

Devenir et être Sage-femme en France en 2018

PAR MARIE WALSER, CONSULTANTE SOCIO-ANTHROPOLOGUE, ET AMÉLIE AUBERT-PLARD, ANTHROPOLOGUE AU SEIN DU GROUPE DANONE ET AFFILIÉE À L'UNIVERSITÉ PARIS NANTERRE (cf. biographies en page 40).
SYNTHESE PAR BENOÎT LE GOEDEC*, SAGE-FEMME, RÉDACTEUR EN CHEF DES DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE

Une étude socio-anthropologique sur les sages-femmes a été menée par Marie Walser, consultante socio-anthropologue indépendante, et Amélie Aubert-Plard, anthropologue au sein du Groupe Danone, pour la marque d'eau minérale naturelle Evian. Elle porte sur plusieurs éléments dont la première partie est l'exercice de la profession de sages-femmes dont nous vous livrons ici un résumé de la note de synthèse. Cette étude a été présentée lors de la remise du Grand Prix Evian des mémoires d'étudiant-e-s sages-femmes sélectionnés et transmis par les Écoles de sages-femmes.*

Cette étude est très enrichissante car elle permet une analyse et un regard sur le parcours des sages-femmes, de l'origine de leur motivation à passer le concours jusqu'à leur exercice.

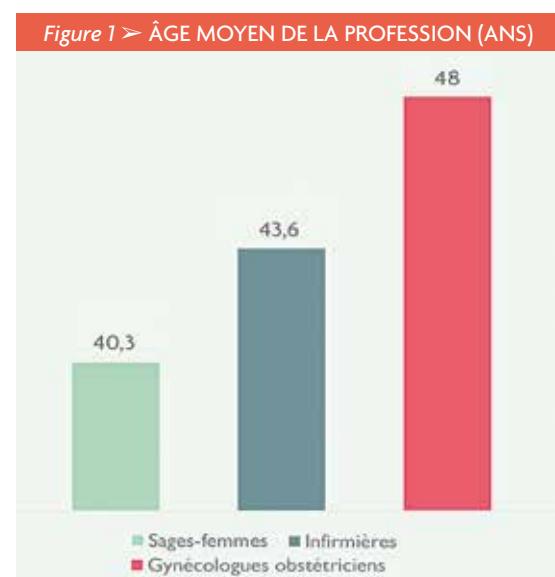
ÉLÉMENTS DE CONTEXTE SUR LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

DÉMOGRAPHIE DE LA PROFESSION

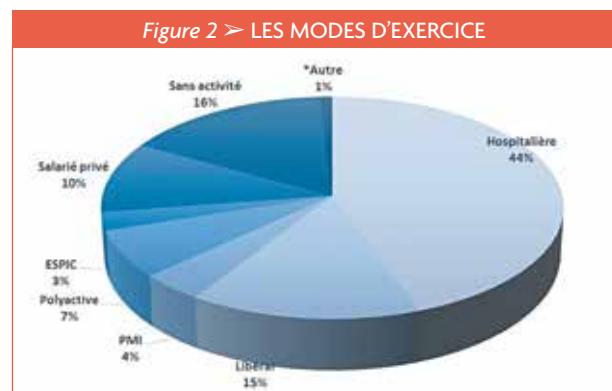
L'âge moyen des sages-femmes en activité (Figure 1) est de 40,3 ans, contre 48 ans pour les gynécologues-obstétriciens et 43,6 ans pour les infirmiers tous secteurs confondus¹. La profession est largement féminine (97,4 % de femmes pour 2,6 % d'hommes en 2017)².

1. Site du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes.
(<http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/la-demographie-de-la-profession/>), site de profilmedecin (<https://www.profilmedecin.fr/contenu/chiffres-cles-gynecologue-obstetrique/>), site infirmier.com (<https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/presentation/638248-infirmiers-france.html>).

2. Site du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes.



* Étude sociologique - Grand Prix evian - septembre 2019.



D'après la dernière enquête du Conseil de l'Ordre, la profession compte en 2014 plus de 21 000 sages-femmes en activité³. Elles exercent selon une pluralité d'exercices (Figure 2) bien qu'une majorité relative (44 %) travaille à l'hôpital au sein de maternités publiques. Mais, ces dernières années, l'exercice libéral qui regroupe 21 % des sages-femmes a connu une progression considérable (+11 % par an entre 2009 et 2014)³.

Depuis 1994, du fait de la décroissance annoncée des médecins gynécologues, le taux de sages-femmes actives est supérieur au taux de natalité en France. Aujourd'hui, c'est l'élargissement récent du champ de compétences des sages-femmes à la santé génésique qui serait susceptible d'absorber cette croissance.

La densité de sages-femmes⁴ diffère selon les régions.

Un zonage pour l'installation des sages-femmes en activité libérale (avenant conventionnel n° 1 du 9 janvier 2012 modifié) a été instauré par la CNAM afin de réguler leur démographie. Celui-ci est divisé en six niveaux de dotation en fonction de la densité de sages-femmes libérales pour 100 000 naissances : « sans sage-femme », « très sous-dotées », « sous-dotées », « intermédiaires », « très dotées » et « surdotées ». Pour pouvoir être conventionnées par l'Assurance Maladie, les sages-femmes libérales doivent se soumettre aux impératifs de ce zonage.

3. Site du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (<http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/la-demographie-de-la-profession/>)

4. Nombre de sages-femmes actives pour 100 000 femmes entre 15 et 40 ans.

Des aides à l'installation sont mises en place pour les zones très sous-dotées ou sous-dotées.

■ ENJEUX SOCIOLOGIQUES AUTOUR DE LA NAISSANCE

Une tendance à la « médicalisation »⁵ et une « technicisation » de la naissance en milieu hospitalier sont mises en avant dans la littérature. La notion croissante de gestion de risque et la peur de l'erreur médicale expliquent cette tendance.

La formation est elle-même vecteur de ces craintes et d'une éducation à une vision unique et technicisée de la naissance.

Les maternités ont elles-mêmes été hiérarchisées en niveaux de risque néonatal, selon trois niveaux : niveau I pour les grossesses physiologiques sans facteurs de risque, niveaux II et III pour les grossesses à risque, en fonction du terme de naissance et du poids de naissance des nouveau-nés.

Quelques Maisons de Naissance sont en cours d'expérimentation et des maternités rurales persistent encore.

Elles assurent le suivi des femmes avec des grossesses à faibles risques et revendentiquent au cœur de leur action l'accompagnement et le respect du choix des femmes, en effectuant un accompagnement global de la naissance.

De manière générale, la profession semble faire face à une « crise identitaire » marquée par une scission entre l'exercice hospitalier et l'exercice libéral, et plus globalement par un enjeu de reconnaissance de la profession.

5. Médicaliser a ici le sens de « conférer une nature médicale à des représentations et des pratiques qui n'étaient jusqu'alors pas socialement appréhendées en ces termes » (Fassin Didier, *« Avant propos. Les politiques de la médicalisation, l'ère de la médicalisation. Ecce homosanitas, P. Aïach, D. Delanoë (dir.)*, Paris, Anthropos, 1998, p. 5.).



« Depuis le collège, j'ai toujours dit que je voulais faire sage-femme. »

LOUISE, HÔPITAL

« J'ai voulu devenir sage-femme quand j'avais 11 ans. »

NATHALIE, HÔPITAL

« À la base, j'ai fait médecine pour gynéco - je ne connaissais pas du tout la profession de sage-femme. Quand il y a eu une sage-femme qui est venue en amphi au premier semestre j'ai eu un coup de foudre, et du coup j'ai basculé vers sage-femme ».

MÉLANIE, LIBÉRAL

« Je ne m'étais pas posé la question, depuis que j'étais toute petite, je voulais faire médecine et rien d'autre. Finalement je n'ai pas eu médecine [...] et je me suis dit « je vais faire sage-femme, je pense que ça peut me plaire ».

FAUSTINE, ÉTUDIANTE 3A

Figure 3 > UN MÉTIER QUI RÉPOND AUX ATTENTES POUR LEUR VIE PROFESSIONNELLE (en gris) ET ÉVITE LES INCONVÉNIENTS DE MÉDECINE (en rouge)



MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

Il s'agit d'une enquête qualitative menée auprès de sages-femmes en étude et en exercice.

Le recueil de données s'est fait par entretiens semi-directifs en face-à-face ou par téléphone.

- 7 entretiens de sages-femmes en exercice ;
- 1 *focus group* de 6 sages-femmes étudiants en 3^e année (2 personnes), 4^e année (3 personnes) ou 5^e et dernière année (1 personne) ;
- 1 *focus group* de 4 sages-femmes en exercice, travaillant en hôpital (4 personnes), en cabinet libéral (4 personnes), en clinique (1 personne) ou dans l'enseignement (2 personnes).

L'identité du commanditaire de l'étude (la marque evian®) n'a pas été donnée en amont des entretiens mais a été révélée au cours de la discussion avec les participants.

RÉSULTATS

■ L'EXERCICE DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

1. DEVENIR SAGE-FEMME

L'orientation vers les études est variable : vocation de longue date pour certains, révélation tardive pour d'autres (pendant les études de médecine ou passerelle après une première carrière), « plan B », après un classement PACES qui ne permet pas de choisir médecine, enfin.

La filière maïeutique reste socialement moins reconnue que la filière médecine. Pour autant, dans la majorité des cas, ce choix de carrière n'est pas regretté (*Figure 3*).

Il ressort des enquêtés un manque de valorisation durant les études, puis de leur diplôme. Des cas de « maltraitance » d'étudiants au sein de l'école par les sages-femmes enseignantes ou au cours des stages.

Par ailleurs, le diplôme de sage-femme ne garantit plus un accès à l'emploi et n'ouvre pas l'accès à la recherche.

La formation continue des sages-femmes ou DPC (Développement Professionnel Continu) est obligatoire pour les sages-femmes⁶. Le DPC est souvent mis au service d'une stratégie de carrière en permettant aux sages-femmes en libéral de se démarquer et aux sages-femmes hospitalières de se spécialiser (Figure 4).

De nombreux DU (Diplômes Universitaires) apportent ainsi une spécialisation supplémentaire par rapport au diplôme d'État.

L'évolution de carrière vers des postes de recherche, d'enseignement ou de management en établissement de santé ou d'enseignement est possible mais difficile.

2. LE QUOTIDIEN PROFESSIONNEL DES SAGES-FEMMES ET SES ENJEUX

■ LA PRATIQUE

Il existe différentes possibilités d'exercice (hospitalier, libéral, privé, PMI, etc.) et différentes compétences mobilisables (suivi de grossesse, accouchement, suivi gynécologique, IVG médicamenteuse...)⁷.

Dans le cas de l'exercice hospitalier (Figure 5), les sages-femmes peuvent être affectées à un service durant toute leur carrière (notamment la surveillance médicale de grossesse, la salle d'accouchement ou la salle de naissance) ou intervenir dans plusieurs d'entre eux selon un système de rotation dans le temps dont la fréquence varie selon l'hôpital.

Une importante pression administrative est supportée par les sages-femmes hospitalières.

Dans le cas de l'exercice libéral (Figure 6), la sage-femme est libre du choix des actes qu'elle réalise, de son

6. Article L.4021-1 du code de la santé publique, le DPC constitue une obligation pour les sages-femmes.

7. Site du Conseil National de l'Ordre des sages-femmes (<http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>).



« Il y a des maternités-écoles où il y a des procès en cours, pour harcèlement d'étudiantes. »

CLAIRES, LIBÉRAL

« [La recherche] c'est la loi de la débrouille, pour ensuite pouvoir avoir un poste qui reconnaît la recherche. Il n'y en a pas à l'Université, la majeure partie des sages-femmes [...] exercent en salarié. »

ANNE-LUCIE, DIRECTRICE

« On nous y prépare [...] pendant les deux dernières années d'études, on nous répète gentiment mais sûrement qu'on n'aura pas de travail, qu'on sera au chômage et que ce sera compliqué ». »

AMANDINE, LIBÉRAL



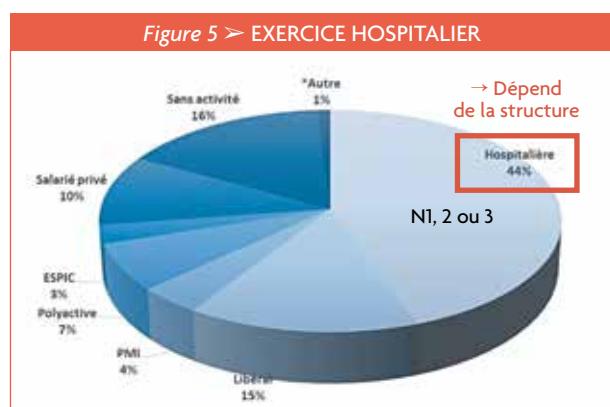
Figure 4 > THÉMATIQUES SUR LESQUELLES LES ENQUÊTÉS SE FORMENT OU SOUHAITENT SE FORMER



emploi du temps. Elle doit se mettre seule en conformité avec les administrations régissant son activité.

L'exercice libéral intervient plus largement dans la vie reproductive des femmes avec une prise en charge depuis l'adolescence par le suivi gynécologique et de contraception, de la grossesse, du post-partum et jusqu'à la ménopause.

En France, la quasi-majorité des accouchements se déroule dans des hôpitaux, cliniques ou Maisons de Naissance.



SCIENCES HUMAINES

À l'hôpital ou en clinique, l'accouchement est réalisé par une sage-femme salariée de la structure (ou par un médecin). En Maison de Naissance, l'accouchement est réalisé par la sage-femme qui a accompagné la grossesse.

■ LA PROFESSION DE SAGE-FEMME DANS LE « VÉCU » PROFESSIONNEL DES ENQUÊTÉS

La notion de ce qu'est une « bonne sage-femme », selon les réponses est représentée par ce nuage de mots.



Il apparaît dans les réponses une mise en valeur des qualités humanistes aussi bien que des qualités techniques de la sage-femme.

■ LA RELATION AVEC LES COUPLES

Elle est au cœur de leur profession dans plusieurs enjeux relationnels avec les familles (Figure 7) :

- Intégrer les pères ;
- Ne pas juger ;
- Ne pas faire à la place du couple mais lui donner confiance ;
- Garder son rôle de professionnel.

La perception de leur rôle vis-à-vis des patientes est nuancée selon le type d'exercice : les sages-femmes libérales mettent en avant leur rôle d'accompagnement et de suivi,

Figure 7 > PLUSIEURS ENJEUX RELATIONNELS POUR LES SAGES-FEMMES



en insistant sur le besoin de prendre le temps, de veiller au bien-être et de s'adapter aux patientes. Elles se voient « à côté des femmes » (Figure 8). Les sages-femmes hospitalières semblent voir leur rôle comme un investissement total au moment particulier de la naissance (accouchement et suites de couches) dans lequel il s'agit surtout de donner confiance, de rassurer et également de s'adapter. Elles se voient plutôt « avec les femmes ».

■ LA RELATION AVEC L'ÉCOSYSTÈME PROFESSIONNEL

Cet écosystème professionnel comporte des gynécologues-obstétriciens, des aides-soignants, des infirmières, des anesthésistes, des auxiliaires de puériculture et des pédiatres.

Ces relations avec ces autres professionnels de la sphère médicale sont décrites comme saines mais quelques situations de tension avec les médecins ou les infirmières sont évoquées.

Les sages-femmes collaborent aussi entre pairs : elles travaillent en équipe à l'hôpital ou peuvent se structurer en

Figure 8 > UNE PROFESSION DÉDIÉE À LA FEMME

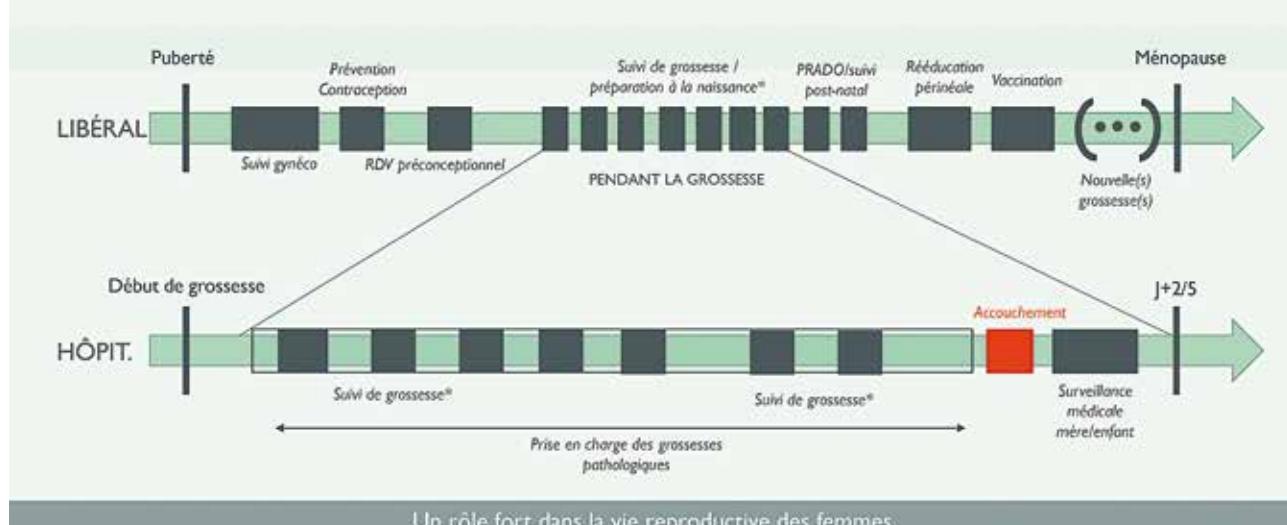


Figure 9 > RELATIONS AVEC L'ÉCOSYSTÈME PROFESSIONNEL



réseau en libéral. Sages-femmes hospitalières et libérales sont aussi amenées à rentrer en contact (*Figure 9*).

■ LA RELATION À LEUR VIE PERSONNELLE

La profession a de fortes conséquences sur la vie personnelle des sages-femmes : le rythme de travail (durée des gardes, travail de nuit, etc.) conditionne l'organisation personnelle (*Figure 10*).

La fatigue ou l'imprégnation du métier peut engendrer des tensions dans la vie de couple ou de famille.

D'autre part, les choix et aspirations individuels des sages-femmes structurent leur carrière : sur le choix d'exercice, sur la durée passée dans une structure donnée ou sur les conseils donnés aux couples qui peuvent être issus de l'expérience personnelle.

3. L'AMBIVALENCE DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

■ L'EXIGENCE DE LA PROFESSION

En tant que profession médicale, l'exercice de sage-femme comprend de nombreuses responsabilités au quotidien.

Il est aussi de sa responsabilité de savoir identifier toute anomalie nécessitant l'intervention d'un médecin spécialiste.

Tout manquement à ces responsabilités peut avoir des répercussions pénales.

Les sages-femmes hospitalières doivent en permanence se « protéger » à titre individuel au cas où les patientes ou l'hôpital se retourneraient contre elles. Une injonction à une bonne traçabilité participe à la charge mentale quotidienne des sages-femmes et entache leur sérénité.

Les conditions d'exercice des sages-femmes sont décrites comme particulièrement « difficiles ». D'une part, leurs journées de travail ou gardes sont longues. Alors que les gardes peuvent avoir lieu de nuit, le week-end et les jours fériés en hôpital, les sages-femmes libérales peuvent travailler 6 jours sur 7. D'autre part, le rythme de travail est très soutenu, notamment à l'hôpital où les sages-femmes n'ont parfois pas de pauses ou de moments pour manger, boire ou aller aux toilettes.

Ce rythme est source d'épuisement pour les sages-femmes, et a des conséquences tant sur leur moral que sur leur condition physique.

■ LE MANQUE DE RECONNAISSANCE ENVERS LES SAGES-FEMMES

C'est un leitmotiv de la profession de sage-femme, retrouvé quel que soit leur exercice. Il existe un manque de reconnaissance envers leur profession, aussi bien de l'État, de la société civile ou des autres professions médicales. Les sages-femmes constatent la méconnaissance de la société civile concernant les divers actes qu'elles sont en capacité de pratiquer.

La profession de sage-femme apparaît sous-valorisée, ce que les sages-femmes vivent comme une injustice.

Le travail des sages-femmes leur semble insuffisamment rétribué.

Figure 10 > INTERACTION ENTRE VIE PROFESSIONNELLE ET « VIE PRIVÉE »

■ Une interaction permanente entre la vie professionnelle et la vie personnelle qui apparaît spontanément



→ Une interaction dynamique qui évolue à chaque étape du cycle de vie des sages-femmes

“

« Il y aura toujours cette ambiguïté, on n'est pas infirmière, on n'est pas médecin, on est entre deux parce qu'on peut prescrire mais notre domaine de prescription est limité. »

ANAÏS, HÔPITAL

« La sage-femme française a ce double paradoxe que c'est celle qui a le champ de compétences le plus important, c'est celle qui produit le moins de savoirs et d'écrits à l'international et du coup pour l'intégration à l'Université pleine et entière de cette profession, c'est extrêmement difficile. »

ANNE-LUCIE, DIRECTRICE

« Rôle difficile, on doit diagnostiquer la pathologie mais une fois qu'on l'a diagnostiquée, c'est le plus dur en fait, c'est à nous de savoir si ça va ou pas. C'est-à-dire que si on se loupe et qu'on a mal interprété le rythme de l'enfant et qu'il allait pas bien c'est de notre responsabilité ». »

MÉLANIE, LIBÉRAL

”

Les sages-femmes enquêtées pointent également du doigt les nombreux cas où elles font l'objet d'un manque de respect (patiente qui annule son rendez-vous sans justification au dernier moment dans le cas d'une enquêtée en libéral) ou de critiques (en lien avec les scandales des dernières années liés aux violences gynécologiques et obstétricales). Ainsi, elles ne se sentent pas reconnues voire se sentent attaquées dans leur statut professionnel, ce qu'elles vivent d'autant plus mal qu'elles ne comptent pas leurs efforts pour leurs patientes au quotidien.

Les sages-femmes ne se sentent pas suffisamment reconnues ou respectées par le corps paramédical (*Figure 11*) : aides-soignants, qui ne connaîtraient pas les compétences

Les sages-femmes enquêtées se rejoignent sur ce qu'elles aimeraient voir évoluer : une augmentation de leur rémunération sans alourdissement de leurs responsabilités et une mise en valeur de leur profession et de ses enjeux.

et responsabilités des sages-femmes ni les risques qu'elles encourrent ; infirmières lorsqu'elles sont amenées à collaborer en salle de naissance, celles-ci refusent les directions des sages-femmes.

Avec le corps médical, certains médecins donnent l'impression qu'ils « sous-traitent » certaines tâches auprès des sages-femmes ou qu'ils les considèrent moins fiables que leurs collègues.

Le manque de reconnaissance se manifeste parfois entre sages-femmes hospitalières et sages-femmes libérales et peut impacter leurs relations.

Finalement, cette enquête souligne la diversité des contradictions auxquelles sont soumises les sages-femmes dans l'exercice de leur profession, et les contraintes qu'elle présente :

- Elles pratiquent des actes gynécologiques alors qu'elles sont moins rétribuées qu'un médecin ;
- Elles ont un droit de prescription mais n'ont pas de droit de traitement ;
- Le numerus clausus des études est important alors qu'il y a des difficultés d'embauche ;
- Il n'existe pas de voix unique portée par la profession alors que les revendications sont nombreuses, etc.

L'enquête révèle un certain malaise vécu par les sages-femmes, qui peut alors amener à des cas de reconversion professionnelle. Les sages-femmes enquêtées se rejoignent sur ce qu'elles aimeraient voir évoluer : une augmentation de leur rémunération sans alourdissement de leurs responsabilités et une mise en valeur de leur profession et de ses enjeux. •

Figure 11 > UN PROFOND MANQUE DE RECONNAISSANCE

▪ Un manque de reconnaissance vécu comme une injustice par les sages-femmes

