



HAL
open science

Les sages-femmes en France

Philippe Charrier

► **To cite this version:**

| Philippe Charrier. Les sages-femmes en France. 2010. ⟨halshs-00553654⟩

HAL Id: halshs-00553654

<https://shs.hal.science/halshs-00553654v1>

Preprint submitted on 7 Jan 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

LES SAGES-FEMMES EN FRANCE

- SYNTHÈSE -

PHILIPPE CHARRIER

UNE QUESTION DE RECONNAISSANCE SOCIALE ET PROFESSIONNELLE

L'objectif de l'enquête était de comprendre pourquoi les sages-femmes se sentent globalement reléguées, méconnues et non reconnues. Cette profession traverse de profondes mutations depuis une vingtaine d'années, ce qui semble fragiliser l'identité professionnelle et provoquer des questionnements sur la mission de la sage-femme.

Après une série de recherches sur les hommes dans la profession (Charrier, 2004 et 2007), notre ambition dans cette étude est de contribuer à mieux connaître les sages-femmes. Cette connaissance est nécessaire et primordiale pour répondre dans un second temps et de manière sociologique à la problématique. Nous sommes convaincus que si la reconnaissance professionnelle des sages-femmes peut être accrue, ce ne peut être qu'à la suite d'un travail de réflexion profond des sages-femmes sur leur activité, leur rôle et leur place dans la naissance.

L'ENQUÊTE

L'étude se base sur une enquête quantitative de grande envergure qui a permis de recueillir 811 questionnaires. L'échantillon ainsi formé concerne 1 sage-femme française sur 23. Compte-tenu des moyens à disposition, nous avons opté pour un échantillonnage mettant au cœur la région administrative. Ainsi, le choix s'est porté sur les régions Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Franche-Comté et Auvergne. Ces quatre régions ont le mérite de fournir des configurations sociales, démographiques, économiques et géographiques très diverses. Ainsi, nous étions sûrs de toucher des sages-femmes travaillant et vivant dans de grands centres urbains, mais aussi dans des milieux ruraux et des espaces intermédiaires. De même, ces régions offrent une diversité en termes de structures de travail, notamment concernant les sages-femmes hospitalières, puisque tous les niveaux de maternités sont amplement représentés. Enfin, la présence des sages-femmes libérales, même si elle n'est pas toujours équilibrée entre les territoires, est constamment présente.

Le questionnaire développe 8 parties :

- Eléments intervenant avant l'entrée dans la carrière (choix professionnel, formation à l'École de sages-femmes, etc. ;
- Carrière, passée et actuelle ;
- Activité de la sage-femme ;
- Compétences de la sage-femme.
- Présence des hommes sages-femmes au sein de la profession ;
- Implication professionnelle de la sage-femme (adhésion à un syndicat, participation à la grève de 2001) ;
- Perception de l'avenir, tant du point de vue personnel que du groupe professionnel et débats contemporains (maisons de naissance, place des techniques dans le travail).
- La dernière partie correspond à la « fiche signalétique », à savoir des informations socio-démographiques (année de naissance, le nombre d'enfants, etc.).

PROFILS DES SAGES-FEMMES

Age et ancienneté

La moyenne d'âge des sages-femmes interrogées est d'un peu plus de 39 ans (39,18) ce qui est légèrement inférieur à la moyenne nationale qui se situe autour de 42 ans (42,1) (DRESS, 2009), mais est très proche de celle recueillie lors de l'enquête de 2004 (Midy, Condinguy, Delamaire, 2005). La répartition en fonction des régions explique pour beaucoup cette différence et par conséquent minimise les biais qui pourraient être induits par l'échantillon recueilli. Les deux régions Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte-d'Azur possèdent un profil de classes d'âge assez proche de la moyenne des statistiques nationales. Cependant, on peut être étonné par le taux de 7,5 % de sages-femmes de plus de 60 ans relevé dans les statistiques de la DRESS, alors que cette classe d'âge ne représente qu'au mieux 2,5 % (en PACA) dans notre échantillon. Sans doute existe-il un biais à la source, puisque les fichiers ADELI (qui alimentent les statistiques de la DRESS) se basent sur les déclarations des intéressées. Or, il n'est pas exclu qu'un bon nombre de sages-femmes se perçoivent encore sage-femme alors qu'elles ont cessé leur activité et qu'elles tardent à se désinscrire de ce fichier¹.

L'ancienneté moyenne est de 15,7 ans². On note une répartition plutôt homogène dans le sens où la classe la plus importante ne regroupe que 20% des sages-femmes et la plus faible 9,6%. Cet écart montre que les recrutements sont assez constants, même s'ils s'accroissent depuis 5 ans environ. Une dynamique de rajeunissement est en cours depuis la seconde partie des années 1980, les sages-femmes qui ont entre 20 et 25 ans d'ancienneté étant les moins représentées dans notre échantillon. En tant que profession réglementée, on voit à l'œuvre les conséquences de la baisse du *numerus clausus* durant ces années. Si on se réfère à l'évolution de ce dernier³, on observe aisément une réduction des effectifs qui commence à être enrayée à partir du début des années 1990, pour connaître ensuite une augmentation considérable et régulière depuis lors.

La situation familiale assez commune

Un peu plus de $\frac{3}{4}$ des sages-femmes interrogées vivent en couple (76,1%). Ce taux est supérieur à celui constaté par l'INSEE pour l'ensemble de la population dans les régions Rhône-Alpes, PACA et Auvergne (entre 61,9 et 71,9 %) et quasi semblable avec celui de la Franche-Comté (entre 72 et 73,2 %)⁴. Il semble que les sages-femmes aient donc une plus grande propension à vivre en couple que le reste de la population. Cependant, notre échantillon ne concerne que des femmes âgées de 24 ans à 66 ans. Si l'on affine l'analyse en fonction des classes d'âges, on peut voir apparaître des disparités. Si d'un point de vue général **il se confirme que les sages-femmes vivent plus souvent en couple que l'ensemble des françaises**, ceci est d'autant plus marquant dans les classes d'âge les plus jeunes (âgées de moins de 45 ans) où les écarts sont parfois supérieurs de plus de 10 points. A l'inverse, les sages-femmes les plus âgées sont nettement moins en couple que les françaises du même âge. Ceci s'explique sans doute par un effet de génération.

On peut se demander quelle est la part de célibat volontaire chez ces sages-femmes ? Parmi les celles âgées de plus de 50 ans, qui sont au nombre de 161, 23 sont célibataires, autant sont

¹ F. Midy, S. Condinguy et M.-L. Delamaire constatent eux aussi la surreprésentation des jeunes sages-femmes et la sous-représentation des plus anciennes, tout en attribuant la cause à la méthode de recueil des fichiers ADELI.

² Il s'agit donc de l'ancienneté totale dans la profession et ne préjuge en rien des périodes d'inactivités (à la suite de la naissance des enfants par exemple).

³ <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/dossiers/demographie/demo1.htm>

⁴ Source Insee : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=ip1281#inter4

divorcés et 5 sont veuves. Autrement dit, un peu moins de la moitié des sages-femmes les plus âgées ne vivant pas en couple au moment de l'enquête, ont un profil de femmes célibataires. On peut raisonnablement penser qu'elles ont choisi ou suivi un parcours de femmes célibataires. Mise à part ces nuances, les sages-femmes interrogées vivent une situation familiale assez comparable au reste de la population féminine.

Un rapport à la fécondité hétérogène entre les générations mais qui tend à se normaliser

La moyenne d'enfant par sage-femme est de 1,55. C'est un taux apparemment faible doit être relativisé puisque bon nombre des sages-femmes n'ont pas commencé ou terminé leur vie procréative. En comparaison, sur un échantillon portant sur des femmes françaises du même âge, le taux de fécondité est de 1,34 enfant par femme. Si l'on extrait les sages-femmes qui n'ont pas d'enfants (dont 83,3 % sont âgées de moins de 30 ans), la moyenne passe à 2,22 enfants par femme soit un peu plus que la moyenne nationale (2,1).

Ce taux de fécondité n'est pas excessivement élevé ; la sage-femme ne forme pas souvent une famille nombreuse comme le voudrait l'image d'Epinal. Rappelons aussi que la tradition voulait que les sages-femmes s'abstiennent de procréer pour mieux se consacrer à leur profession (Gélis, 1984, Laget, 1992).

Pour en savoir plus sur la fécondité des sages-femmes, nous ne pouvons raisonner sûrement qu'à partir de celles dont on peut penser qu'elles ont terminé leur vie procréative. On relève un taux de 2,2 enfant par sages-femmes pour les sages-femmes de plus de 50 ans, soit légèrement supérieure à la moyenne nationale. Pour les sages-femmes de la classe d'âge 40/49 ans, femmes qui n'ont pas clôturée cette vie procréative mais dont on sait que le nombre d'enfants à venir sera très limité, la moyenne est de 2,4. Pour les 30/39 ans, sages-femmes situées en pleine phase procréative, le taux est de 1,6.

En comparaison avec l'ensemble des françaises, comment se situent les sages-femmes ? Le rapprochement est instructif. Les sages-femmes nées entre 1944 et 1954 se démarquent nettement par leur propension à avoir moins d'enfants que l'ensemble des françaises nées dans cette décennie. Il s'agit là de la génération qui a connu Mai 68 et l'émergence des mouvements féministes, les changements sociaux qui ont émaillé les années 1970. Pour les générations qui suivent l'écart est supérieur au taux de fécondité national, mise à part celles nées entre les 1980-84, mais l'écart est trop faible pour être le signe d'un retournement de tendance. Surtout, on constate que **l'écart de comportement en termes de fécondité entre les sages-femmes et le reste de la population féminine française tend à s'amenuiser au fil des générations.**

A l'évidence, si sur l'ensemble de l'échantillon, les sages-femmes ont tendance à avoir un peu plus d'enfants que la moyenne, le penchant observée notamment chez les nouvelles générations conduit à un profil de fécondité comparable au reste de la population française. Sur ce point, tout se passe comme les sages-femmes se conformaient progressivement à la norme.

Les revenus

La question des revenus de la sage-femme fait régulièrement débat. Les sages-femmes ont souvent le sentiment de ne pas être rémunérées à la hauteur de leur niveau de formation, de leurs prestations, de leurs compétences et de leurs responsabilités.

Le salaire des sages-femmes est situé dans la fourchette plutôt haute des salaires féminins : le salaire médian féminin en France en 2007 se situe à 1206 € par mois. Le salaire médian chez les sages-femmes est de 1910 € par mois selon l'INSEE⁵. Comparativement, ce niveau de

⁵ Source : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATSEF04119. Notons qu'en matière de salaire l'INSEE classe les sages-femmes avec les infirmiers. Il s'agit de rémunérations nettes.

rémunération médian rapproche plus les sages-femmes des métiers de techniciens, d'agents de maîtrise et d'attachés commerciaux qui n'exigent pas nécessairement un niveau de formation à bac +4 ou 5. On se situe aussi, bien loin du salaire médian des médecins salariés et assimilés (3200€). Selon les déclarations des sages-femmes de notre enquête, 43,5 % ont un salaire supérieur à 2000 € par mois, proportion qui passent à 51,9 % pour celles travaillant à temps plein.

Si l'on tente d'établir une moyenne des salaires de notre échantillon (quelle que soit la quotité de travail) en prenant le salaire moyen dans chacun des intervalles, on obtient une **estimation du salaire moyen net de 1723 €**

Les différences de revenus sont avant tout liées au mode d'activité et à l'ancienneté. La quotité de travail intervient, quant à elle, de manière partielle.

L'origine sociale des sages-femmes : une diversité qui s'amenuise

Le nombre de sages-femmes a cru de manière particulièrement remarquable : +28% entre 2001 et 2009. Il n'est donc pas surprenant que le profil en termes d'origine sociale ait connu des modifications.

Un basculement important s'opère avec le recrutement des générations nées après 1980. Les ascendances familiales, tant paternelles que maternelles, montrent que le recrutement des sages-femmes, c'est-à-dire les professions et catégories sociales d'où sont issues les sages-femmes, ne se réalise plus dans les mêmes milieux. La **tendance à une plus forte présence des catégories socio-professionnelles supérieures** est certes en lien avec l'augmentation du niveau d'exigence scolaire pour intégrer la formation (passage à 4 années de formation et intégration *via* la PCEM1) ; cependant, les évolutions dans les modes de recrutement sont légèrement postérieures à ces changements professionnels. Qui plus est, l'évolution de la structure sociale globale n'explique pas à elle seule ces transformations, notamment le fait que 40 % des sages-femmes de moins de 30 ans ont un père qui exerce un métier de cadre, d'ingénieur ou une profession intellectuelle supérieure.

De plus, **la diversité du recrutement chez les sages-femmes est moins présente qu'auparavant**. On observe une orientation assez nette vers un recrutement auprès de « jeunes » issus de famille exerçant au sein des professions intermédiaires, des cadres et ingénieurs, ainsi que des professions intellectuelles supérieures. Cela justifie la nécessité de posséder un certain « bagage » à l'entrée des écoles des sages-femmes et assoie l'idée que cette formation est assimilable à un niveau de formation universitaire supérieur.

COMMENT EXPLIQUENT-ELLES LEUR CHOIX PROFESSIONNEL ?

Trois modalités d'explication du choix professionnel recueillent plus de 72 % des réponses et un peu plus de 77 % des répondantes : « par vocation » (40%), « parce que c'est une profession médicale » (44%) et « par intérêt pour la naissance et/ou les enfants », cette dernière étant la plus représentée (60 %). De ce fait, les autres modalités de réponses demeurent plus marginales : « le hasard » (20%), « par défaut » (14 %) et « pour travailler en milieu hospitalier » (pour 12%). Enfin, les deux dernières modalités sont notées pour seulement par 4% et 5% respectivement des sages-femmes interrogées : « travailler dans en libéral » et « exercer dans une profession de femmes ».

L'idée d'une moindre vocation chez les plus jeunes est largement remise en cause par les données recueillies, puisque cette explication du choix est mobilisée à hauteur d'environ 20 % chez toutes les générations de sages-femmes.

L'évocation d'une insertion dans cette profession « par défaut » est plus nettement marquée chez les moins de 30 ans, constat attendu puisqu'elles ont connu le passage par la première année de médecine instauré en 2003. Cependant, la proportion est relativement faible (4^{ème} explication en nombre de citations pour cette génération) et elle n'est pas absente chez les plus anciennes générations. Autrement dit, la profession a toujours été alimentée par une minorité de praticiennes n'ayant pas conçu cette activité comme celle principalement recherchée. En fin de compte, c'est surtout l'intérêt pour la naissance, les enfants et le fait de travailler dans une profession médicale qui a motivé les sages-femmes dans leur choix.

Il est intéressant de noter que le choix professionnel est assez peu déterminant pour la suite de l'activité de la sage-femme. Seules celles qui déclarent aujourd'hui avoir choisi cette profession pour son statut médical, pour exercer une activité libérale ou pour travailler dans une structure hospitalière ont tendance à se conformer le plus à cette justification.

Si on ne peut pas affirmer qu'il existe un lien étroit entre des motivations et une génération de sages-femmes, il y en a néanmoins qui se sont écartées de certains modes d'activités dans chacune des générations. Ainsi, pour les sages-femmes de plus de 55 ans, la vocation ou le travail dans une structure hospitalière font peu partie des raisons que les ont poussées vers cette profession. De même, les sages-femmes de 25 à 34 ans laissent de côté le travail en libéral, la vocation et dans une moindre mesure l'intérêt pour les enfants et la naissance pour se concentrer sur le travail en milieu hospitalier ou laisser œuvrer le hasard. De ce fait, s'il n'existe pas d'effets de générations très déterminant, on peut néanmoins constater sur l'ensemble du spectre des motivations proposées par l'enquête que celles-ci suscitent un intérêt variable, tant dans la projection que pour l'exercice réel professionnel, selon les générations de sages-femmes.

L'ACTIVITE DE LA SAGE-FEMME

Que font les sages-femmes en France aujourd'hui ? Quelle est leur principale activité ?

Etre sage-femme ne s'arrête pas à la pratique de l'accouchement même si cet acte demeure au cœur de l'activité professionnelle. De même la réalité professionnelle en termes d'actes réalisés est fortement liée au secteur et mode d'activité.

Parmi les 12 propositions du questionnaire, **l'accouchement physiologique ne vient pas en tête des actes pratiqués** ; il est devancé par 3 autres actes pour près de 80% des sages-femmes. Ce sont « les surveillances de grossesse pathologique » et « les suites de couches » qui apparaissent les tâches les plus pratiquées.

Cette position en retrait de l'accouchement (tant physiologique que pathologique) s'explique par la pratique libérale où l'ouverture de plateaux techniques reste rare, ce qui implique une très faible réalisation d'accouchements dans ce mode d'activité. Le raisonnement est identique pour la surveillance des grossesses pathologiques (notamment à domicile) fortement pratiquée. Cela reconfigure l'image de l'activité de la sage-femme, avec notamment les suites de couches qui prennent une part importante par rapport à l'enquête réalisée en 1993 par F.-X. Schweyer (1996).

Lorsqu'on se penche sur les évolutions des actes pratiqués, il faut noter **la croissance des actes à connotation technique**. Ainsi, la proportion de délivrance artificielle passe de 38 à 45 % et la réinjection lors de l'anesthésie péridurale de 22 à 49 %. Les autres actes ont des proportions trop proches pour conclure à une tendance particulière. Ces constats correspondent sans doute à une adaptation des sages-femmes à des évolutions de pratiques plus larges comme le révèle la réfection d'épisiotomie, acte dont l'exécution est variable selon les périodes.

Il ressort que la sage-femme intervient plus dans le domaine de la pathologie alors que sa compétence se situe avant tout dans le domaine de la physiologie. **Il semble même que la distinction entre eutocie et physiologie soit de moins en moins pertinente.**

La pratique de ces différents actes subit une inflexion en fonction des modes d'activité de la sage-femme. Travailler dans une structure hospitalière publique induit des pratiques distinctes d'une activité en PMI ou encore d'une activité en libéral.

Entre polyvalence et spécialisation : les sages-femmes hospitalières du secteur public

D'une manière générale, les sages-femmes hospitalières du secteur public connaissent une activité professionnelle assez hétérogène.

- D'une part on voit apparaître une **tendance à la spécialisation**. Elle est très nette pour les sages-femmes des Centre Périnataux de Proximité où aucun accouchement ne se déroule. Dans ce cas la sage-femme s'attèle quasi-exclusivement aux suites de couches et à la préparation à la naissance. Cette tendance est aussi à l'œuvre, mais de manière plus nuancée et sous-jacente, dans les maternités de niveau 3. Dans ces structures la sage-femme se spécialise tout autant mais autour de l'acte d'accouchement et délaisse les actes qui lui sont antérieur comme la consultation prénatale et surtout la préparation à la naissance.

- D'autre part, on constate **une polyvalence effective dans les maternités de niveau 1 et 2**. Ici, les sages-femmes réalisent plus d'actes. Mis à part l'échographie, pour laquelle un diplôme spécialisé est nécessaire, pour les sages-femmes de maternité de niveau 1, aucun des 11 actes proposés n'est délaissé puisque pour chacun d'entre eux au moins de 62% des sages-femmes de ces maternités le réalisent.

Cependant, la structure de travail n'est pas le seul élément déterminant l'activité de la sage-femme hospitalière. En effet, **la pratique de l'accouchement tend à s'amenuiser avec l'âge de la sage-femme**. Après 40 ans, la sage-femme tend à ne plus pratiquer d'accouchement. Il s'agit d'un tournant dans la carrière, un moment où la sage-femme atteint 15 à 20 ans de pratique, où les enfants ne sont généralement plus en bas-âges. Cette relation à l'âge laisse transparaître une forme d'intensification du travail qui a cours essentiellement jusqu'à l'âge de 45 ans. Par la suite, les sages-femmes hospitalières réalisent moins d'actes et se dirigent vers une spécialisation, même au sein des structures de niveau 3.

Les sages-femmes hospitalières du secteur privé

D'une manière générale, leur pratique se distingue de celles des sages-femmes hospitalières, même si une certaine polyvalence leur est commune. Les actes les plus pratiqués sont distincts de leurs collègues du secteur public. Leur activité est caractérisée par un ensemble de 4 tâches principales, largement réalisées puisque regroupant toujours plus de 80% d'entre elles : la surveillance de grossesses pathologiques, la participation aux accouchements pathologiques, la surveillance/réinjection de l'anesthésie péridurale et les soins infirmiers. Cela signifie que **ces sages-femmes réalisent plutôt des activités où elles sont en position « d'auxiliaires »** : dans l'accouchement pathologique elles collaborent avec un obstétricien ; il en va de même pour la « réinjection et la surveillance de l'anesthésie péridurale », cet acte étant avant tout celui de l'anesthésiste. La sage-femme hospitalière du secteur privé apparaît un peu moins polyvalente, davantage dans une position d'appoint dans le domaine de la naissance pathologique sans pour autant délaisser l'accouchement physiologique.

Leur pratique dépend également de leur âge mais la corrélation s'avère moins nette que pour les hospitalières du public et surtout intervient plus tardivement, pas avant 45 ans.

Les sages-femmes libérales en voie de diversification

Si ce mode d'activité se développe de manière substantielle depuis le début de la décennie 2000⁶, la logique professionnelle d'accompagnement global n'est pas pour autant mise en place de manière notable. Le nombre de sages-femmes libérales réalisant des accouchements dans ce contexte de travail s'élève à 7% de sages-femmes libérales de l'échantillon. Dans ces proportions, on peut qualifier cette pratique de très minoritaire.

Les pratiques professionnelles des sages-femmes libérales s'enrichissent d'actes qui s'établissent comme des spécialités de ce mode d'activité. C'est le cas particulièrement de la « rééducation périnéale », pratiquée par 61,8% d'entre elles. On constate aussi des diversifications mobilisant des formes alternatives de prise en charge tant du nouveau-né que de la parturiente : accompagnement à l'allaitement maternel, sophrologie, haptonomie, acupuncture, massages du nouveau-né, prestations rarement proposées par les structures hospitalières. Ce foisonnement de nouveaux actes constitue une réponse aux attentes des parturientes mais aussi le signe qu'elles prennent en charge, de manière croissante, l'avant et l'après accouchement. On peut alors se demander s'il n'y a pas là une forme de spécialisation chez les sages-femmes libérales qui deviendraient au fil du temps les référentes du suivi de grossesse et surtout du post-partum. Ce mode d'activité s'il évolue considérablement, demeure assez homogène.

Les autres modes d'activité

Les autres formes d'activités regroupent essentiellement les sages-femmes travaillant dans les PMI, salariées de la fonction publique territoriale et les sages-femmes enseignantes, monitrices et directrice des écoles de sages-femmes. Ces sages-femmes ne pratiquent plus les accouchements, ce qui les oriente de facto vers d'autres fonctions : celles de l'encadrement et l'apprentissage auprès de futures praticiennes et celles d'accompagnement et d'éducation à la parentalité et de protection du nouveau-né.

L'essentiel de leur action porte sur le suivi de la grossesse et parfois sur les suites de couches. Ainsi, lorsque la sage-femme n'a pas de fonction d'accouchement et qu'elle n'exerce pas en libéral, celle-ci semble avoir une forte légitimité dans l'accompagnement à la naissance, qu'il soit physiologique ou défini comme pathologique. De manière détournée, ces sages-femmes rappellent qu'elles ont leur place dans les mois qui précèdent l'accouchement. Cette population, par définition hétérogène, présente en fin de compte assez peu d'éléments distinctifs. De la sorte, on est enclin à penser que **leur activité est intimement liée et même déterminée par leur exercice, sans doute plus fortement leur les hospitalière ou les libérales.** De même, leur activité est globalement moins diverses, du moins potentiellement, et plus liée à une fonction bien définie : protection de l'enfant et de la mère ou enseignement.

⁶ La proportion de sages-femmes installée en libéral est passée de 13,6 % en 2001 à 17,1 % en 2009, soit une augmentation de 60,0% du nombre de sages-femmes libérales alors que dans le même temps elle était de 28 % pour l'ensemble des sages-femmes. Sources : DRESS.

LES PARCOURS PROFESSIONNELS

Diversité des parcours professionnels

La caractéristique principale des parcours professionnels des sages-femmes est leur diversité. Pour les 804 sages-femmes dont nous avons pu recoder le parcours, il en existe 387 différents ; qui plus est, 283 d'entre eux (soit 73%) sont singuliers.

Les 5 parcours les plus fréquents, quel que soit l'âge et l'ancienneté, sont par ordre d'importance :

- un CDD dans un établissement public,
- un CDI dans un établissement public,
- un CDD dans un établissement privé puis un CDI dans un établissement public,
- un CDI dans un établissement public puis un exercice libéral,
- un parcours à 3 étapes, un CDD dans un établissement privé puis un CDD dans un établissement public puis un CDI dans un établissement public.

Cependant ces 5 parcours rassemblent moins de la moitié des sages-femmes répondants à la question. Le parcours le plus fréquent ne concerne que 15,9 % de l'échantillon. C'est un niveau faible dans le sens où il ne traduit pas une tendance nette. Il est pourtant important dans le sens où il est très significatif de la voie d'entrée « classique » dans la profession. Ce parcours est néanmoins le fait des plus jeunes sages-femmes. Les sages-femmes de moins de 15 ans d'ancienneté sont largement représentées dans ce parcours (les 2/3) alors que les sages-femmes possédant plus de 25 ans de carrière sont très rares à avoir connu un tel parcours (6,3%). Celles-ci connaissent des parcours moins complexes que celles récemment embauchées, ce qui peut s'expliquer par un marché du travail plus stable dans les années 1980-90.

Un passage très courant par le Contrat à Durée Déterminée

A propos des types de parcours, un élément se distingue clairement. Conformément à l'évolution du marché du travail, le passage par un CDD est devenu difficilement contournable. En effet, parmi les 5 principaux parcours identifiés 3 débutent par un CDD. Ce passage semble affecter principalement les plus jeunes, puisque si plus des ¾ des sages-femmes de moins de 15 ans d'ancienneté ont suivi ce chemin, il n'a concerné que la moitié des sages-femmes de plus de 25 ans d'ancienneté.

Une diversification liée à l'ancienneté

Une dynamique distingue assez clairement les carrières des plus jeunes (moins de 15 ans d'ancienneté) et des plus anciennes (plus de 15 ans d'ancienneté). Si l'ensemble des effectifs des 5 parcours principaux représente 40,7% des sages-femmes de l'échantillon, leur poids décroît avec l'ancienneté : pour les sages-femmes de plus de 25 ans d'ancienneté, ils ne représentent que 15,8% (d'où des parcours plus diversifiés). Ceci pourrait s'expliquer par l'évolution professionnelle encore en cours chez les jeunes sages-femmes. Or, du point de vue du nombre d'étapes, l'écart entre ces jeunes et anciennes sages-femmes n'est pas net. A titre d'exemple, la proportion de sages-femmes ayant connu 3 étapes professionnelles est étonnamment stable.

Dans les centres hospitaliers publics, de même que dans les cliniques privées, on rencontre principalement des sages-femmes exerçant dans leur 2^{ème} ou 3^{ème} étape professionnelle. Pour ce qui est de l'exercice libéral, il semble que les sages-femmes viennent plus tardivement dans leur carrière à cette forme d'exercice. Seules 5 d'entre elles ont choisi ce mode d'activité comme première étape professionnelle. Par contre, parmi les 153 à l'exercer aujourd'hui, plus d'un tiers

y sont venu après plus de 4 autres étapes professionnelles. Le constat est similaire pour les deux autres modes d'exercice (PMI et école de Sages-femmes), de manière encore plus marquée. **La diversification des modes d'activité durant la carrière se pose de manière plus aigüe lorsque la sage-femme a connu au moins deux étapes, plus fortement encore au-delà de 5.** Tout se passe comme si la sage-femme, au bout de ce nombre d'étapes, développait une volonté de changement de mode d'activité. Celles qui n'ont pas atteint ce nombre d'étapes seraient beaucoup moins tentées par ce changement.

Les parcours professionnels des sages-femmes contemporaines marqués par une assez grande diversité laissent émerger cependant deux phénomènes majeurs. D'une part **cette diversité dans la carrière est principalement le fait de sages-femmes possédant une ancienneté conséquente**, se situant autour d'une vingtaine d'année. Auparavant, les carrières sont plus « monochromes » avec un investissement privilégié dans les structures hospitalières privées et publiques. D'autre part, **l'accroissement sensible de situations précaires en termes de contrat de travail**, symbolisé par la présence de plus en plus forte en début de carrière de contrat à durée déterminée ou intérimaire, est très significatif. Ce type de contrat devient un passage obligé et est intégré comme tel.

LES COMPETENCES PROFESSIONNELLES MOBILISEES

Le rapport à la profession se construit en partie dans le lien que la sage-femme entretient avec les compétences qu'elle mobilise et l'importance relative qu'elle leur accorde.

La compétence technique est exigée mais discutée

Les compétences techniques mobilisées par les sages-femmes sont reconnues comme très importantes pour les 2/3 d'entre elles et sont au minimum importantes pour 95%. Ainsi, on peut affirmer que **la compétence technique est une exigence professionnelle**. Ce fait semble plus peser sur les sages-femmes hospitalières que celles exerçant d'autres modes d'activité, particulièrement les sages-femmes de PMI. De même, les plus âgées (précisément les plus de 45 ans) sont plus promptes à accorder une moindre importance à la compétence technique.

La valeur accordée à la compétence divise aussi les sages-femmes en tant qu'élément d'évaluation de la mission professionnelle. Ainsi, il semble d'une **partie minoritaire mais significative des sages-femmes fait un lien entre une trop grande place accordée à la compétence technique et leur insatisfaction professionnelle**. Celles qui estiment que la sage-femme joue bien son rôle actuellement sont massivement celles qui mettent particulièrement en exergue la compétence technique. A l'inverse, celles qui ne sont pas satisfaites de leur rôle minorent la compétence technique (62%). Sans être un refus de la dimension technique, elles refusent surtout de réduire les compétences mobilisées par la sage-femme à cette seule compétence.

La compétence relationnelle jugée indispensable

La référence à une compétence relationnelle à destination de la parturiente est quasi unanime. C'est d'ailleurs l'une des rares réponses où un tel niveau d'unanimité est recensé (90% de « très important »). A l'évidence, il s'agit là d'une compétence indispensable. Les sages-femmes libérales et de PMI tiennent encore plus à cette dimension relationnelle, alors qu'elle s'affaiblit quelque peu pour les sages-femmes travaillant en structures hospitalières (publiques et privées).

Différents rapports envers la compétence professionnelle

Les sages-femmes n'ont donc pas les mêmes exigences envers ces deux grands axes de compétence de la profession. Ils permettent également de distinguer des ensembles minoritaires de sages-femmes qui minimisent soit l'une ou l'autre des compétences, voire même les deux. Ainsi, au croisement de ces compétences, 4 catégories de rapports à la compétence peuvent être observées chez les sages-femmes :

- celles qui jugent nécessaire de combiner ces deux compétences en leur accordant un niveau d'importance prioritaires. Il s'agit de la part la plus significative des sages-femmes (69%). On peut considérer cette attitude comme la norme.
- celles qui accordent une faible importance aux deux compétences essentielles. Elles sont très minoritaires (2,9%) et ne peuvent être considérées comme formant un groupe significatif au sein de la profession.
- celles qui privilégient la compétence technique au dépend du relationnel. Ces sages-femmes sont peu nombreuses mais représentent une minorité non négligeable (6,5%). Elles ont pour caractéristiques de travailler en centres hospitaliers (47 sur 52) et principalement dans le secteur public (44 sur 52 soit 84,6%).
- enfin, celles qui développent un rapport essentiel à la compétence relationnelle tout en minimisant la compétence technique. Cela concerne 28,1% des sages-femmes, ce qui en fait un groupe particulier, une sorte de minorité potentiellement active.

Les compétences mobilisées s'évaluent de manière distincte selon d'une part le contexte de travail et d'autre part l'âge ou l'ancienneté de la sage-femme. Le groupe de sages-femmes constituée de celles travaillant en PMI et installées en libéral insistent plus sur la dimension relationnelle comme compétence tout en l'inscrivant comme une compétence qui s'acquière et s'accroît avec le temps. Chez elle, la compétence est liée à l'expérience, elle-même attachée à l'âge ou l'ancienneté dans le métier. On constate aussi une distinction qui se fait jour autour de 40 ans. Dans un premier temps, les sages-femmes mettent en avant l'aspect technique du métier tout en s'insérant dans une équipe et un ensemble organisationnel et en acceptant un manque de compétence due à la moindre expérience dans le métier. Puis, un basculement s'opère, les sages-femmes valorisant davantage les compétences relationnelles, l'expérience qu'elles possèdent alors et la compétence de genre.

Cependant, ce modèle dépend-il avant tout de l'âge ou bien de la génération ? En effet, nous avons parfois recueilli chez des sages-femmes une forme de reproche envers les plus jeunes de leurs collègues, les accusant d'être trop « technicienne » et de ne pas assez développer la relation à la parturiente et ses capacités propres de femme. Or, ces reproches ne s'expliquent-ils pas parce que ces sages-femmes ne se situent pas dans les mêmes « âges » de la vie professionnelle ou encore parce qu'elles sont issues de générations différentes ? L'hypothèse générationnelle doit être prise au sérieux dans le sens où les conditions d'exercice de la profession pour les plus jeunes laissent moins de place au développement de compétences relationnelles. Cependant l'hypothèse des « âges de la vie professionnelle » n'est pas dénuée d'intérêt dans le sens où l'expérience s'acquière avec les années d'exercice, d'autant plus que la diversification professionnelle s'enclenche principalement à partir de 40/45 ans, moment où l'expérience est réelle et indubitable. On voit ainsi que la distinction générationnelle, observée notamment au travers d'un nouveau rapport à la formation, n'est pas une explication constamment mobilisable et surtout unique.

LES ENJEUX DANS LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

Une attente de reconnaissance sociale et économique

L'attente d'une meilleure reconnaissance sociale est clairement présente lorsqu'on interroge les sages-femmes sur les enjeux contemporains. Dans le même temps la question des conditions de travail et des salaires vient tout de suite en second (76,8% des répondantes). Ceci indique que ces enjeux portent sur une reconnaissance tant sociale qu'économique (l'un allant souvent avec l'autre) du travail des sages-femmes. Au regard de l'ampleur que prennent ces enjeux (au moins 3 sur 4 sages-femmes les signalent), on peut affirmer qu'un consensus très large se fait sur ces points. Ceci est d'autant plus vrai que cette soif de reconnaissance traverse tous les modes d'exercice et même les différentes classes d'âge. **C'est donc l'enjeu cardinal dans la profession aujourd'hui.**

Ce consensus ne doit pas pour autant occulter des distinctions qui apparaissent à propos des enjeux contemporains que nous devons qualifier de secondaires : la visibilité de la sage-femme auprès du public, la responsabilité juridique et l'autonomie dans le travail.

La question de la visibilité de la sage-femme est assez proche des problèmes posés par la reconnaissance. Cette visibilité est surtout un enjeu pour les sages-femmes libérales (65,4%), celles travaillant en PMI (70,4%) et les enseignantes (69,2%). A l'inverse les hospitalières, qui plus est celles qui travaillent dans des structures privées, y sont beaucoup moins attachées (35,7%). Si pour les hospitalières, une méconnaissance de leur travail n'empêche pas la parturiente de les fréquenter le moment venu, ceci est moins vrai tant pour les sages-femmes libérales que celles de PMI, la plupart des parturientes connaissant mal les missions et rôles de ces sages-femmes. Pour ce qui est des enseignantes, il est aussi logique qu'en tant que représentante de la profession, elles aient une attention particulière à la rendre visible.

L'enjeu de la responsabilité juridique répond à une logique diamétralement opposée. Sur ce point, ce sont les sages-femmes hospitalières qui sont les plus sensibles. Cela exprime un doute quant aux régulations juridiques qui se mettent en place, notamment dans les centres hospitaliers.

La sensibilité des sages-femmes à l'enjeu de l'autonomie dans le travail est variable selon le mode d'activité exercé ; s'il apparaît important pour les enseignantes (53,8%), il est bien moins significatif chez les sages-femmes hospitalières du secteur public (14,8%). Est-ce qu'il faut penser que cet enjeu est aujourd'hui dépassé pour ces dernières au point qu'elles ne revendiquent pas plus d'autonomie ? Ou bien ont-elles intégré qu'elles sont plongées dans une organisation du travail dans laquelle on ne peut espérer que peu d'autonomie, les résultats statistiques traduisant alors une sorte de renoncement ?

Les sages-femmes ne remplissent pas complètement leur rôle

Lorsqu'on les interroge sur leur rôle professionnel, autrement dit sur le fait que la sage-femme tient sa place dans le champ de la naissance, les réponses sont pour le moins mitigées.

Si une majorité se dégage pour déclarer que les sages-femmes jouent globalement leur rôle, elles sont aussi nombreuses à préciser que la situation est insatisfaisante. Celles qui sont les plus catégoriques sont certes très minoritaires (1,4%), mais plus d'une répondante sur 5 pensent que les sages-femmes (et sans doute elle-même) ne remplit pas son rôle ou seulement manière partielle. Ainsi, il y en a près d'un tiers (29,6%) qui ne se retrouvent pas complètement dans leur rôle ce qui marque une inquiétude certaine.

Ces réponses permettent indirectement d'identifier une crainte quant à la place de la sage-femme, notamment dans l'avenir. De la sorte, il n'est pas étonnant de constater que seule une légère majorité d'entre elles pensent que le nombre de sages-femmes va augmenter, alors que le

contexte de la naissance est aujourd'hui plutôt favorable et que le marché du travail est encore très porteur.

Mais toutes les sages-femmes partagent-elles la même inquiétude ? Celles âgées de moins de 30 ans se distinguent de leur aînées. Elles sont globalement plus promptes à juger qu'elles jouent leur rôle même si des éléments d'amélioration sont à apporter (69,2% contre 58,1% pour l'ensemble de l'échantillon). Surtout elles semblent bien moins touchées par le sentiment de ne pas du tout remplir leur rôle. Les sages-femmes libérales sont les plus nombreuses à penser que la sage-femme ne remplit pas complètement son rôle (41% contre 28,2%). Les écarts sont très nets et marquent un certain désarroi qui traduit leurs difficultés à l'installation ainsi que dans le manque d'entrain de leurs collègues à voir dans l'exercice libéral un mode d'activité d'avenir. Qui plus est, on peut envisager qu'elles ont, de part leur parcours professionnel souvent plus varié, une vision plus large mais aussi exigeante de l'exercice professionnel ?

ELEMENTS DE CONCLUSION

Une mission professionnelle en redéfinition

Nous avons amorcé cette recherche à partir du constat relevé maintes fois que les sages-femmes jugeaient ne pas être reconnues à la hauteur de leur action et de leur place. Cette attente ou même cette revendication dissimule en définitive des signes importants d'évolutions et de changements au cœur de la profession. **C'est la mission de la sage-femme qui est en redéfinition** et l'appel à plus de reconnaissance sociale doit être interprété comme une manière pour elles de mettre en mot ces évolutions, de les comprendre et de leur donner une signification. Le constat sociologique voit dans la reconnaissance sociale un symptôme d'une évolution de fond de la profession puisqu'elle touche à la mission et à la place des sages-femmes dans le champ professionnel de la naissance.

Au cours de cette étude nous avons pu cerner de très nombreux signes de cette évolution. Le choix professionnel des sages-femmes est de moins en moins marqué par l'idée de vocation et l'attraction pour la structure hospitalière est nettement plus présente chez les plus jeunes générations de sages-femmes. On perçoit aussi que les parcours professionnels s'accordent de plus en plus avec des chemins diversifiés, comme si le fait de réaliser plusieurs carrières dans la carrière faisait partie des possibilités aujourd'hui acceptées voire attendues. Les situations de crises dans les écoles de sages-femmes et les difficultés parfois aigües exprimées par les sages-femmes de moins de 40 ans surtout relève aussi du même raisonnement sociologique. Il faut interpréter ce phénomène comme un signe parmi d'autres de cette évolution.

Ces changements sont portés par les sages-femmes elles-mêmes et en premier lieu les nouvelles promues. Il est clair que les générations de sages-femmes âgées de moins de 40 ans, qui plus est celles de moins de 30 ans, sont celles qui participent le plus à cet appel à la reconnaissance sociale et par conséquent à la redéfinition de la mission. Cela ne signifie pas que les autres sont absentes mais leur attente sur ces points est moins évidente.

Rupture générationnelle ou dynamique de professionnalisation ?

Peut-on pour autant parler de fracture ou de rupture générationnelle ? Il est prématuré de s'engager sur cette voie, tant les relais parmi les sages-femmes les plus âgées sont avérés et non négligeables. Nous préférons ici envisager ces évolutions en termes de mutation touchant principalement mais pas uniquement les jeunes générations, dans le sens où les transformations sont profondes mais aussi étalées dans le temps. On le voit notamment à propos des modifications dans le mode de recrutement des sages-femmes qui se traduisent premièrement

par une tendance à recruter parmi les classes sociales supérieures et secondairement par l'arrivée des hommes dans la profession. Or, ces changements ont mis au moins deux décennies à être visibles et pour agir profondément sur la profession. Cette enquête donne donc à voir une profession qui a connu depuis 20 à 25 ans des changements considérables et qui continue à être traverser par un questionnement sur sa mission.

Il nous semble que l'on peut analyser ces mouvements comme un premier pas dans une véritable dynamique de professionnalisation. Cette dernière se manifeste aussi par une moins grande référence à tout ce qui peut rappeler « la compétence de genre » (Schweyer, 1996), notamment chez les plus jeunes sages-femmes. Il est notable que la référence à une vocation professionnelle (sous-entendu que le fait d'embrasser une activité professionnelle est déterminé par une proximité de genre) est globalement stable et ne vient qu'en troisième position des choix professionnels.

A l'évidence les sages-femmes ont fait le lien entre reconnaissance sociale et reconnaissance professionnelle. De la sorte, c'est parce que leurs professionnalités et leurs missions possèdent de manière évidente un caractère objectif voire rationnel qu'elles peuvent revendiquer une reconnaissance sociale.

Cependant, on peut douter que les évolutions en cours et constatées ici soient raisonnablement connues, principalement des institutions pourvoyeuses de reconnaissance sociale, comme les médias, les organisations de tutelles comme l'hôpital, voire même les différents acteurs du marché du travail. Cette reconnaissance de la sage-femme comme professionnelle de santé à part entière commence à être acceptée par l'institution universitaire comme le prouve l'intégration de la formation de sage-femme dans la nouvelle filière « Santé ». Cependant, les parturientes elles-mêmes (ou plus largement les couples) sont encore loin de voir dans la sage-femme uniquement une professionnelle. Cette situation peut s'avérer avantageuse pour créer un lien de confiance dans l'accompagnement à la naissance, notamment en jouant sur la proximité de genre, mais sur le long terme, on peut se demander si cette position n'a pas tendance à nuire à l'image de la sage-femme comme figure professionnelle et par conséquent à rendre plus délicat l'accès à la reconnaissance sociale.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Charrier P., « Comment envisage-t-on d'être sage-femme quand est un homme ? L'intégration professionnelle des étudiants hommes sages-femmes », *Travail, genre et sociétés*, n°12, 2004, p.105-124.
- Charrier P., « Des hommes chez les sages-femmes : vers un effet de segmentation ? », *Sociétés Contemporaines*, 2007, n° 67, p. 95-118 ;
- Gélis J., *La sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie*, Fayard, 1984.
- Laget M., *Naissances. L'accouchement avant l'âge de la clinique*, Seuil, 1992.
- Midy F., Condinguy S., Delamaire M.-L., « La profession de sage-femme : trajectoires, activités et conditions de travail », *Question d'économie et de santé*, n°102, 2005.
- Schweyer F.-X., « La profession de sage-femme : autonomie au travail et corporatisme protectionniste », *Sciences sociales et Santé*, n°3, p. 67-100.
- Sicart D., *Les professions de santé au 1^{er} janvier 2009*, Série statistiques, n°131, DRESS, 2009.