotation souhaitable. De même une norme de dotation en deçà de laquelle l'installation doit être incitée et soutenue doit être définie. Deux seuils absolus sont donc à établir : seuil d'incitation et seuil de conventionnement.
- Le calcul du niveau de dotation local doit être actualisé car on ne peut se satisfaire d'un système figé sur 5 ans alors que les installations se font selon un taux de croissance extrêmement rapide.
- La zone de référence pour calculer la densité d'un territoire doit être définie en tenant compte de l'accessibilité. Il faut donc s'accorder sur un périmètre de recours (éventuellement différent en zones rurale et urbaine) : X kilomètres, X minutes de temps d'accès.
- La densité de sages-femmes libérales doit inclure les effectifs de PMI.
- Chaque sage-femme installée doit compter pour 1 même si elle a une activité salariée : on constate en effet que l'activité des sages-femmes qui ont une activité mixte est plus faible en moyenne que celle des libérales exclusives, mais est bien supérieure à une demi-activité. Et par ailleurs, l'activité mixte peut se transformer vers une activité exclusivement libérale dans le temps.

D'un point de vue opérationnel, il s'agirait d'autoriser ou non le conventionnement en un nouveau point d'installation si la densité calculée sur un périmètre de recours centré sur le point d'installation en projet est inférieur au seuil absolu de conventionnement. Le calcul de la densité de sage-femme est un calcul actualisé et localisé.

Il n'y aurait ainsi plus de zonage figé, mais une estimation localisée de la densité de sages-femmes libérales. Cela n'interdit pas bien sûr un suivi statistique de la densité sur des mailles

géographiques de pilotage (département, canton, pseudo-canton, bassin de vie en zone rurale...), mais le calcul de la densité donnant lieu à conventionnement ou pas serait un calcul « hic et nunc » et non un calcul moyen et figé dans le temps sur un territoire arbitraire.

■ Conclusion

Ce premier travail avait une vocation exploratoire : comment mieux penser la répartition des sages-femmes libérales sur le territoire francilien ? Il confirme que l'analyse des variations qualitatives et quantitatives d'offre et de demande de soins libéraux de sages-femmes est complexe.

Cette complexité vient de ce que le système de « concurrence » de la sage-femme libérale est en soi complexe : maternités, médecins gynécologues déterminent en partie ce qui revient non pas de droit mais de fait à la sage-femme libérale. Cette complexité vient aussi de ce que le système de soins se transforme très rapidement : l'exercice libéral se développe et est appelé à se développer encore, renouvelant ses pratiques et acquérant une nouvelle légitimité en évoluant vers un accompagnement plus large des femmes et de la grossesse.

L'île de France est dans une situation qui paraît peu critique en raison d'une densité moyenne encore basse. Mais il est clair que le dispositif de régulation, dans sa configuration actuelle, « ne régule rien ». D'une part les zones sont trop grandes pour laisser paraître les effets de concentrations locales possibles. D'autre part, la caractérisation des zones à partir de données de densités de 2011 est bien évidemment obsolète dans un contexte d'installations rapides. La proposition d'évoluer vers un système de régulation qui obligerait à poser une norme absolue de bonne densité minimale (seuil d'incitation) et maximale (seuil de conventionnement) et à piloter localement à partir de données actualisées de densité, permettrait de sortir de ce système aveugle aux transformations réelles du territoire.

D'évidence, il reste beaucoup de travaux d'études à mener pour bien cerner la question. Nous citerons ici ceux qui nous semblent les plus urgents :

- L'étude des modèles de prise en charge des maternités et de leur évolution prévisible.
- L'analyse quantitative détaillée du lien entre contenu et niveau d'activité des libérales et densité.
- L'étude qualitative de quelques territoires parmi les plus dotés (de ce fait pas nécessairement en Ile de France).