

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

1 7 ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Mission d'information de la Conférence des présidents sur les causes et conséquences de la baisse de la natalité en France

- Audition, ouverte à la presse, de Mme Caroline Combot,
présidente de l'Organisation nationale syndicale des sages-
femmes (ONSSF) 2
- Présences en réunion 11

Mardi

16 décembre 2025

Séance de 17 heures

Compte rendu n° 47

SESSION ORDINAIRE 2025-2026

**Présidence de
Mme Constance
de Pélichy, présidente de
la mission d'information**



La séance est ouverte à dix-sept heures.

Mme la présidente Constance de Pélichy. Je vous remercie infiniment d'avoir accepté notre invitation. Derrière les aspects statistiques, il y a bien sûr des histoires de maternité et de femmes. Vous êtes aux premières loges pour les écouter lorsqu'elles vivent ce bouleversement extraordinaire qu'est la maternité, qui marque le démarrage de la parentalité mais s'accompagne de la peur de l'accouchement, parfois liée à la question des séquelles et des grossesses compliquées. Vous êtes aussi aux premières loges pour ce qui est du désir de natalité, parfois de la renonciation à l'enfant ou du deuil d'une maternité de plus, bref, des choix que les femmes sont amenées à faire. Il nous a semblé indispensable de vous entendre pour évoquer aussi bien les situations que vous rencontrez concrètement que l'évolution de votre métier.

Mme Caroline Combot, présidente de l'Organisation nationale syndicale des sages-femmes (ONSSF). Au nom du conseil d'administration de l'ONSSF et des adhérents de notre organisation, je vous remercie de nous donner la parole dans le cadre de vos travaux.

La baisse de la natalité est un phénomène démographique majeur que nous constatons tout particulièrement en tant que sages-femmes. Il ne se traduit pas seulement par moins de naissances, mais aussi par une transformation profonde de l'organisation des soins, des parcours et de l'accompagnement des familles. C'est un enjeu global qui concerne les territoires, la prévention, l'accès aux soins et la qualité de la prise en charge.

Selon les données de l'INSEE, nous sommes passés de 880 000 naissances en 1973 à 663 000 en 2024, ce qui représente un quart de naissances en moins par an. Cette baisse s'est immédiatement traduite par une diminution de l'activité dans les maternités, par des fermetures de lits, voire par la restructuration de certaines maternités, notamment dans les zones fragiles. Depuis 1995, le nombre de maternités a ainsi été réduit de près de la moitié. Cette évolution s'est faite essentiellement au détriment de structures de petite, voire de moyenne taille.

Dans son rapport de 2024 sur la politique de périnatalité, la Cour des comptes a rappelé l'obsolescence des décrets de 1998 qui définissent l'organisation et les normes de sécurité des structures périnatales, et souligné l'insuffisance des investissements dans la prévention et l'organisation des parcours. Comme la Cour des comptes l'a montré, ces manquements fragilisent un système qui était déjà sous tension avant la baisse de la natalité. Le Sénat, dans un rapport de 2024 sur la santé périnatale, a constaté que la réduction des naissances entraînait une baisse d'activité, donc des fermetures et des restructurations affectant directement la continuité des soins dans tout le parcours de suivi de la santé génésique des femmes, grossesse ou non, ce qui a des conséquences pour les femmes et leur famille.

Il faut également souligner un paradoxe majeur : alors que nous disposons de suffisamment de sages-femmes pour appliquer les nouveaux ratios de sécurité élaborés en 2019, qui permettraient d'assurer une sécurité minimale ou acceptable dans les maternités, la pandémie a mis ces propositions sous le tapis. Les moyens nécessaires n'ayant pas été alloués, les nouveaux ratios, notamment pour les sages-femmes, ne sont toujours pas mis en œuvre. Revoir les ratios de professionnels, pour encadrer les naissances mais pas seulement, est une véritable demande de tous les acteurs de la périnatalité. Les arbitrages budgétaires privilégiant les questions économiques à la qualité et à la sécurité des soins conduisent de jeunes sages-femmes à ne pas trouver de travail à la sortie de leurs études, ce qui entraîne des difficultés dans les territoires – je pense en particulier à la protection maternelle et infantile (PMI), au sujet de laquelle je sais que vous allez mener une audition. De vrais besoins existent, ainsi que des

moyens humains, mais on ne se dote pas des moyens budgétaires et organisationnels nécessaires pour rendre la prise en charge plus efficiente.

La baisse de la natalité devrait être une opportunité pour sécuriser les parcours et renforcer la prévention et non pas un prétexte pour réduire les effectifs. C'est pourtant ce qui se passe dans les maternités. On retire des postes, notamment dans les salles de naissance, ce qui a des conséquences directes sur les femmes, les familles et les territoires. La qualité des soins se dégrade car la complexité des situations augmente et les besoins restent donc, en réalité, constants. L'accès aux soins se fragilise, les déserts périnataux se développent et la prévention, qui est essentielle pour le soutien à la parentalité et la santé des femmes, est la grande perdante de cette dynamique.

Au-delà de la question de l'organisation et des aspects techniques, j'en viens à l'impact psychologique et social de la situation actuelle, qui est très concret. La grossesse et la parentalité sont trop souvent présentées de manière alarmiste, hypermédicalisée. Les couples et les futures mères ressentent une pression énorme pour tout réussir parfaitement. Or la peur et le stress ne contribuent pas à encourager le désir d'enfant. Nous constatons sur le terrain une montée de l'anxiété, des parcours morcelés, une multiplication des examens, des messages anxiogènes et souvent un manque de continuité du côté des interlocuteurs. Beaucoup de femmes sont très inquiètes lorsqu'elles arrivent en consultation. Elles ont le sentiment qu'elles risquent de mal faire ou de passer à côté de quelque chose d'essentiel. La pression est renforcée par le fait que les parcours sont parfois trop médicalisés pour des grossesses normales, sans complications, et par un accompagnement dit psycho-affectif insuffisant avant et après la naissance. Cela génère du stress, de la culpabilité et un sentiment d'insécurité qui ne favorisent ni le désir d'enfant ni une parentalité sereine. Entre 10 et 15 % des femmes enceintes présentent des troubles anxieux en France. Une partie non négligeable d'entre elles déclare avoir vécu la grossesse comme une période difficile. Selon les revues scientifiques internationales, de 18 à 24 % de femmes peuvent souffrir d'anxiété périnatale certains trimestres et environ 20 % durant l'ensemble de la période périnatale. Ce phénomène est fréquent et reconnu mondialement.

Dans ce contexte, les sages-femmes ont un rôle déterminant. Elles assurent un suivi continu et rassurant, instaurent un climat de confiance, proposent des consultations de prévention renforcée et peuvent orienter les femmes vers un psychologue ou un autre professionnel compétent lorsque c'est nécessaire. Cet accompagnement contribue directement à réduire l'anxiété et à sécuriser les parcours, ce qui est essentiel pour soutenir le désir d'enfant. Nous avons, en tant que professionnelles de santé, un rôle à jouer grâce à l'accompagnement des familles que nous assurons. Notre responsabilité est d'assurer la sécurité tout en dédramatisant le parcours de grossesse et l'arrivée de l'enfant. L'accompagnement doit être rassurant et centré sur la prévention – je n'oublie pas le suivi médical, bien sûr, mais ce n'est pas vraiment l'objet de mon propos. C'est dans ce sens que le principe de la déclaration d'une sage-femme référente a été pensé, mais la mise en place de cette mesure reste assez complexe et les objectifs fixés n'ont donc pas encore été atteints.

Je tiens à saluer la consultation citoyenne qui a été lancée par l'Assemblée nationale dans le cadre de votre mission d'information pour recueillir l'avis des Français sur leur vécu et leurs attentes concernant la parentalité. Plus de 30 000 personnes ont répondu, ce qui témoigne de l'intérêt majeur de nos concitoyens pour ces questions. Les résultats de la consultation montrent clairement que le frein principal reste financier. C'est un point important, mais il ne doit pas masquer le fait que le désir d'enfant demeure fort. Il faut combiner soutien matériel et accompagnement des familles pour que la grossesse et la naissance soient vécues dans les meilleures conditions possibles.

L'ONSSF propose à cet égard plusieurs pistes concrètes : mettre à jour et appliquer la proposition de révision des décrets de 1998 relatifs à la périnatalité en vue de sécuriser les parcours, sanctuariser les effectifs dans les maternités même en période de baisse de la natalité, réinvestir dans la prévention, la protection maternelle et infantile, les consultations pré- et post-natales, assurer la continuité ville-hôpital et repenser l'offre de soins dans les territoires pour éviter les déserts périnataux, comme le demandaient les conclusions de la mission d'information sénatoriale. Vos travaux sur la baisse de la natalité mettent également en lumière cet enjeu majeur. La démographie ne peut justifier une réduction de la qualité des soins. Les sages-femmes sont prêtes à agir, mais il faut renforcer l'organisation actuelle, la prévention et les effectifs pour que chaque femme et chaque famille bénéficient d'un accompagnement sûr et de qualité. Les conclusions de votre mission d'information peuvent orienter concrètement l'avenir de la périnatalité en France.

M. Jérémie Patrier-Leitus, rapporteur. Nous sommes très heureux de vous accueillir dans cette mission d'information. Comme vous l'avez rappelé, les sages-femmes jouent un rôle important dans la vie des mères, des femmes et des couples, tant en matière de parentalité que de natalité.

Compte tenu des échanges que vous avez avec les sages-femmes et les Français, comment qualifieriez-vous, de façon empirique, la baisse de la natalité ? Nous y voyons pour notre part un désir d'enfant empêché. Rencontrez-vous beaucoup de femmes et de couples qui mettent du temps à mettre en œuvre leur projet d'enfant, qui y renoncent pendant un temps avant de le reprendre ? Que pouvez-vous nous dire depuis la place qui est la vôtre ? Il est beaucoup question, en particulier, d'inquiétude et d'anxiété.

Par ailleurs, comment la baisse de la natalité – les chiffres sont assez vertigineux – affecte-t-elle votre profession ? Vous avez dit qu'il y avait assez de sages-femmes pour avancer sur les questions de sécurité dans les maternités. Néanmoins, si l'indice de fécondité, qui est désormais de 1,58 ou 1,59 enfant par femme, ne remonte pas, n'y a-t-il pas trop de sages-femmes ?

S'agissant des maternités dans les zones rurales, on entend beaucoup de choses contradictoires. Des médecins et des sages-femmes disent qu'une maternité où il n'y a pas assez d'accouchements pose des questions de sécurité. On a fermé certaines structures pour ce motif dans ma circonscription, mais vous avez l'air de dire qu'on a désormais assez de sages-femmes pour garantir malgré tout des niveaux de sécurité importants. J'aimerais creuser cette question qui n'est pas anodine, parce que les fermetures de maternités représentent des drames humains dans les territoires ruraux et ont un impact important en matière d'accès aux soins. J'avoue que ma position a évolué depuis que j'en ai discuté avec des médecins et des sages-femmes, mais votre son de cloche semble un peu différent.

Mme Caroline Combot. J'ai une activité libérale en plus de mes responsabilités syndicales et j'ai encore eu l'occasion, récemment, d'échanger avec des couples au sujet de votre première question. Nous vivons une évolution sociétale très marquée. L'accès à l'information est très développé, ce qui est heureux, et les futurs parents se posent énormément de questions à cause de l'injonction à vivre une grossesse parfaite, à avoir un enfant parfait. Quand on envisage de fonder une famille ou de l'agrandir, on a une sorte d'angoisse, je l'ai dit, qui porte sur le volet médical, le parcours de grossesse. On se demande si on n'aura pas un pépin et si on ne va pas se retrouver avec un enfant ayant des difficultés. La question de l'évolution du confort de vie se pose aussi, puisque la plupart du temps les deux membres d'un couple ont désormais une activité professionnelle. C'est tant mieux, mais les modes de garde

sont de ce fait devenus une problématique importante. Je crois d'ailleurs savoir que cela vous a fréquemment été rapporté lors de vos auditions.

Tout cela conduit à une ambivalence. On a un désir de grossesse, d'enfant, mais aussi un côté raisonnable qui finit par l'emporter. On se demande si c'est le bon moment et si tout va bien se passer. Les gens se posent énormément de questions. Par ailleurs, on a maintenant la chance de choisir d'avoir des enfants quand on veut et si on veut. Je ne mets absolument pas cela en cause, bien sûr, mais il est devenu difficile de sauter le pas, de se lancer dans son projet de bébé. Cela me frappe tout particulièrement, moi qui commence à devenir une vieille sage-femme : je ne le ressentais peut-être pas quand je m'occupais des générations précédentes.

En ce qui concerne l'activité des sages-femmes, rassurez-vous : nous avons plein de travail. Comme vous le savez, notre champ de compétences est très vaste. Il inclut notamment, depuis 2009, des actions de gynécologie de prévention. Nous accompagnons dans leur parcours de santé génésique des femmes qui ne veulent pas d'enfants, et peuvent donc souhaiter des contraceptifs, ainsi que des femmes qui choisissent de ne pas garder un enfant. Nous avons en la matière un triste record : ce sont les sages-femmes qui accompagnent, en France, la majorité des femmes ayant recours à l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse en ville. Les sages-femmes se sont emparées en 2016 de cette compétence qui est exercée d'une manière très diffuse par l'ensemble des professionnels de ville. Beaucoup de sages-femmes ont ainsi demandé à conclure une convention avec un établissement de santé pour accompagner, en toute bienveillance, des femmes qui font ce choix.

Au-delà de l'activité libérale, je crois savoir que des repositionnements ont lieu dans les maternités afin de continuer à coller aux ratios en vigueur. S'il y a trop de monde dans les salles de naissance, on fait des consultations, notamment gynécologiques, ou on exerce d'autres activités. D'après nos retours, les effectifs globaux restent à peu près constants. Le motif d'insatisfaction des sages-femmes est que la diminution des effectifs dans les salles de naissance les conduit à suivre en même temps trois à cinq femmes en travail alors qu'elles avaient précédemment retrouvé une qualité d'accompagnement correct.

Le troisième volet de vos questions concernait la dimension territoriale et la fermeture de maternités. J'ai tendance à être un peu mi-figue mi-raisin sur ce point. Nous avons tous en tête la problématique de la sécurité des soins. Il y a néanmoins des petites maternités où les choses se passent très bien parce que leurs équipes sont partagées avec de grosses structures. L'entretien des compétences est donc là. Il existe en revanche de plus grosses maternités réalisant 1 000 naissances par an mais qui ne tournent qu'avec des équipes occasionnelles. Dans ce cas, la sécurité des soins est-elle au rendez-vous ? Il faut aussi se poser cette question.

S'agissant de la profession de sage-femme, l'activité libérale a connu une très forte hausse ces dernières années. Actuellement, 8 000 sages-femmes sur 24 000 sont installées en ville et les dernières données de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) montrent que leur répartition territoriale est très homogène. Cela permet aux patientes de trouver à proximité de chez elles des sages-femmes qui peuvent assurer un suivi gynécologique ou un suivi de grossesse et ensuite les orienter vers un plateau technique. Les liens sont très fluides entre la ville et l'hôpital, ce qui est une chance pour les parcours de périnatalité. Nous nous connaissons tous – c'est un petit milieu –, ce qui permet d'orienter très facilement les patientes. Nous essayons de travailler en binôme avec nos confrères de la PMI, dont vous connaissez les difficultés, pour orienter les bonnes personnes au bon moment, dans les bonnes situations, afin de sécuriser les parcours.

J'insiste à nouveau sur l'accompagnement des familles dans sa dimension psycho-affective, en plus de la dimension médicale, au niveau territorial. La naissance en plateau technique doit être un moment du parcours bien préparé et sécurisé, parce qu'on se connaît. Mine de rien, le fait de pouvoir dire aux gens qu'ils vont rencontrer telle personne qu'on connaît bien et qu'elle va bien s'occuper d'eux, cela rassure. On récupère ensuite les gens en post-partum, toujours au niveau territorial.

Je souscris complètement aux conclusions de la mission d'information sénatoriale. La question n'est pas tant de savoir s'il faut des petites, des moyennes ou des grandes maternités – ces dernières étant d'ailleurs un autre sujet – que de voir où, s'agissant de la répartition territoriale, il faut mettre les moyens. On peut ainsi se demander, en fonction de l'endroit où on se trouve et de l'offre de soins aux alentours, s'il ne vaut pas mieux renforcer et sécuriser une petite maternité ayant des équipes aguerries plutôt que de maintenir à tout prix une autre maternité qui a peut-être une activité un peu plus importante mais qui se situe à proximité immédiate d'un autre centre. Il s'agirait, en fait, d'avoir une répartition un peu plus harmonieuse dans les territoires en fonction des problématiques démographiques mais aussi d'accessibilité, parce qu'il existe des zones, notamment montagneuses, où l'accès aux soins est plus difficile. Pour moi, la question n'est pas de savoir s'il faut une petite ou une grosse maternité, mais quelle expérience d'équipe il y a, quels professionnels on réussit à motiver pour aller dans la structure et de quelle manière on peut sécuriser l'ensemble du parcours.

M. Jérémie Patrier-Leitus, rapporteur. J'aimerais connaître votre avis de professionnelle de santé sur les différents types de congés – de maternité, de paternité et parental – car ils soulèvent des enjeux contradictoires. Le congé parental permet au parent qui le souhaite de rester avec son enfant. Toutefois, si l'on veut éviter que la mère ne devienne le parent principal, la présence du père est nécessaire pour accueillir l'enfant aux côtés de la mère. Faut-il pour cela rendre le congé de paternité obligatoire ? Certains nous mettent en garde contre une telle obligation, craignant qu'elle ne contribue à aggraver des situations de violence au sein des familles ou encore à éloigner les femmes du marché de l'emploi.

Nous naviguons entre ces deux visions, raison pour laquelle j'aimerais savoir ce que vous pensez d'un congé de paternité qui serait rendu obligatoire ou d'un congé de maternité plus long. Quel est votre regard également sur le congé parental ?

Mme la présidente Constance de Pélichy. Quelle place occupent les pères lorsque vous rencontrez des patientes : est-ce qu'ils s'impliquent ? La préparation à la naissance est-elle suffisamment étoffée ou faut-il envisager d'augmenter le nombre de séances pour inclure un accompagnement à la parentalité allant au-delà de l'accouchement à proprement parler ? Les pères sont-ils présents ? Quel est l'état psychologique de vos patientes quand elles reviennent vous voir au cours du post-partum ? Toutes ces interrogations complètent la question du rapporteur sur les congés.

Mme Caroline Combot. Il est difficile de répondre à ces questions. Certains co-parents sont très investis, d'autres beaucoup moins.

Je ne suis pas forcément favorable à l'instauration d'un congé de paternité obligatoire. En revanche, il conviendrait de faciliter les démarches afin de permettre à un maximum de pères ou de co-parents d'être présents auprès des mères. Nous avons affaire à différents modèles de fonctionnement familial : parfois, le papa est présent physiquement mais absolument pas aidant – c'est un enfant supplémentaire à la charge de la mère. À l'inverse, certains papas sont très investis.

Je fais le lien avec la préparation au temps du post-partum. La naissance suit un parcours très médicalisé, parce qu'elle est vue comme étant très à risque. En conséquence, les parents sont entièrement focalisés sur cette étape ; la période qui suit n'est pas le sujet. Les séances de préparation à la naissance sont proposées quand les mamans sont disponibles, c'est-à-dire le plus souvent pendant le congé de maternité, en fin de grossesse, lorsqu'elles sont concentrées sur la naissance.

En revanche, si je commence beaucoup plus précocement à proposer des temps d'échanges et de rencontres, les premiers sujets que ma patientèle évoque concernent la préparation matérielle de l'accueil de l'enfant. On peut aborder beaucoup plus de sujets quand l'échéance de la naissance est encore lointaine. Ainsi, pour aider la majorité des parents à se préparer à l'après, il conviendrait de leur proposer un véritable étayage tout au long de la grossesse, plutôt que de multiplier les séances à la fin, quand les mères sont disponibles.

J'irai encore plus loin, même si cela ne répond pas complètement à votre question. Nous sommes confrontées à une autre problématique : les mamans, notamment en début de grossesse, sont excessivement fatiguées et sont souvent arrêtées. Pourtant, il leur est difficile de choisir entre s'arrêter parce qu'elles n'en peuvent plus physiquement, ou continuer à travailler parce qu'elles ont une conscience professionnelle. Pour essayer de les maintenir dans l'emploi, il faut leur offrir la possibilité de travailler à temps partiel, de recourir davantage au télétravail quand c'est possible ou encore d'opter pour une cessation progressive d'activité. Cela leur permettrait de libérer du temps pour se préparer à l'arrivée de l'enfant en se rendant aux différents rendez-vous qui jalonnent le parcours, et permettrait peut-être aussi aux papas de les accompagner en fonction de leurs disponibilités. Elles se prépareraient ainsi de façon plus progressive à l'arrivée de l'enfant, sans avoir à choisir entre travailler ou s'arrêter. Certaines femmes ne se sentent pas si mal que cela et il leur est parfois compliqué de cesser totalement le travail à un stade précoce de la grossesse.

En ce qui concerne le temps de disponibilité, plus on ouvre la porte, mieux c'est. Certaines femmes auront envie d'accompagner leur enfant à domicile en étant présentes le plus souvent possible, surtout si elles ont d'autres enfants non scolarisés ; d'autres souhaiteront reprendre rapidement le travail. Plus nous serons équitables dans les modèles proposés à l'homme et à la femme, moins nous connaissons de problèmes de rupture dans le parcours de l'emploi. Je n'ai pas une réponse toute faite à vous proposer car c'est un sujet compliqué.

Mme la présidente Constance de Pélichy. Vous touchez du doigt la principale difficulté. On sait très bien que reprendre le travail à dix semaines de vie de l'enfant, ce n'est dans l'intérêt de personne, physiologiquement et psychologiquement. C'est extrêmement compliqué. Nous cherchons donc à déterminer quel est le meilleur mécanisme pour les parents et surtout pour l'enfant, sans pénaliser la mère dans sa carrière ou sans l'éloigner durablement de l'emploi, et dans lequel le père trouve toute sa place. C'est pourquoi nous nous interrogeons sur l'obligation du congé pour le père, qui pourrait, de manière un peu forcée, faire évoluer le monde de l'entreprise. Dans certains milieux, il n'est pas compliqué de prendre un congé de paternité, mais l'on sait que dans d'autres, si un père ose le demander, soit il passe pour un tire-au-flanc, soit il n'est pas considéré comme un vrai mec.

Par ailleurs, cela peut jouer un rôle dans la lutte contre les violences intrafamiliales. On sait que le lien d'attachement se crée le plus fortement dans les premières semaines. La présence du père auprès de son enfant dans cette période diminue le risque de violences – sans le supprimer – et agit de manière un peu préventive. Telles sont les raisons du dilemme que

nous éprouvons, tant sur la liberté ou non de prendre ce congé que sur sa durée et son indemnisation.

Concernant les séances d'accompagnement à la parentalité, je me pose la question de les rendre obligatoires, pourquoi pas pendant la période du post-partum. C'est en effet au cours de cette période que l'on est confronté à des difficultés qu'on n'avait pas forcément envisagées pendant la grossesse, ou lorsqu'on projetait seulement d'avoir un enfant. Ce serait aussi une manière de détecter des situations de dépression qui sont parfois difficilement verbalisables et que certains parents cherchent à cacher à leur entourage. Le suicide reste la première cause de mortalité maternelle : nous avons le devoir collectif de mieux accompagner les mères.

Pour aller plus loin, avez-vous observé une évolution des questionnements des parents après le premier enfant, notamment sur le congé et sur le post-partum ? Certains ont-ils renoncé à un deuxième enfant parce que l'arrivée du premier avait été trop compliquée – financièrement, psychologiquement, du point de vue de la reprise du travail ou encore de la conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle ? Le congé peut-il constituer une incitation à la natalité, ou estimez-vous au contraire que, s'il est important pour le bien-être de l'enfant, il ne change rien en ce qui concerne la natalité ? Comment les parents que vous suivez se projettent-ils dans une parentalité supplémentaire ?

Mme Caroline Combot. Nous recevons beaucoup de témoignages de parents qui ne pensaient pas que ce serait aussi difficile. Parfois, la reprise du travail est comme une bouffée d'oxygène ; ils retournent à une vie normale. Toutefois, c'est au moment où cela commence à aller mieux qu'ils retournent au travail : cela suscite beaucoup de questionnements sur l'arrivée d'un autre enfant, qui signifie repasser par un tunnel compliqué. Les spécialistes en sociologie, dont je ne fais pas partie, considèrent que le co-parent – père ou deuxième mère – joue un rôle très spécifique d'accompagnement et de soutien de la dyade mère-enfant. Or, bien souvent, on se rend compte que certains co-parents plongent en même temps que la maman et le bébé, et vont très mal eux aussi. C'est donc le trio qu'il faut soutenir.

Dans ce but, des entretiens postnataux ont été mis en place ; nous intervenons de façon ponctuelle, il y a les consultations médicales avec le bébé, etc. L'étayage doit être le plus simple possible, avec des aides ménagères, des techniciens de l'intervention sociale et familiale (TISF), des personnes qui peuvent venir soutenir matériellement les parents – c'était autrefois le rôle des familles. Toutes les familles ne sont pas forcément disponibles pour aider le couple parents-enfant. C'est pourquoi il faut absolument préparer en amont la période du post-partum, notamment pour soutenir le père – s'il va aussi mal que la mère, on ne va pas s'en sortir.

Si la reprise du travail apporte une véritable bouffée d'oxygène à certains parents, elle est synonyme de complications supplémentaires pour d'autres. Les horaires atypiques pratiqués dans certains secteurs – notamment le milieu hospitalier – nécessitent de trouver des modes de garde adaptés, ce qui s'avère très compliqué. Le volet financier a donc toute son importance : si toute la rémunération de l'un des deux membres du couple sert à financer le mode de garde de l'enfant, le choix est rapidement fait de renoncer à travailler, le plus souvent au détriment des mères et de leur évolution de carrière puisque ce sont souvent elles qui restent auprès de l'enfant. Pour les papas, il faut rendre bénéfique le fait de rester auprès des femmes ; cela suppose de les accompagner pour anticiper cette période avec eux.

Mme la présidente Constance de Pélichy. J'en viens à une question qui n'a pas encore été abordée : la procréation médicalement assistée (PMA). Les sages-femmes ne sont pas du tout impliquées dans les parcours de PMA, leur rôle se limitant à orienter les patientes

vers le bon professionnel de santé. Face à l'embolie des centres de PMA, pensez-vous que les sages-femmes pourraient apporter une aide aux gynécologues obstétriciens dans le suivi et le parcours des patientes, notamment pour la réalisation d'actes d'imagerie et d'échographies, qui seraient bien entendu interprétés à distance par des gynécologues spécialisés en santé reproductive ? Y a-t-il une place à imaginer pour les sages-femmes dans les parcours de PMA ?

M. Jérémie Patrier-Leitus, rapporteur. J'ajoute une dernière question sur le logement. Je fais appel à votre regard d'accompagnatrice et d'observatrice de la vie des parents. On dit beaucoup que le logement constitue un frein à la natalité. Êtes-vous confrontée au quotidien à des familles dont le logement n'est pas assez grand, ou pas adapté ? Cela joue-t-il un rôle dans les arbitrages des couples sur le fait d'avoir un enfant ?

Selon Serge Hefez, que nous avons auditionné, nous sommes très loin des aventuriers des temps modernes, c'est-à-dire de parents qui se lancent dans l'aventure de manière un peu inconsidérée. Il évoque plutôt une négociation intérieure, un arbitrage très rationnel reposant notamment sur la taille de l'appartement. Percevez-vous également ces questionnements dans votre pratique ?

Mme Caroline Combot. Je répondrai tout d'abord à la question de M. le rapporteur. Si le logement n'est pas un sujet prégnant dans nos provinces, les contraintes matérielles existent. Il y a quelques années, les couples attendaient d'être bien installés dans leur vie professionnelle et d'avoir une situation financière confortable avant de se lancer dans un projet de parentalité. Désormais, la question de l'adéquation du logement s'ajoute à celle de la situation professionnelle, ce qui n'était absolument pas le cas auparavant – la recommandation de faire dormir le nouveau-né dans la chambre des parents jusqu'à l'âge de 6 mois laissait le temps de se réorganiser. L'accès au logement est plus compliqué dans les grandes villes qu'en province, mais la notion de foyer, au sens du bâti, a toute son importance dans le cheminement vers la parentalité.

En ce qui concerne l'accompagnement à la procréation médicalement assistée, les sages-femmes sont de plus en plus présentes dans les services de PMA. Des formations spécifiques et des diplômes universitaires leur sont proposés. Leur rôle est d'étayer les parcours en faisant de l'imagerie, les comptages folliculaires, les échographies, en orientant sur l'adaptation des traitements hormonaux le cas échéant, etc. C'est le volet d'accompagnement du parcours de soins qu'elles mettent en avant. De ce fait, elles sont souvent le point de repère puisque ce sont elles qui ont les futurs parents au téléphone pour leur donner des explications sur les différentes étapes. Elles sont désormais très présentes dans les services. Beaucoup d'entre elles se forment à l'échographie gynécologique pour assurer le comptage folliculaire – celui-ci soulève en effet un problème de disponibilité car il faut être là un jour précis pour le réaliser – et même à l'échographie diagnostique.

J'en profite pour aborder un sujet très important pour nous : la méconnaissance qu'ont les femmes de leur corps. Expliquer aux femmes comment fonctionne leur corps, quels sont les signes des différentes étapes du cycle, etc., sont des sujets que les sages-femmes et les professionnels de la PMA évoquent tous les jours. À l'heure de l'outil numérique, il existe des applications qui calculent tout et envoient des alertes au moment opportun mais, finalement, les femmes ne savent pas observer ce qui se passe dans leur corps, parce qu'on ne leur a pas appris.

Avant même de parler de contraception et des risques que l'on encourt à avoir une sexualité, l'éducation à la vie affective, reproductive et sexuelle – expliquer que l'on a tel signe au moment des règles, tel autre au moment de l'ovulation – règle déjà beaucoup de problèmes

en matière de fertilité. Informer les femmes de tous âges sur le fonctionnement de leur corps, notamment quand elles souhaitent faciliter leur fertilité, fait partie de nos missions.

Mme la présidente Constance de Pélichy. Il est vrai que la méconnaissance du sujet de la fertilité, notamment de la baisse de la fertilité en fonction de l'âge non seulement des femmes mais aussi des hommes, a souvent été évoquée au cours des auditions. Vous avez un rôle pédagogique important à jouer dans le suivi de vos patientes, en particulier en ce qui concerne les risques éventuels de reporter des projets d'enfants.

Je vous remercie beaucoup pour votre présence. Elle est très précieuse car les projets d'enfants passent presque toujours, à un moment ou à un autre, par une sage-femme.

La séance s'achève à dix-sept heures cinquante-cinq.

Membres présents ou excusés

Présents. – M. Jérémie Patrier-Leitus, Mme Constance de Pélichy