



HAL
open science

Les sages-femmes en France

Philippe Charrier

► **To cite this version:**

| Philippe Charrier. Les sages-femmes en France : Rapport de recherche. 2011. halshs-00584595

HAL Id: halshs-00584595

<https://shs.hal.science/halshs-00584595>

Submitted on 8 Apr 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.

Philippe Charrier

LES SAGES-FEMMES EN FRANCE

RAPPORT DE RECHERCHE

Université de Lyon
Centre Max Weber - UMR 5283 - CNRS

Janvier 2011

Table des Matières

INTRODUCTION	5
1. METHODOLOGIE	8
1.1. Objectifs	8
1.2. Échantillon	8
1.3. L'organisation du questionnaire	10
2. LE PROFIL GLOBAL DES SAGES-FEMMES EN 2009	12
2.1. Les classes d'âge et l'ancienneté.....	12
2.1.1. Les classes d'âge	12
2.1.2. L'ancienneté dans la profession	14
2.2. L'activité	14
2.2.1. Les modes d'activité.....	14
2.2.2. Le statut de l'emploi.....	16
2.3. Une situation familiale assez commune	23
2.4. Un rapport hétérogène à la fécondité	26
2.4.1. Fécondité et quotité de travail.	29
2.4.2. Fécondité et mode d'activité	29
2.5. Les revenus.....	32
2.6. L'origine sociale des sages-femmes : une diversité qui s'amenuise.....	38
2.6.1. Des ascendances familiales qui ont évolué	39
2.6.2. Quid des ascendances médicales et paramédicales ?	42
2.6.3. Quelle mobilité sociale chez les sages-femmes actuelles ?.....	44
3. LE CHOIX PROFESSIONNEL	47
3.1. Un choix professionnel motivé par des intérêts variés.....	47
3.2. Des justifications du choix professionnel peu liées au mode d'exercice actuel.....	49
4. LE VECU DE FORMATION.....	52
4.1. Des difficultés concentrées sur l'encadrement durant la formation	52
4.2. La perception de la formation en fonction des écoles de formation	53
4.3. La perception de la formation en fonction des générations.....	54
4.4. Augmentation progressive et homogénéisation de l'âge au diplôme.....	58
4.5. Celles qui déclarent ne pas avoir connu de difficultés	61
4.6. Des origines sociales partiellement influentes sur la perception des difficultés de formation	62
4.7. La proximité avec le mode libéral accroît la perception des difficultés lors de la formation	63
5. L'IMPLICATION DANS LA PROFESSION	65
5.1. Une syndicalisation plutôt élevée mais portée par les sages-femmes libérales.	65

5.2. Le réseau associatif	67
5.3. L'engagement conflictuel.....	69
6. L'ACTIVITE DE LA SAGE-FEMME	74
6.1. La pratique des sages-femmes hospitalières du secteur public	76
6.1.1. Entre spécialisation et polyvalence	77
6.1.2. L'avancée en âge diminue l'intensification du travail	78
6.2. La pratique des sages-femmes hospitalières du privé	80
6.3. L'activité des sages-femmes libérales en voie de diversification	82
6.4. L'activité des sages-femmes des autres modes professionnels	85
7. LE PARCOURS PROFESSIONNEL	88
7.1. Les données d'ensemble.....	88
7.2. Des parcours différenciés selon les générations de sages-femmes	89
7.2.1. Les sages-femmes ayant le plus d'ancienneté ont des parcours moins complexes	89
7.2.2. Une entrée dans la carrière passant de plus en plus par un CDD.....	90
7.3. Parcours professionnels et modes d'activité	92
7.4. Désir de changements d'activité	95
8. LES COMPETENCES MOBILISEES PAR LA SAGE-FEMME	97
8.1. Compétences relationnelles et compétences techniques	97
8.1.1. La compétence technique est exigée mais discutée	97
8.1.2. La compétence relationnelle jugée indispensable	100
8.1.3. Une minorité active	101
8.1.4. Importance du contact relationnel collègues	102
8.2. Les autres domaines de compétence	104
9. LES RAPPORTS AVEC LES AUTRES PROFESSIONS DE LA NAISSANCE : UN PROBLEME DE HIERARCHIE	108
10. LA PRESENCE DES HOMMES SAGES-FEMMES.....	112
10.1. Travailler avec un homme sage-femme	112
10.2. Connait-on les hommes sages-femmes ?	113
10.2.1. Un phénomène identifié en fonction de la génération de la sage-femme	113
10.2.2. Une sous-évaluation du nombre d'hommes sages-femmes	114
10.2.3. Absence d'une réelle volonté de distinguer les hommes par leur dénomination	115
10.3. Quelles motivations, quels hommes ?	116
10.4. Quelles difficultés pour des hommes sages-femmes ?.....	119
10.5. Les hommes sages-femmes ont-ils un avenir ?.....	121
11. LES ENJEUX ET L'AVENIR DE LA PROFESSION	122
11.1. Une attente de reconnaissance sociale et économique	122
11.2. La sage-femme ne remplit pas complètement son rôle	124
12. LE PROBLEME DE L'USAGE DES TECHNIQUES A DISPOSITION DE LA SAGE-FEMME	127

CONCLUSION	130
BIBLIOGRAPHIE	133
LISTE DES TABLEAUX.....	135
LISTE DES FIGURES	137

INTRODUCTION

« Pourquoi travaillez-vous sur les sages-femmes ? »

Entreprendre une étude sur la profession de sage-femme ne va pas de soi. Nombre de professionnelles ont montré une certaine surprise lorsque nous avons pris contact avec elles : « Pourquoi travaillez-vous sur les sages-femmes ? » Cette interrogation maintes fois entendue nous a fourni le titre de cette introduction.

De prime abord, le fait qu'un chercheur puisse porter son attention aux réalités professionnelles des sages-femmes ne va pas de soi. Après une série de recherches sur les hommes dans la profession de sage-femme¹, nous avons à l'esprit d'étendre notre champ d'étude à l'ensemble de la profession. Spécialisé en sociologie des professions, nous avons été sensible, au cours de nos multiples contacts, tant avec des sages-femmes ayant des responsabilités (ordres, syndicats) qu'avec des sages-femmes dites « de base », à l'attente exprimée par rapport à la reconnaissance de leur activité et à leur place dans l'accompagnement dans la naissance. Pour ces sages-femmes, un sociologue qui se penche un tant soit peu sur cette profession est alors perçu comme un allié potentiel, fournissant des éléments susceptibles d'accroître cette reconnaissance sociale maltraitée.

Cependant notre rôle n'est pas directement de répondre à cette attente ; il est plutôt de comprendre pourquoi les membres de cette profession incontournable dans ce qui fait un événement social les plus fondamentaux qu'il soit, la naissance, se sentent globalement relégués, méconnus et non reconnus. Nous nous limiterons, dans le cadre de ce rapport, à procéder à un état de lieux de la profession tant la tâche est importante. Celle-ci traverse de profondes mutations depuis environ une vingtaine d'années, ce qui semble fragiliser l'identité professionnelle dans son ensemble. L'ambition est avant tout de contribuer à mieux connaître les sages-femmes françaises du début du 21^{ème} siècle et ensuite de porter cette connaissance en premier lieu aux sages-femmes elles-mêmes, mais aussi à tous les acteurs qui ont un poids dans la vie de cette profession : les autorités médicales, les autres professions intervenant dans la naissance (gynécologues-obstétriciens, anesthésistes, pédiatres, puéricultrices), les acteurs politiques de la santé, les parturientes et les couples. Il nous apparaît que cette connaissance est nécessaire et primordiale pour répondre dans un second temps et de manière sociologique à la problématique énoncée plus haut. 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. Nous espérons que ce rapport sera un outil dans ce sens.

La profession de sage-femme s'est transformée et elle est amenée à leur faire encore dans les années à venir. Les mutations sont multiples, mais elles suivent globalement 3 dimensions :

- la dimension mission professionnelle :

On observe une évolution de la place dévolue à la sage-femme dans la naissance. Elle est de moins en moins en situation d'auxiliaire dans la naissance, c'est-à-dire une personne qui agit en fonction d'un protocole défini par autrui, que ce soit un gynécologue-obstétricien ou une

¹ Philippe Charrier, « Des hommes chez les sages-femmes : vers un effet de segmentation ? », *Sociétés Contemporaines*, 2007, n° 67, p. 95-118 ; « 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.

organisation du travail. La mission de la profession est aujourd'hui imprégnée de réflexion et de responsabilités accrues dans la majeure partie des actes pratiqués. Cela se mesure aisément par le sentiment d'accroissement de responsabilité que ressentent les sages-femmes, sentiment qui possède à la fois une valence positive et négative. Ainsi, les sages-femmes font partie de ce que Florent Champy appelle « les professions à pratique prudentielle », c'est-à-dire des professions qui traitent des situations à la fois singulières et complexes, accompagnées de fortes incertitudes².

- la dimension formation / compétence :

La formation de sage-femme n'a cessé d'augmenter tant en volume qu'en temps alloué. Cette évolution reflète l'augmentation des connaissances dans le domaine de la naissance (et pas uniquement en obstétrique) et par conséquent l'accroissement du niveau de compétence exigé. La connaissance clinique ne suffit plus pour exercer cette profession. Des savoirs théoriques et techniques sont aujourd'hui nécessaires pour mener à bien la mission de la sage-femme. De la sorte, le passage par la première année de médecine comme mode de sélection, puis l'intégration dans la filière « santé » à partir de la rentrée 2011, souligne les changements tant quantitatifs que qualitatifs en matière de compétences.

- la dimension démographique :

Cette dimension est double. D'une part, l'augmentation du nombre sages-femmes en France est remarquable et peu de professions connaissent une telle croissance de leurs effectifs. L'accès au marché du travail est aisé malgré quelques ralentissements constatés tout dernièrement. Une telle dynamique démographique n'est pas sans conséquence sur les réalités et les représentations de la profession. D'autre part, l'augmentation à partir de l'année 2000 du nombre de naissances, laquelle tend à se maintenir bon an mal an autour de 800 000 naissances par an, atteste d'une dynamique démographique particulière à la France. Or, cette situation, favorable à la profession, entraîne aussi une éventuelle remise en cause de la mission de la sage-femme.

Ce rapport est divisé en deux parties. Dans la première partie, nous ferons état du profil des sages-femmes qui ont bien voulu répondre au questionnaire. Il s'agira à la fois de noter qu'elles sont bien représentatives de l'ensemble des sages-femmes françaises mais aussi de spécifier les principales caractéristiques socio-démographiques et socio-professionnelles comme l'âge, l'ancienneté, la répartition en mode d'activité. Une place particulière est faite à la question des origines sociales des sages-femmes. Ce chapitre nous semble avoir des conséquences importantes dans la dynamique professionnelle actuelle.

Nous poursuivrons l'étude des réponses autour de sujets qui font indirectement l'objet d'un débat au sein de la profession, celle du choix professionnel (et c'est aussi celui du mode de recrutement qui est posé), du vécu de formation, dont on sait que l'actualité nous a fourni des preuves qu'il pouvait être problématique³. Ensuite, il sera temps d'analyser les réponses touchant au niveau d'implication dans la profession, tant du point de vue syndical qu'associatif. Enfin, nous terminons cette première partie par la question centrale de l'activité de la sage-femme française contemporaine, telle que les répondantes la donnent à voir. Cela permettra de fixer un certain nombre de jalons sur l'activité réelle de la sage-femme et notamment d'évaluer si nous constatons une tendance à la diversification ou au contraire une homogénéisation.

La seconde partie du rapport, tout aussi « copieuse », développera une analyse des parcours professionnel des sages-femmes interrogées, donnera des éléments sur la perception des

² Florent Champy, *La sociologie des professions*, PUF, 2009.

³ Nous pensons aux récents problèmes qui ont eu cours à l'École de Sages-femmes de Besançon et qui ont donné lieu à une médiatisation particulièrement forte.

compétences de la sage-femme, les rapports avec les autres professionnels intervenant dans la naissance, et le rapport aux techniques liées à l'activité obstétricale. Enfin, nous terminerons sur deux chapitres touchant à l'avenir de la profession, c'est-à-dire la perception de la présence d'homme sages-femmes et l'identification des enjeux professionnels contemporains.

1. METHODOLOGIE

1.1. Objectifs

Nous souhaitons réaliser une enquête quantitative de grande envergure. L'objectif initial chiffré en termes de questionnaires exploitables était de 1000, soit une sage-femme sur 18⁴. Cependant, sur les 2500 envois environ effectués, nous avons recueilli 811 questionnaires exploitables. Ainsi, l'échantillon concerne 1 sage-femme sur 23, et surtout 1 sage-femme sur 6 si l'on restreint la population de départ aux quatre régions investies, ce qui assure une bonne représentativité.

Le taux de retour, qui avoisine les 33 %, est particulièrement satisfaisant compte tenu du mode de passation indirecte par courrier. Ce taux est pour nous un signe fort que nous interprétons comme une attente chez les sages-femmes en matière de connaissance de leur groupe professionnel, en lien avec une volonté de prendre la parole au moment où cette profession connaît les multiples évolutions et changements déjà évoqués. En bref, la participation des sages-femmes à l'enquête a été globalement aisée à obtenir.

1.2. Échantillon

La constitution de l'échantillon est un point important pour atteindre un niveau de représentativité suffisant, élément déterminant dans les analyses à tirer de cette enquête. Compte tenu des moyens à disposition, nous avons opté pour un échantillonnage mettant au cœur la région administrative. Ainsi, le choix s'est porté logiquement sur les régions Rhône-Alpes (RA), Provence-Alpes-Côte-d'Azur⁵ (PACA), Franche-Comté (FC) et Auvergne (AUV). Ces quatre régions ont le mérite de fournir des configurations, sociales, démographiques, économiques et géographiques très diverses. Ainsi, nous étions sûr de toucher des sages-femmes travaillant et vivant dans de grands centres urbains (Lyon, Marseille, Grenoble, Nice, Clermont-Ferrand,...), mais aussi dans des milieux ruraux (l'Ain, le Cantal, ...) et des espaces intermédiaires (Carpentras, Romans, Lons-le-Saunier,). Tous les grands types d'activité économiques sont représentés, que ce soit le secteur de l'agriculture, de l'industrie ou celui des services. De même, ces régions offrent une diversité du point de vue des structures de travail, notamment concernant les sages-femmes hospitalières, puisque tous les niveaux de maternités sont amplement représentés et la présence des sages-femmes libérales, même si elle n'est pas toujours équilibrée entre les territoires, est constamment présente.

Ainsi, le choix de ces 4 régions nous a paru être un gage de représentativité pour l'ensemble du territoire national français. Certes, nous n'avons pas interrogé les sages-femmes de l'Île de France et surtout celles qui travaillent dans les structures hospitalières de Paris. Certains des interlocuteurs rencontrés lors de nos investigations actuelles et passées ont souligné la spécificité du travail dans cet environnement social, économique et organisationnel. L'hypothèse d'une frontière nette entre sages-femmes « parisiennes » et « provinciales » n'est sans doute pas à évacuer. Cependant, si distinction forte il y a, on ne pourra l'identifier et la comprendre qu'à condition de connaître auparavant ce que sont les sages-femmes françaises, puisque les sages-femmes parisiennes ne représentent qu'environ 3000 d'entre elles (16 %). Rappelons que l'objectif de cette recherche est de poser quelques jalons ; il sera opportun

⁴ Au 1^{er} janvier 2009, la France comptait 18847 sages-femmes. Daniel Sicart, *Les professions de santé au 1^{er} janvier 2009*, Série statistiques, n°131, DRESS, 2009.

⁵ Nous avons intégré la région administrative Corse dans la région PACA en raison du faible nombre de questionnaires retournés émanant de sages-femmes corses.

dans un deuxième temps de se pencher sur la situation spécifique des sages-femmes parisiennes et de l'étalonner par rapport à nos résultats.

Le recueil des données s'est étalé sur plusieurs mois. L'étude a débuté par les sages-femmes libérales, les plus aisées à contacter puisque leurs coordonnées sont largement diffusées. Ainsi, en regroupant plusieurs sources, nous avons envoyé un courrier à une liste d'un peu plus de 350 sages-femmes libérales, comprenant une lettre de présentation de la recherche et le questionnaire afférent. Le taux de retour a été particulièrement bon puisqu'il atteint au final 44 % de retour (relances comprises) ce qui est un niveau remarquable avec un tel protocole. Cette passation s'est déroulée de mai à septembre 2009.

La logique d'échantillonnage suivie a été d'effectuer des envois au *prorata* du nombre de sages-femmes libérales présentes sur le département, afin que les départements les plus pourvoyeurs de sages-femmes libérales (comme les Bouches-du-Rhône) ne soient surreprésentés⁶.

Par la suite, nous avons contacté de très nombreuses structures hospitalières, tant publiques que privées. Les démarches ont été plus longues et se sont étalées sur 6 mois environ et se sont terminées au début de l'année 2010.

Contacté les sages-femmes hospitalières a été un peu plus complexe. Nous avons tenté d'approcher la personne responsable des sages-femmes dans le service, la plupart du temps la cadre sage-femme (ou celles faisant fonction) afin de diffuser le questionnaire dans les meilleures conditions. Le niveau de retour est plus hétérogène ; cela va d'un établissement qui ne nous a fourni aucun retour à un autre où toutes les sages-femmes ont répondu. D'une manière synthétique, la répartition des retours en fonction des types de structure est la suivante :

Tableau 1 : Répartition des questionnaires retournés en fonction du type d'établissement

	Envois	Retours	% de Retour
TOTAL RHÔNE-ALPES	936	298	31,8%
Établissement Public	757	252	33,3%
Établissement privé PSPH	40	24	60,0%
Établissement privé	139	22	15,8%
PROVENCE ALPES CÔTE D'AZUR	520	190	36,5%
Établissement Public	425	166	39,1%
Établissement privé PSPH	30	0	0,0%
Établissement privé	65	24	36,9%
TOTAL FRANCHE-COMTE	197	60	30,5%
Établissement Public	157	47	29,9%
Établissement privé	40	13	32,5%
TOTAL AUVERGNE	256	60	23,4%
Établissement Public	194	47	24,2%
Établissement privé	62	13	21,0%
TOTAL CORSE	29	6	20,7%
Établissement Public	22	0	0,0%
Établissement privé	7	6	85,7%

⁶ Sur les 23 départements concernés, seuls 4 d'entre eux ne sont pas représentés par au moins une sage-femme libérale ayant renvoyé le questionnaire : le Cantal, la Corse-du-Sud, la Haute-Corse et la Haute-Loire.

	TOTAL	1938	614	31,68%
Établissement Public	1555	512		32,9%
Établissement privé PSPH	70	24		34,3%
Établissement privé	313	78		24,9%

Malgré une démarche plus complexe, il faut souligner que le taux de retour est encore une fois satisfaisant puisqu'il se situe à 31%, taux de retour particulièrement bon au regard du mode de passation⁷. De plus les écarts entre les régions sont limités, avec une nuance chez les Auvergnates. Le taux de retours des sages-femmes corses n'est quant à lui pas assez représentatif compte tenu du nombre limité de questionnaires envoyés.

Toujours dans un souci de représentativité de l'échantillon, nous avons tenté de contacter divers types de structures. Ainsi, les questionnaires ont été transmis à 63 établissements. Pour ce qui est des établissements publics, qui accueillent la majorité des sages-femmes hospitalières, nous avons veillé à ne pas surreprésenter un type de structures par rapport à d'autres, notamment au regard du critère de niveau de la maternité (CPP, niveau 1, 2, 3⁸). Ainsi, la distribution des questionnaires dans les établissements contactés se répartit comme suit⁹ :

- 9 Etablissements publics de niveau 3,
- 21 Etablissements publics de niveau 2,
- 16 Etablissements publics de niveau 1,
- 3 Centres de Périnatalité de Proximité,
- 3 Etablissements privées Participant au Service Public Hospitalier (tous de niveau 1),
- 11 Etablissements publics hors PSPH (5 de niveau 2 et 6 de niveau 1).

1.3. L'organisation du questionnaire

Le questionnaire développe 8 parties. Cela n'implique pas un rassemblement systématique des questions de chacune des parties. Nous avons organisé les questions en ayant le souci du rythme du questionnaire. Celui-ci étant long, il fallait alterner des questions de faits nécessitant peu de réflexion avec des questions d'opinion qui elles demandent plus de temps.

- La première partie regroupe des questions touchant à des éléments intervenant avant l'entrée dans la carrière, comme le choix professionnel, la formation à l'Ecole de Sages-femmes. L'objectif est ici de recueillir des données factuelles afin de procéder à des analyses ciblées ou bien comparées comme la perception des difficultés lors de la formation.

- La deuxième traite de la carrière, passée et actuelle. Ainsi, une question tente de recueillir les étapes de la carrière, une autre la situation statutaire de la personne.

⁷ Rares ont été les cas de questionnaires partiellement remplis. Ceux-ci n'ont pas été intégrés à l'échantillon final.

⁸ CPP : Centre de Périnatalité de Proximité ; Maternité de niveau 1 : établissements accueillant les grossesses et les accouchements ne présentant a priori aucun risque. Maternités de niveau 2 : établissement possédant un service de néonatalogie ou de soins intensifs néonataux sur place ou à proximité. Maternités de niveau 3 : établissement disposant d'un service de réanimation néonatale et spécialisés dans le suivi des grossesses pathologiques ou multiples, celles dont on sait, dès la conception, qu'elles présentent un risque pour l'enfant à naître. Les principales différences entre les niveaux de maternités se font sur les soins apportés aux bébés et la graduation dans la prise en charge des risques obstétricaux.

⁹ Cela ne préjuge rien du taux de réponses des sages-femmes.

- La troisième partie tente d'objectiver l'activité de la sage-femme tant celle réalisée que celle appréciée. C'est aussi dans cette partie que nous avons posé des questions sur les relations de la répondante avec les autres professionnels de la naissance fréquentés.
- La quatrième partie traite des compétences de la sage-femme.
- La cinquième partie aborde un sujet un peu particulier, la présence des hommes sages-femmes au sein de la profession.
- La sixième partie mobilise les indicateurs relatifs à l'implication professionnelle de la sage-femme, notamment au travers la participation à la grève de 2001 ou l'adhésion à un syndicat professionnel.
- Dans la septième partie, nous souhaitons connaître la perception de l'avenir, tant d'un point de vue personnel que du groupe professionnel. C'est aussi le moment où nous avons choisi d'évoquer les débats contemporains, notamment les maisons de naissance et la place de la technologie dans le travail.
- La huitième et dernière partie correspond à la « fiche signalétique », à savoir des informations socio-démographiques, comme l'année de naissance, le nombre d'enfants, la profession des parents et du conjoint.

Ce questionnaire comporte 52 questions. Il est assez dense et nous estimons qu'il nécessite une demi-heure pour le remplir sereinement. Les quelques remarques faites par les sages-femmes à son sujet soulignent parfois sa longueur. Certes, c'est le cas, mais il était difficile compte tenu de nos objectifs de supprimer une ou plusieurs parties. De plus, la rareté des questionnaires retournés et remplis partiellement indique qu'il a été, de ce point de vue, globalement bien accueilli.

2. LE PROFIL GLOBAL DES SAGES-FEMMES EN 2009

2.1. Les classes d'âge et l'ancienneté.

2.1.1. Les classes d'âge

La moyenne d'âge des sages-femmes que nous avons interrogées est d'un peu plus de 39 ans (39,18) ce qui est légèrement en dessous de la moyenne nationale qui se situe à 42 ans (42,1¹⁰), mais très proche de celle recueillie lors de l'enquête de 2004¹¹. Il s'agit là d'une des caractéristiques de notre échantillon, à savoir la légère surreprésentation des plus jeunes. Cependant, il se peut aussi que la relative « jeunesse » de cet échantillon traduise un effet du territoire qui comprend beaucoup de grandes structures de naissance, structures situées dans de grands centres urbains, lesquelles ont tendance à employer de jeunes diplômées.

Tableau 2 : L'âge des sages-femmes en fonction des régions et des données de la DRESS

Population concernée	RA ¹²		PACA		FC		AUV		Échantillon		DRESS 2009	Diff.
	Nb. Cit.	Fréq.	Nb. cit.	Fréq.	Nb. cit.	Fréq.	Nb. cit.	Fréq.	Nb. cit.	Fréq.	Fréq.	
moins de 25 ans	11	2,9%	5	1,8%	1	1,3%	1	1,3%	18	2,2%	2,8%	- 0,6
de 25 à 29 ans	96	24,9%	60	21,7%	16	21,3%	11	14,7%	183	22,6%	14,6%	+ 8,0
de 30 à 34 ans	54	14,0%	34	12,3%	17	22,7%	8	10,7%	113	13,9%	13,9%	=
de 35 à 39 ans	49	12,7%	45	16,3%	12	16,0%	14	18,7%	120	14,8%	12,9%	+1,9
de 40 à 44 ans	63	16,4%	31	11,2%	4	5,3%	9	12,0%	107	13,2%	13,6%	- 0,4
de 45 à 49 ans	38	9,9%	46	16,7%	12	16,0%	13	17,3%	109	13,4%	14,0%	- 0,7
de 50 à 54 ans	43	11,2%	25	9,1%	11	14,7%	11	14,7%	90	11,1%	11,8%	- 0,7
de 55 à 59 ans	24	6,2%	23	8,3%	2	2,7%	8	10,7%	57	7,0%	3,6%	+ 3,4
60 ans et plus	7	1,8%	7	2,5%	0	0,0%	0	0,0%	14	1,7%	7,5%	- 5,7
TOTAL CIT.	385	100,0%	276	100,0%	75	100,0%	75	100,0%	811	100%	100,0%	

Nous avons procédé à une distinction par région, ainsi qu'à une comparaison avec les données nationales disponibles les plus récentes, celles produites par la DRESS.

Comme suggéré plus haut, malgré notre attention à bien répartir les classes d'âge, il apparaît que l'échantillon est déséquilibré sur deux points. D'une part, les 25/29 ans sont surreprésentées, ce qui donne une coloration plus juvénile à notre échantillon. D'autre part, les 55/59 ans sont nettement plus nombreuses qu'au niveau national, mais il semble que cela se rééquilibre avec les plus de soixante ans qui sont la classe d'âge la moins représentée de notre échantillon. L'ensemble de l'échantillon comporte plus de jeunes sages-femmes (25/29 ans) pour 3 régions sur 4, si bien qu'on ne peut pas exclure un effet de contexte régional.

La répartition en fonction des régions explique pour beaucoup ce déséquilibre 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 sont proches dans le sens où le profil

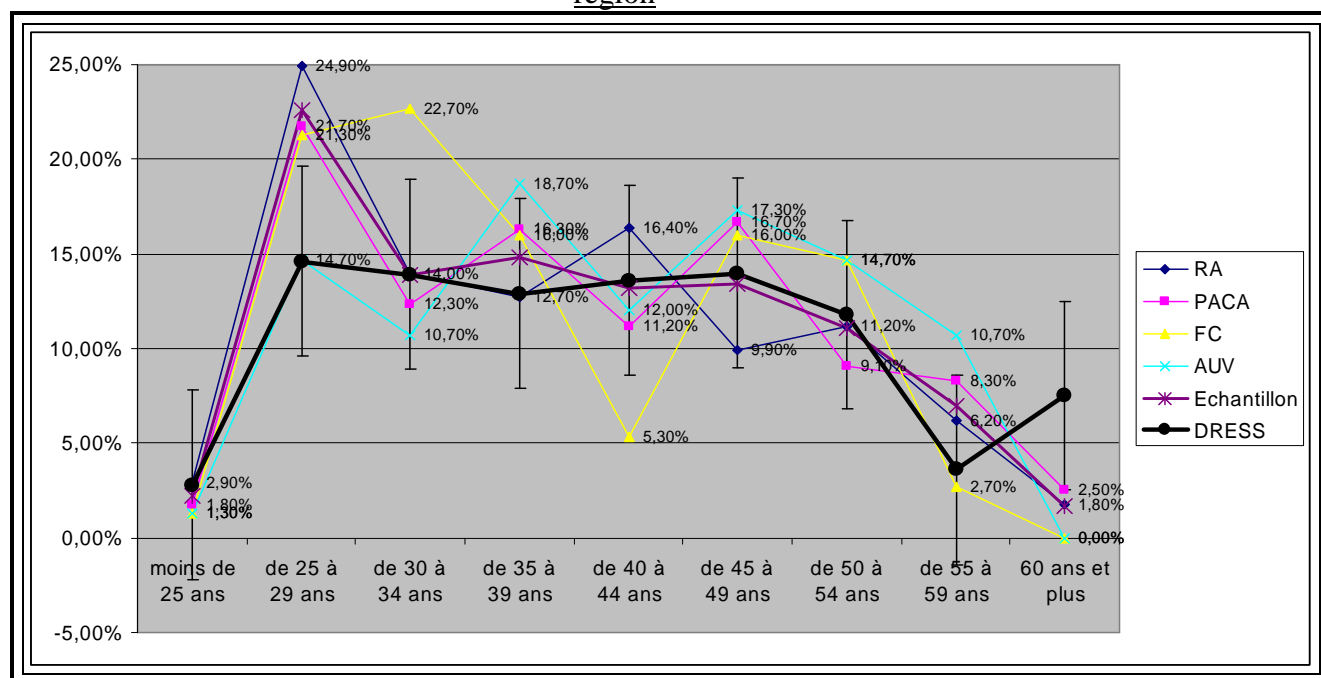
¹⁰ Daniel Sicart, *op.cit.*

¹¹ Fabienne Midy, Sophie Condinguy, Marie-laure Delamaire, « La profession de sage-femme : trajectoires, activités et conditions de travail », *Question d'économie et de santé*, n°102, 2005.

¹² RA = Rhône-Alpes, PACA = Provence Alpes Côte d'Azur, FC = Franche Comté, AUV = Auvergne

des classes d'âge est en fin de compte assez proche de la moyenne sur l'ensemble de l'échantillon et des statistiques nationales.

Figure 1 : Répartition graphique des sages-femmes de l'échantillon par classes d'âge et par région



La représentation graphique de la répartition des classes d'âge permet de mieux visualiser ces écarts. Au-delà de ceux déjà évoqués, il semble que la région Franche-Comté se distingue puisque pour de nombreuses classes d'âge la proportion statistique est en dehors de la marge d'erreur (symbolisé par les traits verticaux avec des taquets), particulièrement pour les 30/34 ans et les 40/44 ans. L'hypothèse d'un « effet régional » est ici de mise. Ce constat rend plus délicate une analyse comparative entre régions, notamment si elle prend en compte cette région.

On peut être étonné par le taux de 7,5 % pour les 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. Est-ce que les sages-femmes de ces régions partent plus rapidement à la retraite ? Ou bien y a-t-il une nette propension de ces sages-femmes à arrêter leur carrière avant 60 ans ? Il faut plutôt s'orienter sur un biais à la source, puisque les fichiers ADELI (qui alimente les statistiques de la DRESS) sont établis à partir des déclarations des intéressées. Or, il n'est pas exclu qu'un bon nombre de sages-femmes se perçoivent encore sage-femme même si elles ont cessé de l'être, d'un point de l'activité, et qu'elles tardent donc à se désinscrire de ce fichier. Dans cette catégorie d'âge l'hypothèse d'une surestimation est sérieuse. D'autant que les auteurs de la dernière enquête statistique sur les sages-femmes en France, en 2004, 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 ADELI¹³.

¹³ « Concernant l'âge et l'ancienneté du diplôme, on observe une surreprésentation des sages-femmes les plus jeunes et une sous-représentation des sages-femmes les plus expérimentées par rapport au fichier ADELI. Ce décalage s'explique par un report de l'inscription à ADELI chez les nouvelles diplômées et de la désinscription des sages-femmes n'exerçant plus. », Fabienne Midy, Sophie Condinguy, Marie-laure Delamare, *op.cit.*, p. 1.

2.1.2. L'ancienneté dans la profession

Nous avons obtenu l'ancienneté à partir du calcul entre l'année de l'enquête (2009) et l'année d'obtention du diplôme. 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). L'ancienneté moyenne est de 15,7 ans.

Tableau 3 : Répartition de l'ancienneté des sages-femmes

Années d'ancienneté	Nb. cit.	Fréq.
Moins de 5 ans	165	20,3%
De 5 à 10 ans	121	14,9%
De 10 à 15 ans	117	14,4%
De 15 à 20 ans	112	13,8%
De 20 à 25 ans	78	9,6%
De 25 à 30 ans	125	15,4%
30 et plus	93	11,5%
TOTAL CIT.	811	100%

Minimum = 0, Maximum = 44 Moyenne = 15,69

En termes d'ancienneté, on note une répartition plutôt homogène dans le sens où la classe d'ancienneté la plus importante ne regroupe que 20 % des sages-femmes de l'enquête et la plus faible 9,6 %. Cet écart montre que les recrutements sont assez constants, même s'ils s'accroissent depuis 5 ans environ. Il y a une forme de rajeunissement qui est en cours depuis la seconde partie des années 1980, puisque les sages-femmes qui ont entre 20 et 25 ans d'ancienneté dans la profession sont les moins présentes dans notre échantillon. Or, en tant que profession réglementée par un *numerus clausus*, on voit à l'œuvre les conséquences de la baisse du nombre des admis durant ces années. Si on se réfère aux chiffres donnés par l'Ordre des sages-femmes concernant l'évolution du *numerus clausus*¹⁴, 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, avec aujourd'hui un nombre de places allouées supérieur à 1000.

Tableau 4 : Evolution du numerus clausus des sages-femmes

Années	1986	1990	1994	1999	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Quotas	738	663	668	729	759	900	975	1000	1000	1000	1007	1015	1015	1016

Ainsi, l'ancienneté des sages-femmes de notre échantillon est représentative de la tendance démographique de la profession en termes d'âge, à savoir un rajeunissement qui débute à partir du milieu des années 1990 et qui se poursuit de nos jours.

2.2. L'activité

2.2.1. Les modes d'activité

Lors de notre recueil de données, nous avons pris un certain nombre de précautions afin d'obtenir des retours représentatifs en matière de modes d'activité. La sage-femme en France peut exercer sa profession de manière assez diversifiée, tant en termes de conditions de travail

¹⁴ <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/dossiers/demographie/demo1.htm>

qu'en termes de rapport au travail. Ainsi, la sage-femme peut être salariée, titulaire de la fonction publique hospitalière ou territoriale ou encore travailleuse indépendante. Cette diversité exige donc que nous nous assurions d'un échantillon représentatif sur ce point même si les effets de territoire ne sont pas à négliger.

La répartition des réponses est la suivante :

Tableau 5 : Répartitions des sages-femmes en fonction des 5 principaux modes d'activité

Modes d'activité	Nb. cit.	Fréq.
CH public	514	63,6%
Clinique privée	98	12,1%
Libéral	156	19,3%
PMI	27	3,3%
École de Sages-femmes	13	1,6%
TOTAL CIT.	808	100%

Il s'agit d'une répartition sans surprise dans le sens où d'un point de vue national un peu plus de 60 % des sages-femmes exercent dans des établissements de santé du secteur public et qu'elles sont environ 3 sur 4 à travailler dans des établissements de santé, quel que soit le statut de celui-ci. Ainsi, le contingent des « hospitalières » est représentatif de la situation nationale comme on peut le lire dans le tableau comparatif ci-dessous.

Tableau 6 : Répartition comparée des modes d'activités (échantillon et données DRESS)

Modes d'activité	National (DRESS) ¹⁵		4 régions ¹⁶		Enquête 2009	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
Établissement Public	10 853	57,7	3499	75,1	512	63,2
Établissement Privé PSPH	749	3,9			24	3,0
Établissement Privé non PSPH	2884	15,3			74	9,1
Libéral Cabinet individuel	2256	12,0	836	17,9	100	12,3
Libérale Cabinet de groupe	815	4,3			59	7,2
Entreprise d'intérim	192	1,0	324	7,0	2	0,3
P.M.I. Planification familiale	417	2,2			27	3,3
Collectivités territoriales	357	1,9				
Autres	324	1,7			13	1,6
TOTAL	18847	100,0	4659	100,0	810	100,0

Les grandes tendances sont globalement respectées. Cependant, il est intéressant de noter que malgré notre attention accordée à la répartition des envois de questionnaires, on constate un petit déséquilibre au sein des « hospitalières » au détriment des sages-femmes travaillant dans le secteur privé (- 6 points) s'expliquant par un faible retour lors nos demandes dans ces établissements¹⁷. À l'inverse, les sages-femmes libérales ont marqué plus d'entrain à nous répondre, notamment celles qui travaillent en groupe (que ce soit entre sages-femmes ou avec d'autres professionnels de la santé).

¹⁵ Daniel Sicart, *op.cit.*

¹⁶ Idem.

¹⁷ Cf. tableau n°1.

Si l'on raisonne non plus au niveau national, mais en comparaison régionale à partir des effectifs relevés par la DRESS, la répartition est étonnement similaire puisqu'on relève 75,1 % d'hospitalières alors que notre échantillon en comporte 75,3%. Seul un léger déséquilibre est repérable pour les sages-femmes libérales (+1,4 point), sans que pour autant celui-ci invalide statistiquement notre échantillon.

En définitive, les écarts ne sont pas assez nets statistiquement pour que l'on puisse craindre des biais ; en matière de modes d'activité l'échantillon est représentatif tant de la situation nationale que locale (4 régions concernées).

Sans entrer dans une analyse des parcours professionnels (que nous développerons dans la partie 2 du rapport), il est tout de même éclairant de connaître la répartition des modes d'activités exercés en fonction des classes d'âge. Considérant que notre échantillon est représentatif de ce point de vue, on peut légitimement procéder à un tel croisement, d'autant que nous avons souvent recueilli un discours faisant état d'installation libérale de plus en plus précoce, lequel demande à être vérifié.

Tableau 7 : Les modes d'activité des sages-femmes en fonction de leur année de naissance

Modes d'activité année de naissance	CH public	Clinique privée	Libéral	Autres modes d'activités	TOTAL
avant 1950	21,4% (3)	14,3% (2)	57,1% (8)	7,1% (1)	100% (14)
De 1950 à 1960	60,4% (87)	7,6% (11)	24,3% (35)	7,6% (11)	100% (144)
De 1960 à 1970	50,5% (109)	13,4% (29)	27,8% (60)	8,3% (18)	100% (216)
De 1970 à 1980	66,1% (154)	12,4% (29)	17,6% (41)	3,9% (9)	100% (233)
après 1980	80,1% (161)	13,4% (27)	6,0% (12)	0,5% (1)	100% (201)
TOTAL	63,6% (514)	12,1% (98)	19,3% (156)	5,0% (40)	100% (808)

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 76,9$, $ddl = 12$, $1-p = >99,9\%$.

Statistiquement il existe une corrélation entre les deux variables. Les résultats ne vont pas dans le sens de l'hypothèse évoquée, mais l'infirme au contraire. Les jeunes sages-femmes sont très peu installées en libéral ; on peut penser qu'il y aurait même une tendance à un recul de ces installations précoces. Cette installation se fait principalement après 40 ans. C'est d'ailleurs cette analyse que nous privilégions ici, à savoir que si l'augmentation de l'exercice libéral se constate au niveau national (16,3 % selon la DRESS), il n'empêche que cette installation est dépendante d'un certain calendrier dans le parcours professionnel. L'installation en libéral pour les sages-femmes de moins de 30 ans est marginale (6 %).

Au regard de ce tableau, on devine qu'au-delà des effets de générations qui sont difficiles à observer ici, on voit poindre différents parcours professionnels de sage-femme. Beaucoup passent par les établissements hospitaliers principalement publics. Puis, une partie d'entre elles se dirige vers un autre mode d'activité dont l'exercice libéral ou d'autres modes : PMI, enseignement en ESF. En tout état de cause, la charnière dès 40 ans semble cruciale. Elle correspond aussi à des moments clés de la vie des femmes : fin de congés maternités, scolarisation des enfants, mais aussi à un début « d'usure » au travail, autant d'étapes qui peuvent interférer sur la manière dont elles envisagent la suite de leur carrière professionnelle.

2.2.2. Le statut de l'emploi

La question du statut de l'emploi concerne les sages-femmes salariées, c'est-à-dire un peu plus de 80 % de notre échantillon. Or, on constate que la plupart d'entre elles bénéficient d'un statut relativement stable (88,2 % sont en CDI) et que la pratique du recours au CDD est

somme toute assez faible (11,8 %) au regard d'autres marchés du travail, voire de l'ensemble de la population active¹⁸.

Notre intérêt s'est surtout porté sur le travail à temps partiel, forme d'activité massivement pratiquée par les femmes. Ainsi, il devenait intéressant à connaître la situation des sages-femmes sur ce point d'autant que selon l'Ordre des sages-femmes on constate au niveau global une croissance de cette forme d'activité¹⁹.

Tableau 8 : Les sages-femmes salariées en fonction du statut de l'emploi et de la quotité de travail

Statut et quotité de travail	Nb. cit.	Fréq.
CDI à temps plein	394	57,4%
CDI à temps partiel	211	30,8%
CDD à temps plein	61	8,9%
CDD à temps partiel	18	2,6%
En contrat intérimaire	2	0,3%
TOTAL CIT.	686	100%

On peut noter que la part des CDI à temps plein (qui comprend bien entendu les sages-femmes de la fonction publique territoriale) est en fin de compte assez faible même si elle représente la majorité des situations d'emploi. La proportion d'emplois salariés à temps partiel tient dans cette profession une place notable puisqu'elle concerne environ un tiers des sages-femmes interrogées.

- Une répartition des statuts de l'emploi plutôt uniforme

Ce tableau d'ensemble portant sur le statut de l'emploi des sages-femmes doit-il être nuancé au regard du lieu et du contexte de travail ? On peut légitimement se demander quels sont les lieux de travail qui suscitent le plus l'emploi stable ? Ce questionnement appelle le croisement de la variable quotité de travail avec celle de la structure de travail :

Tableau 9 : Les lieux de travail en fonction du statut de l'emploi

Situation d'emploi structure actuelle de travail	Emploi stable (CDI)	Emploi précaire (CDD, intérim)	TOTAL
Établissement public	89,5% (462)	10,5% (54)	100% (516)
Établissement privé	81,9% (86)	18,1% (19)	100% (105)
Établissement privé PSPH	87,5% (21)	12,5% (3)	100% (24)
PMI	92,6% (25)	7,4% (2)	100% (27)
École de Sages-femmes	83,3% (10)	16,7% (2)	100% (12)
TOTAL	88,3% (604)	11,7% (80)	100% (684)

La dépendance est peu significative. $\chi^2 = 7,5$, $ddl = 4$, $1-p = 88,7\%$.

¹⁸ Au niveau national, la proportion de femmes actives salariées bénéficiant d'un CDI est de 79,6 %, soit une situation moins avantageuse que celle des sages-femmes. Source : Insee, *enquêtes Emploi du 1er au 4e trimestre 2008*.

¹⁹ Pour l'Ordre des Sages-femmes, la proportion d'activité à temps partiel est passée de 12,5 % en 1985 à 16,5 % en 1990 et à 30 % en 1997.

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

Au regard de ce tableau, aucune corrélation statistique nette ne ressort. Ainsi, on ne peut affirmer qu'un secteur d'emploi (qu'il soit public ou privé) a plus de poids qu'un autre dans le niveau de précarité constaté dans la profession. L'emploi stable est la norme : de 92 % pour la PMI à 82 % pour les établissements privés. S'il existe un écart de 10 points les tests statistiques nous invitent à la prudence et plutôt à infirmer la présence d'une corrélation. La comparaison entre le secteur privé et public n'est pas plus opérante.

- Statut de l'emploi et quotité de temps de travail

Ces observations sur la question du statut rejoignent celles portant sur la quotité de temps de travail (temps plein et temps partiel). En effet, même le secteur privé et l'exercice en PMI se révèlent un peu moins pourvoyeurs de temps plein, les écarts sont statistiquement fragiles. De plus, dans le cas du temps de travail, ce sont les sages-femmes travaillant en établissements privés PSPH qui sont les plus éloignées de la moyenne alors qu'en termes de stabilité de l'emploi, elles sont très proches du taux des établissements publiques. On ne peut donc pas conclure à une distinction et surtout une influence certaine du lieu de travail par rapport au temps de travail exercé et au statut dont bénéficient les sages-femmes. Si les écarts sont manifestes, ils ne sont pas assez distinctifs pour en déduire à coup sûr un déterminisme structurel de l'établissement de travail fréquenté sur le rapport à l'emploi de la sage-femme.

Tableau 10 : La quotité du temps de travail en fonction de la structure de travail

structure actuelle	Quotité du temps de travail	temps plein	temps partiel	TOTAL
Établissement public		69,1% (356)	30,9% (159)	100% (515)
Établissement privé		60,0% (63)	40,0% (42)	100% (105)
Établissement privé PSPH		54,2% (13)	45,8% (11)	100% (24)
PMI		55,6% (15)	44,4% (12)	100% (27)
École de Sages-femmes		66,7% (8)	33,3% (4)	100% (12)
Autre		55,6% (5)	44,4% (4)	100% (9)
TOTAL		66,5% (460)	33,5% (232)	100% (692)

La dépendance n'est pas significative. $\chi^2 = 7,16$, $ddl = 5$, $1-p = 79,08\%$.

Il faut souligner la forte présence du recours au temps de travail partiel pour une profession exigeant un tel niveau de qualification : sachant qu'en France, le taux de temps partiel se situe autour de 31 % parmi la population active féminine²⁰, le taux de 33,4 % doit être considéré comme un signe important. Cela l'est d'autant qu'en comparaison ce taux est bien plus faible dans des professions qualifiées du secteur de la santé, comme celle d'infirmière ou encore de médecin (25 % environ pour les infirmières).

- Statut de l'emploi et âge de la sage-femme

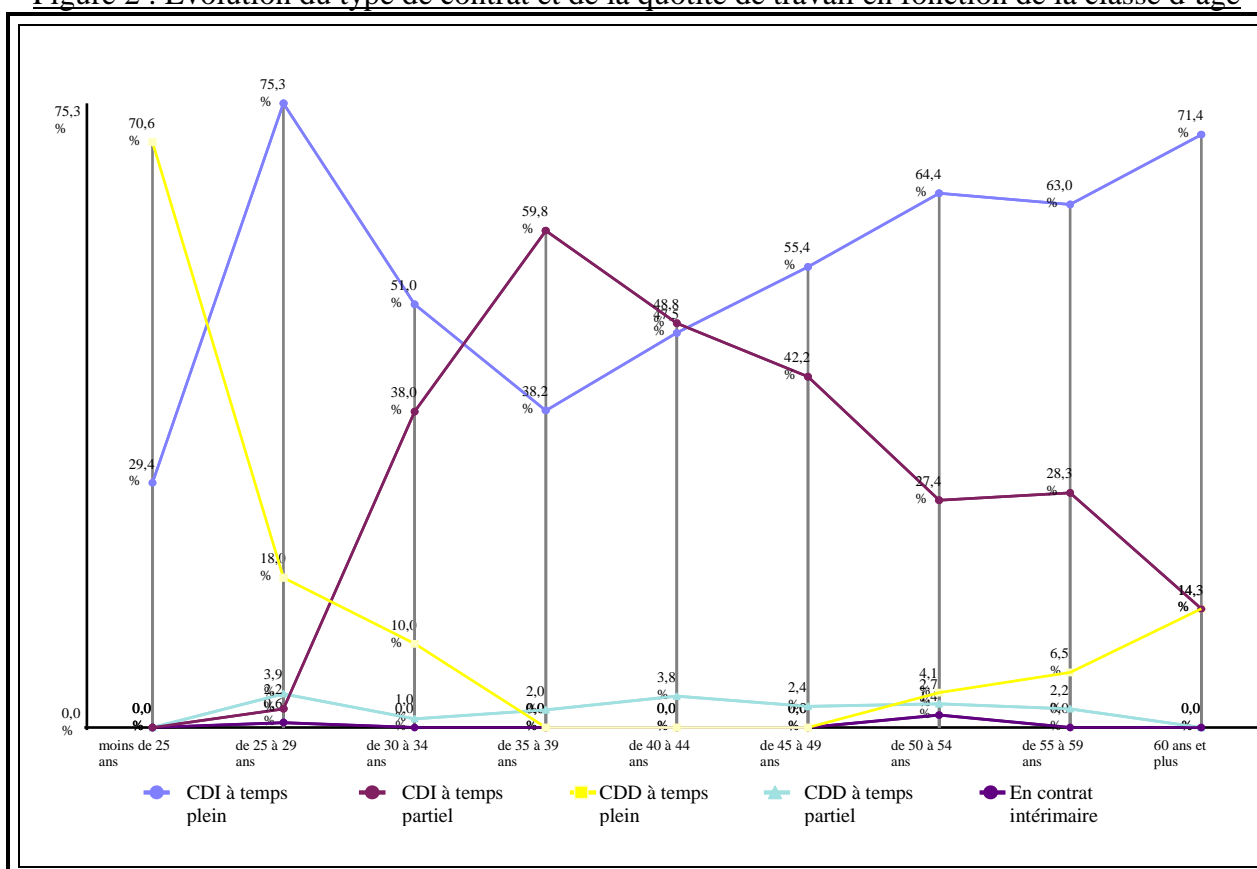
On sait que le rapport à l'emploi évolue en fonction de l'âge et de l'étape dans la carrière. Ceci est d'autant plus vrai pour la population active féminine qui est confrontée aux périodes de maternités et dont de nombreuses recherches ont souligné l'impact souvent négatif de ces étapes sur la carrière²¹.

²⁰ Margaret Maruani, *Travail et emploi des femmes*, La découverte, 2006.

²¹ Ariane Pailhé et Anne Solaz (dir.), *Entre famille et travail, des arrangements de couples aux pratiques des employeurs*, La Découverte, 2009 ; Olivier Chardon et Fabienne Daguët, « *Enquêtes annuelles de recensement*

Concernant le statut de l'emploi et le type de contrat de travail, comment les sages-femmes se situent-elles ? C'est ce que nous avons schématisé dans la figure n°2.

Figure 2 : Evolution du type de contrat et de la quotité de travail en fonction de la classe d'âge



En croisant les réponses en termes de type de contrat et les classes d'âge d'appartenance des sages-femmes, on observe que l'entrée dans la profession se fait massivement par le CDD (70,6 % des moins de 25 ans). Il ne s'agit pas seulement d'une « porte d'entrée » puisque qu'on relève encore 10 % de CDD à temps plein parmi les 30/34 ans, c'est-à-dire des sages-femmes qui peuvent avoir jusqu'à 10 ans d'expérience. Malgré tout, l'accès à un CDI à temps plein est acquis généralement au-delà de 25 ans ; il correspond au type de contrat de travail de 3/4 des sages-femmes ayant entre 25 et 29 ans. Cette courbe s'affaïsse ensuite de façon notable ce qui s'explique sans aucun doute par l'arrivée du ou des enfants. Dans ce cas, le choix majoritaire semble être celui de l'activité à temps partiel durant la période où les enfants sont élevés. Ainsi, pour les plus de 44 ans, le CDI à temps plein redevient majoritaire et cette tendance ne fait que croître avec l'âge.

Les courbes de la figure n°2 montrent qu'à l'évidence le rapport au type de contrat de travail est lié aux maternités et à l'étape de l'éducation des enfants. Ainsi les carrières des sages-femmes présentent bien de fortes similitudes avec les carrières dites « féminines », à savoir un impact certain de la vie privée et familiale sur le rapport au travail.

Le tableau ci-dessous, qui présente uniquement la corrélation entre la classe d'âge et la quotité de travail observé, confirme ce que nous venons de constater. Ce sont bien les sages-femmes en âge d'élever leurs enfants, celles pour lesquelles la charge domestique est la plus

2004 à 2007 : l'activité des femmes est toujours sensible au nombre d'enfants », INSEE Première, n° 1171, 2008.

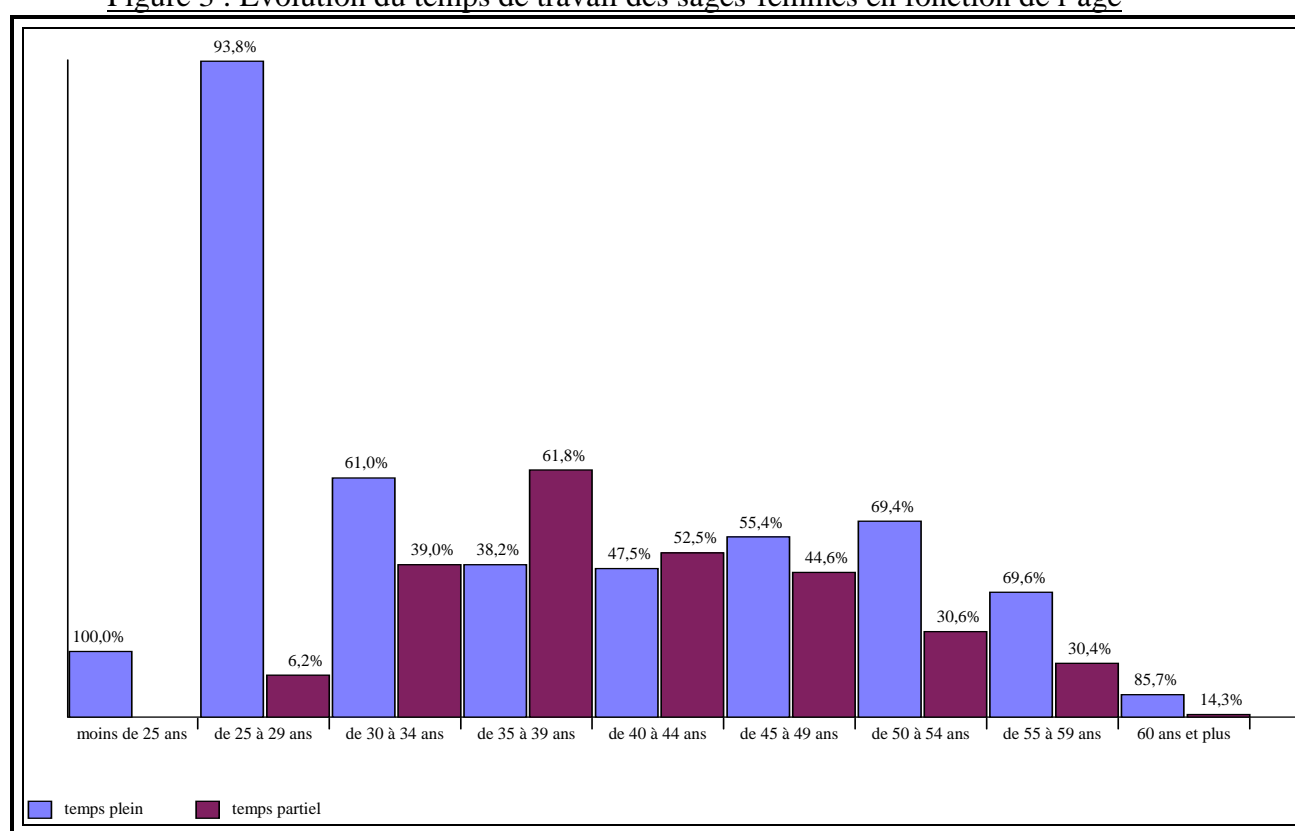
importante, qui sont à temps partiel ; entre 35 et 44 ans il y a une majorité de temps partiel, plus particulièrement entre 35 et 39 ans à savoir lorsque les enfants ont entre 5 ans et une dizaine d'années. Bien entendu, ce raisonnement ne vaut que pour les sages-femmes aujourd'hui en activité. On ne peut rien en déduire sur le comportement des autres générations tant pour celles à venir que celles plus âgées.

Tableau 11 : Répartition de la quotité de temps de travail en fonction de l'âge

Classes d'âge Quotité de travail	< 25 ans	25/29 ans	30/34 ans	35/39 ans	40/44 ans	45/49 ans	50/54 ans	55/59 ans	60 ans et plus	TOTAL
Temps plein	100% (17)	93,8% (166)	61,0% (61)	38,2% (39)	47,5% (38)	55,4% (46)	69,4% (50)	69,6% (32)	85,7% (6)	66,5% (455)
Temps partiel	0,0% (0)	6,2% (11)	39,0% (39)	61,8% (63)	52,5% (42)	44,6% (37)	30,6% (22)	30,4% (14)	14,3% (1)	33,5% (229)
TOTAL	100% (17)	100% (177)	100% (100)	100% (102)	100% (80)	100% (83)	100% (72)	100% (46)	100% (7)	100% (684)

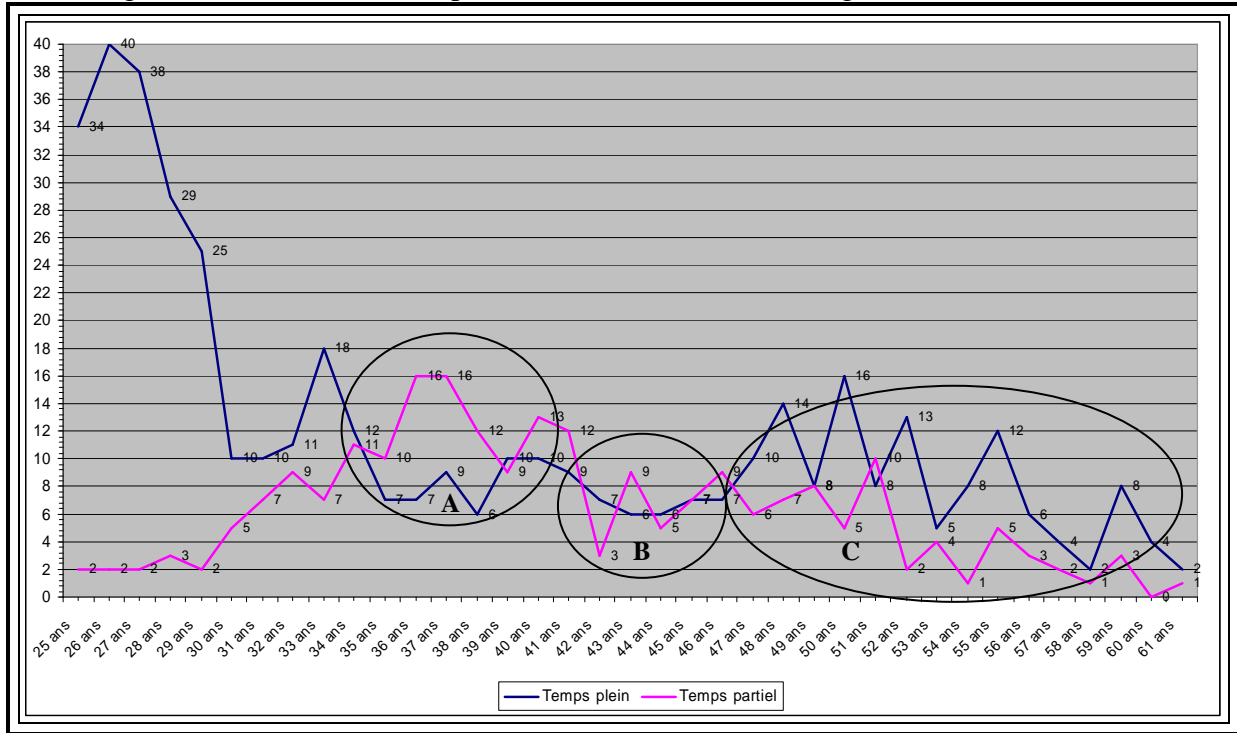
La dépendance est très significative. $\chi^2 = 124,86$, $ddl = 8$, $1-p = >99,99\%$.

Figure 3 : Evolution du temps de travail des sages-femmes en fonction de l'âge



Pour être plus précis sur cette question, nous avons représenté schématiquement la courbe du rapport entre temps partiel et temps plein en fonction de chacun des âges. Ainsi, on visualise mieux les retournements de tendance entre l'activité à temps plein et celle à temps partiel. Le plein-temps est supérieur entre 25 et 35 ans puis après 47 ans (période C). L'inverse se rencontre seulement pour les sages-femmes âgées de 35 à 41 ans (période A). Enfin, il y a une période très intéressante puisqu'on peut la qualifier de « mixte » (période B) dans le sens où les écarts en valeur absolue sont assez faibles. Tout se passe comme si deux pratiques coexistaient, à savoir le retour (ou le maintien pour celles qui l'étaient avant) dans un plein-temps et celles qui enchaînent sur une carrière à temps partiel de manière plus durable et pour lesquelles la période des maternités et de l'éducation des jeunes enfants deviennent seulement une parenthèse.

Figure 4 : Evolution du temps de travail en fonction de l'âge (selon les effectifs)



Sur ce point, nous devons souligner des distinctions régionales. En effet, la répartition des temps partiels en fonction des classes d'âge n'est pas identique selon les régions. Les situations distinguent d'un côté les rhône-alpines et les sages-femmes de PACA et de l'autre les franc-comtoises et les Auvergnates.

Figure 5 : Evolution du temps de travail des sages-femmes Rhône-alpines en fonction de l'âge

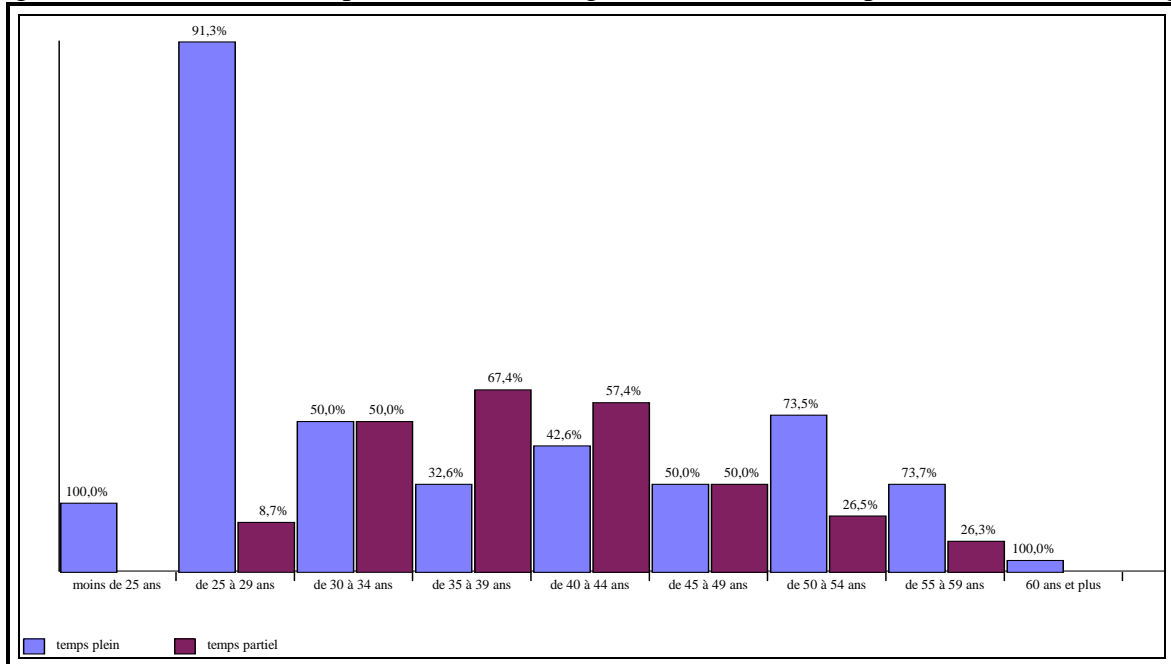


Figure 6 : Evolution du temps de travail des sages-femmes de P.A.C.A. en fonction de l'âge

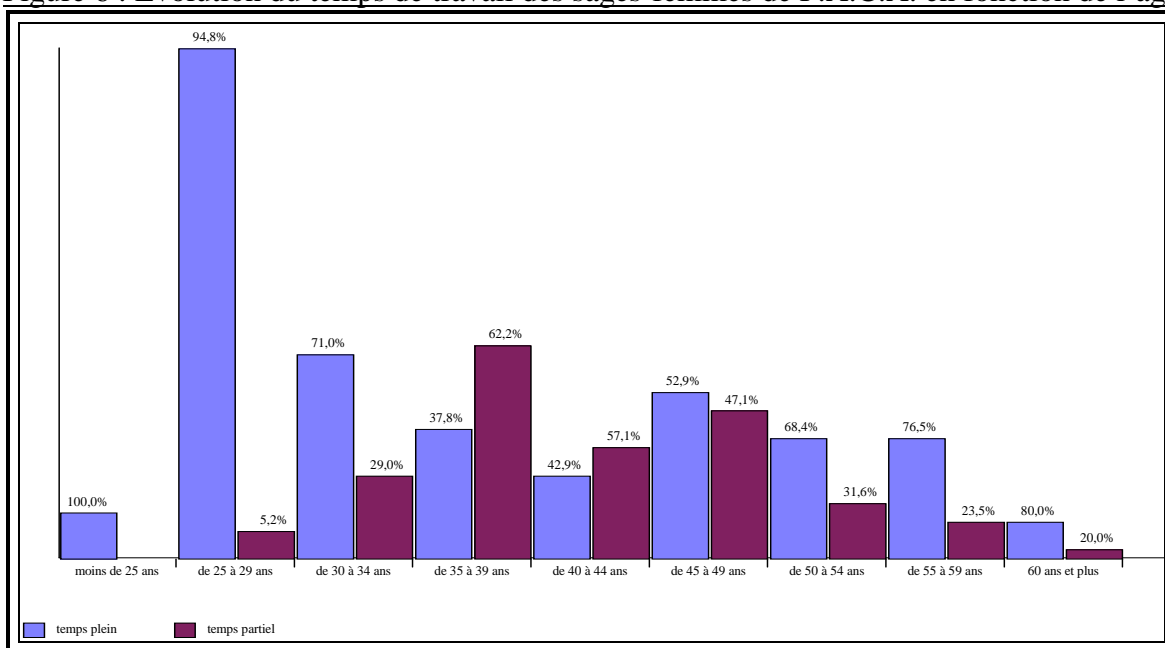


Figure 7 : Evolution du temps de travail des sages-femmes franc-comtoises en fonction de l'âge

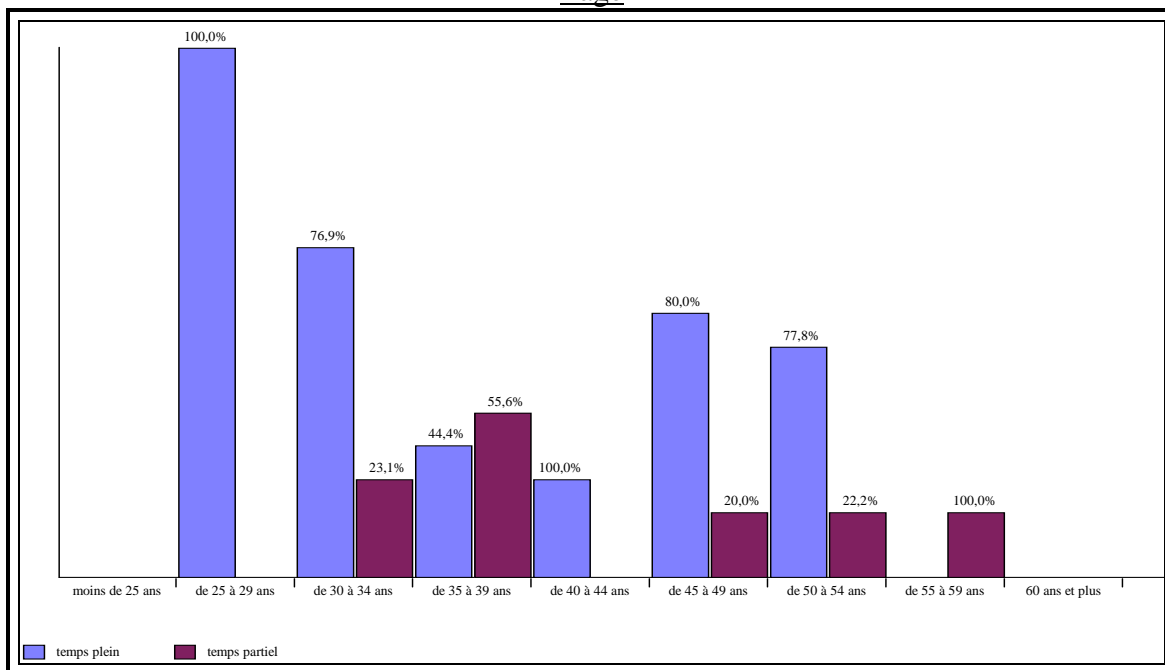
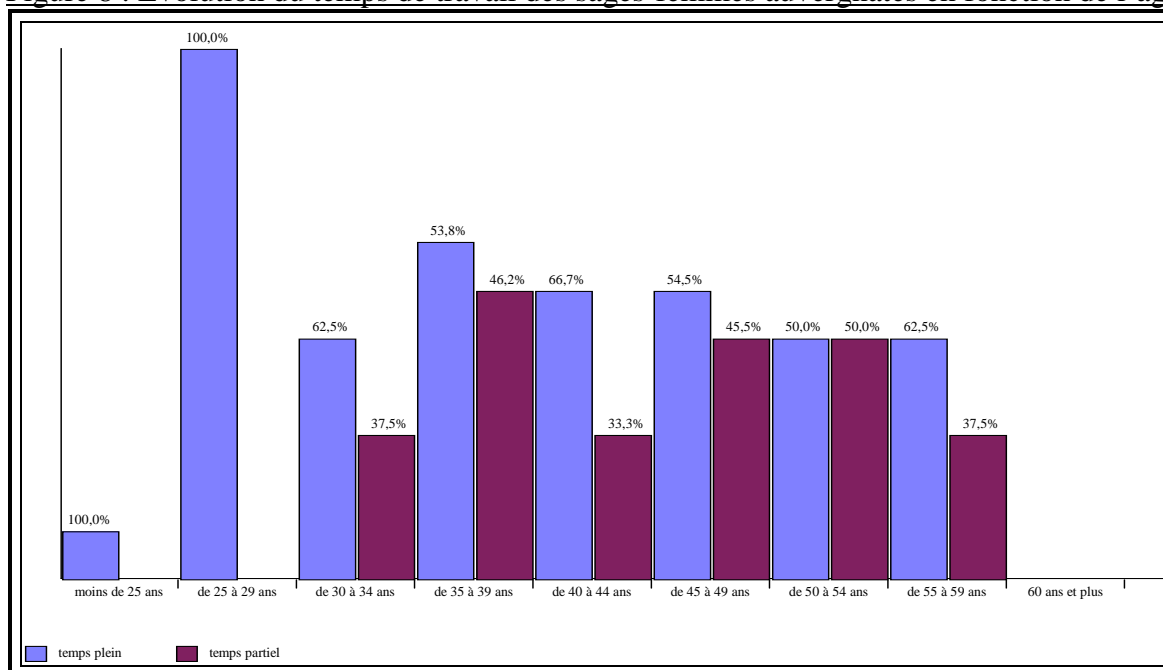


Figure 8 : Evolution du temps de travail des sages-femmes auvergnates en fonction de l'âge



La répartition dans les régions Rhône-Alpes et PACA est en définitive assez peu éloignée de la tendance de l'ensemble de l'échantillon. Les éléments divergents viennent de la région Auvergne puis de la Franche-Comté. Pour la première, on constate une plus forte proportion globale de temps partiel (35,2 %) mais aussi que cette forme d'activité touche un plus grand nombre de classes d'âge. Ainsi, à partir de 30 ans, les sages-femmes auvergnates sont toujours plus nombreuses que la moyenne de l'échantillon à poursuivre une activité à temps partiel. De plus, pour les sages-femmes âgées de plus de 45 ans, le taux de temps partiel s'élève à 55,2 %. Il semble bien que le retour à une activité à temps complet pour les sages-femmes auvergnates après la venue des enfants est plus rare que dans les autres régions.

Dans un deuxième temps, les sages-femmes de la région Franche-Comté se caractérisent par un plus faible taux de temps partiel, avec une moyenne de 22,6 % soit 10 points inférieurs à celle de l'échantillon. Dans cette région tout se passe comme si la reprise du temps plein se faisait dès 40 ans, c'est-à-dire dès que les enfants ne sont plus en bas âge.

D'un point de vue statistique et quantitatif, l'activité des sages-femmes traduit une situation conforme au reste de la population active féminine, tant en matière de carrière que dans la propension au travail à temps partiel. Ces phénomènes semblent même être accentués dans certains cas. Ces éléments sont à affiner avec une analyse qualitative des parcours professionnels.

2.3. Une situation familiale assez commune

La situation professionnelle des sages-femmes entraîne-t-elle des inflexions ou des singularités à propos des modes de vie familiaux, plus précisément dans sa configuration ?

Tableau 12 : La situation familiale des sages-femmes

situations familiales	Nb. cit.	Fréq.
non réponse	6	0,7%
célibataire	124	15,3%
mariée	402	49,6%
vie maritale	215	26,5%
divorcée	55	6,8%
veuve	9	1,1%
TOTAL CIT.	811	100%

D'une manière générale, plus des $\frac{3}{4}$ des sages-femmes interrogées vivent en couple (76,1 %). Ce taux est supérieur à celui constaté par l'INSEE 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 %) ²². Il semble que les sages-femmes aient donc une propension à vivre plus en couple que le reste de la population.

Tableau 13 : Situation familiale des sages-femmes en fonction l'âge

Situations familiales Classes d'âge	célibataire	mariée	Vie maritale	divorcée	Veuve	TOTAL
moins de 25 ans	50,0% (9)	5,6% (1)	44,4% (8)	0,0% (0)	0,0% (0)	100% (18)
de 25 à 29 ans	30,8% (56)	19,2% (35)	50,0% (91)	0,0% (0)	0,0% (0)	100% (182)
de 30 à 34 ans	15,0% (17)	45,1% (51)	36,3% (41)	3,5% (4)	0,0% (0)	100% (113)
de 35 à 39 ans	5,0% (6)	68,9% (82)	19,3% (23)	6,7% (8)	0,0% (0)	100% (119)
de 40 à 44 ans	7,7% (8)	67,3% (70)	18,3% (19)	6,7% (7)	0,0% (0)	100% (104)
de 45 à 49 ans	4,6% (5)	70,4% (76)	9,3% (10)	12,0% (13)	3,7% (4)	100% (108)
de 50 à 54 ans	10,0% (9)	56,7% (51)	17,8% (16)	12,2% (11)	3,3% (3)	100% (90)
de 55 à 59 ans	17,5% (10)	54,4% (31)	8,8% (5)	17,5% (10)	1,8% (1)	100% (57)
60 ans et plus	28,6% (4)	35,7% (5)	14,3% (2)	14,3% (2)	7,1% (1)	100% (14)
TOTAL	15,4% (124)	49,9% (402)	26,7% (215)	6,8% (55)	1,1% (9)	100% (805)

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 259,6$, $ddl = 32$, $1-p = >99,9\%$.

Cependant, notre échantillon ne concerne que des femmes âgées de 24 ans à 66 ans. Ainsi, si l'on affine l'analyse en fonction des classes d'âge, on peut voir apparaître des distinctions que ne laissent pas augurer la lecture des taux globaux.

Comme on peut s'en apercevoir dans le tableau 13, les sages-femmes sont plus en couple que l'ensemble des Françaises, quasiment pour toutes les classes d'âge. Ceci est d'autant plus marquant dans les classes d'âge les plus jeunes et même parmi les 35/44 ans où les écarts sont supérieurs de plus de 10 points. À l'inverse, les sages-femmes les plus âgées sont nettement moins en couple que les française du même âge. Ceci s'explique dans doute par un effet de génération comparable à ce que nous observerons plus loin au niveau de fécondité.

On peut se demander quelle est la part de célibat volontaire chez ces sages-femmes ? En effet, parmi les sages-femmes de ces générations (qui ont plus de 50 ans), qui sont au nombre de 161, 23 sont célibataires, autant sont divorcés et 5 sont veuves. Autrement dit, un peu moins de la moitié des sages-femmes les plus âgées et qui ne vivent pas en couple au moment de l'enquête, ont un profil de femmes célibataire, profil en proportion comparable avec celles qui vivent seules à la suite d'un divorce. De ce fait, il y a bien une partie des sages-femmes dont

²² Source Insee : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=ip1281#inter4

on peut penser raisonnablement qu'elles ont choisi ou suivi un parcours de femmes célibataires.

Tableau 14 : Le taux de vie de couple des sages-femmes et des Françaises en fonction de l'âge

Classes d'âge	Taux de vie de couple en France ²³	Taux de vie de couple sages-femmes	Écart
20/24 ans	31 %	50 %	+ 19
25/29 ans	62 %	69 %	+ 7
30/34 ans	73 %	81 %	+ 8
35/39 ans	74 %	88 %	+ 14
40/44 ans	72 %	86 %	+ 14
45/49 ans	72 %	80 %	+ 8
50/54 ans	71 %	74 %	+ 3
55/59 ans	70 %	63 %	- 7
60/64 ans	68 %	50 %	- 18

Le taux de célibataires global chez les sages-femmes (un peu plus de 15 %) est cependant assez faible si on le compare à l'ensemble des Françaises (33,4 %²⁴), même si ce dernier chiffre tient compte de toutes les classes d'âge au-delà de 15 ans.

Concernant la situation familiale, les distinctions entre régions sont assez faibles mis à part pour la région Franche-Comté. Dans cette dernière, il y a moins de sages-femmes divorcées, mais aussi moins de célibataires au profit de celles qui vivent en couple (85,3 % contre 76,1 % sur l'ensemble de l'échantillon). Le célibat est moins prononcé dans les deux régions les moins urbanisées, phénomène en fin de compte assez attendu quand on sait que le célibat est plus marqué dans les grands centres urbains. Cependant, si les sages-femmes auvergnates et franc-comtoises vivent plus en couples (vie maritale ou mariage) que les Rhône-alpines et celles de PACA, c'est avant tout parce qu'elles connaissent moins le célibat, car la proportion de divorce et de veuvage est somme toute assez équivalente selon les régions. À propos de cette moindre présence du célibat chez ces sages-femmes, on doit évoquer un effet de l'échantillon ; la légère surreprésentation de jeunes sages-femmes de régions Rhône-Alpes et PACA explique sans doute en partie l'écart constaté avec les deux autres régions.

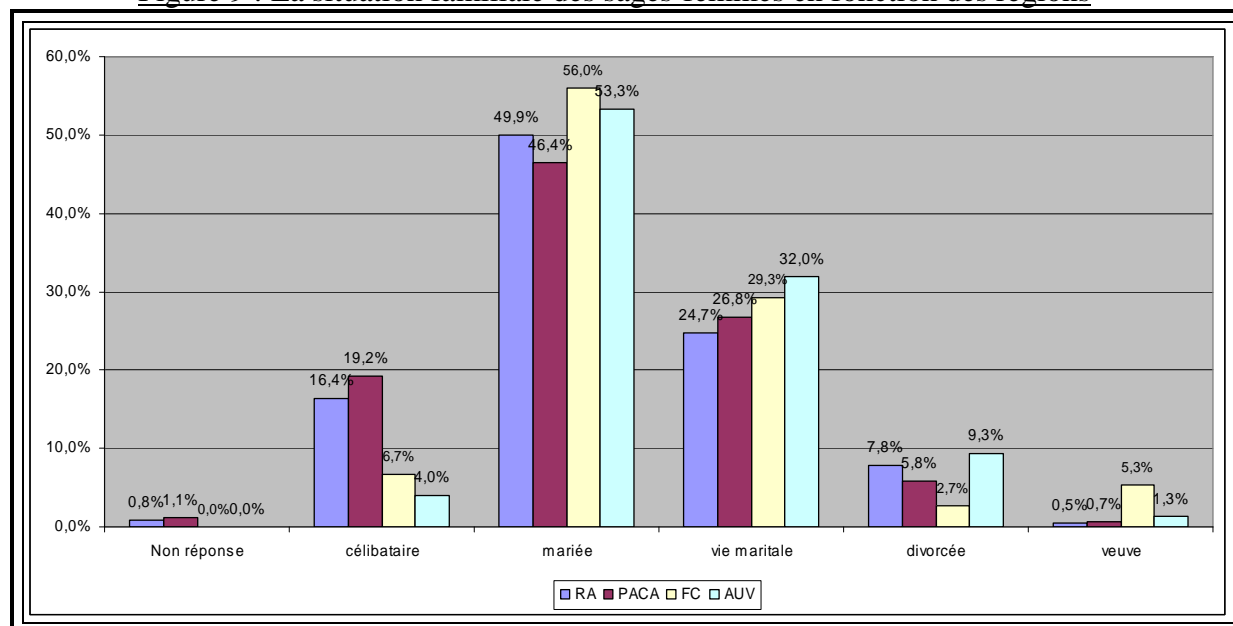
Tableau 15 : La situation familiale des sages-femmes en fonction des régions

situation familiale	RA		PACA		FC		AUV		Total	
	Nb. cit.	Fréq.	Nb. cit.	Fréq.	Nb. cit.	Fréq.	Nb. cit.	Fréq.	Nb. cit.	Fréq.
non réponse	3	0,8%	3	1,1%	0	0,0%	0	0,0%	6	0,7%
célibataire	63	16,4%	53	19,2%	5	6,7%	3	4,0%	124	15,3%
mariée	192	49,9%	128	46,4%	42	56,0%	40	53,3%	402	49,6%
vie maritale	95	24,7%	74	26,8 %	22	29,3%	24	32,0%	215	26,5%
divorcée	30	7,8%	16	5,8%	2	2,7%	7	9,3%	55	6,8%
veuve	2	0,5%	2	0,7%	4	5,3%	1	1,3%	9	1,1%
TOTAL CIT.	385	100%	276	100,0%	75	100,0%	75	100,0%	811	100,0%

²³ Idem.

²⁴ Source INSEE : http://insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF02311

Figure 9 : La situation familiale des sages-femmes en fonction des régions



Les sages-femmes interrogées ne vivent donc pas une situation familiale très différente du reste de la population féminine. Cependant, il existe une tendance accentuée chez elles à la vie de couple, qu'elle soit officialisée par un mariage ou non. De même, les sages-femmes vivent moins de manière célibataire et ce même dans les classes d'âge les plus jeunes. Une exception existe aussi pour les sages-femmes de plus de 50 ans. Pour les sages-femmes les plus âgées, le célibat est plus présent que la moyenne. On peut en déduire qu'une partie de ce célibat est volontaire et qu'il peut se conjuguer avec une absence de fécondité comme allons le voir dans le point qui suit.

2.4. Un rapport hétérogène à la fécondité

Une des idées reçues sur les sages-femmes tient à leur forte propension à avoir des enfants, comme si le fait d'avoir un exercice professionnel touchant au nouveau-né les inciterait à multiplier les expériences de maternité.

Tableau 16 : Répartition du nombre d'enfants par sage-femme

Nombre d'enfants	Nb. cit.	Fréq.
non réponse	17	2,1%
sans enfants	239	29,5%
1 enfant	112	13,8%
2 enfants	249	30,7%
3 enfants	161	19,9%
4 enfants	29	3,6%
5 enfants	3	0,4%
6 enfants	1	0,1%
TOTAL CIT.	811	100%

La moyenne d'enfant par sage-femme est de 1,55. C'est un taux relativement faible, mais qu'il faut relativiser dans le sens où bon nombre des sages-femmes interrogées n'ont pas commencé ou pas fini leur vie procréative. De même, sur l'ensemble des femmes françaises,

le taux national est de 1,34 enfant par femme. Si on laisse de coté celles 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).

Cependant 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 qu'avant l'évènement de l'obstétrique moderne, la sage-femme devait souvent être délogée des contraintes de la procréation et nombres d'entre elles s'abstenaient d'avoir des enfants pour mieux se consacrer à leur profession²⁵.

Pour en savoir plus sur la fécondité des sages-femmes, nous ne pouvons raisonner sûrement qu'à partir de celles dont on peut penser, à juste titre, qu'elles ont terminé leur « vie procréative ». Pour ces sages-femmes, celles de plus de 50 ans, on rencontre un taux de 2,2 enfant par sages-femmes, soit légèrement supérieure à la moyenne nationale. Pour les sages-femmes de la génération des 40/49 ans, femmes qui n'ont pas clôturé cette vie procréative mais dont on sait que le nombre d'enfants à venir sera très limité, la moyenne est 2,4 et pour celles des 30/39 ans, sages-femmes qui sont dans leur pleine phase procréative, le taux est de 1,6 enfant par sage-femme.

En comparaison avec l'ensemble des Françaises, comment se situent les sages-femmes ? Pour répondre à cette question, nous avons rapproché dans le tableau ci-dessus le taux de fécondité des sages-femmes de notre échantillon avec celui de l'ensemble des Françaises des mêmes générations. La comparaison est instructive (tableau 17). Les plus anciennes générations de sages-femmes se démarquent nettement par leur propension particulière à avoir moins d'enfant que l'ensemble de leur génération (nées entre 1944 et 1954). Il s'agit là de la génération qui a connu Mai 68 et l'émergence des mouvements féministes puisqu'elles avaient alors entre 14 et 24 ans. Elles ont aussi baigné en tant que sages-femmes dans cet environnement social et politique et ont connu les changements qui ont émaillé la décennie 1970.

Tableau 17 : Le taux de fécondité des sages-femmes et des Françaises en fonction de l'année de naissance

année de naissance	Taux de fécondité des sages-femmes	Taux national de fécondité	écart
1944-1949	1,92	2,17	-0,25
1950-1954	1,83	2,12	-0,29
1955-1959	2,14	2,13	+0,01
1960-1964	2,40	2,07	+0,33
1965-1969	2,30	1,90	+0,40
1970-1974	2,08	1,49	+0,59
1975-1979	1,20	0,81	+0,39
1980-1984	0,22	0,25	-0,03
1985-1986	0,11	0,06	+0,05
Moyenne	1,55	1,34	+0,19

On peut penser qu'en accord avec certains accents féministes d'alors, une sorte de refus de la maternité et/ou une implication forte et accaparante dans la profession se soit fait jour chez

²⁵ Jacques Gélis, *La sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie*, Fayard, 1984 ; Michèle Laget, *Naissances. L'accouchement avant l'âge de la clinique*, Seuil, 1992.

certaines sages-femmes de ces générations, participant ainsi à ce qu'Y. Knibiehler nomme « l'éveil des consciences »²⁶.

Pour les générations qui suivent l'écart est toujours supérieur au taux de fécondité nationale mise à part celles qui sont nées entre les 1980-84 (sages-femmes âgées de 25 et 29 ans), mais la différence est pour l'heure trop faible pour être significative d'un changement de tendance avéré. On constate également que la distinction 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. En effet, si les sages-femmes nées entre 1960 et 1979 se caractérisent par un taux de fécondité supérieur d'au moins 0,3 point à l'ensemble des Françaises, les jeunes générations sont plus en phase avec la fécondité de leur génération leur taux étant quasi identiques. Dans tous les cas, elles n'ont pas plus tôt leurs enfants que les autres Françaises. On peut penser que les nouvelles générations de sages-femmes (globalement celles qui ont moins de 30 ans) suivent un niveau de fécondité voire un calendrier de procréation de plus en plus proche du reste de la population féminine.

Parallèlement, des différences de comportements apparaissent envers la fécondité au regard des classes d'âge. Si l'on ne raisonne qu'à partir des sages-femmes de plus de 40 ans, celles pour qui le projet d'avoir des enfants est déjà réalisé, on notera que les plus âgées n'ont pas connu une fécondité semblable même si la moyenne est assez proche (2,2 contre 2,4). En effet, 8,4 % de ces dernières sont sans enfant, alors que pour la génération précédente cela ne représente que 3,8 %. On comprendra qu'une partie de ces sages-femmes n'a pas voulu ou n'a pas trouvé les conditions pour avoir des enfants. De même, la proportion des sages-femmes ayant 3 enfants chez les 40/49 ans est très forte (près de 40 %) alors qu'elle représente à peine un tiers chez leurs aînées. Enfin, ces sages-femmes les plus âgées ne sont que 5 % à avoir eu 4 enfants ou plus alors qu'on en trouve près de 10 % chez les 40/49 ans.

Tableau 18 : Le nombre d'enfants par sage-femme en fonction de l'âge

Classes d'âge Nombre d'enfants par sage-femme	moins de 29 ans	de 30 à 39 ans	de 40 à 49 ans	plus de 50 ans	TOTAL
4 enfants et plus	0,0% (0)	15,2% (5)	60,6% (20)	24,2% (8)	100% (33)
3 enfants	1,2% (2)	26,7% (43)	39,8% (64)	32,3% (52)	100% (161)
2 enfants	1,6% (4)	38,2% (95)	39,8% (99)	20,5% (51)	100% (249)
1 enfant	24,1% (27)	37,5% (42)	15,2% (17)	23,2% (26)	100% (112)
sans enfant	69,0% (165)	18,8% (45)	3,8% (9)	8,4% (20)	100% (239)
TOTAL	24,9% (198)	29,0% (230)	26,3% (209)	19,8% (157)	100% (794)

Ces faits indiquent que le comportement des sages-femmes en matière de fécondité n'est pas invariable et qu'il dépend de la génération. Il se peut que pour une frange des plus anciennes d'entre elles il y ait même eu un penchant vers un report de la maternité voire une absence assumée de celle-ci à l'image de certains discours féministes de la première partie des années 1970 centrées autour de la figure de la « maternité esclave »²⁷. Cette sorte de « refus de la fécondité » ne se rencontre pas dans la génération qui suit. De plus, nous n'observons pas ce fait pour les moins de 40 ans, ce qui renforce l'hypothèse d'un comportement de génération.

À 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 observé 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 de progressivement à la norme.

²⁶ Yvonne Knibiehler, *Accoucher. Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXe siècle*, ENSP, 2007, p.51-66.

²⁷ Sabine Fortino, « La seconde vague du féminisme et la maternité », *Clio*, n°5, 1997.

La fécondité des sages-femmes prête le flanc à de nombreux éléments qui la font varier et qui tiennent surtout aux conditions dans lesquelles elles peuvent exercer leur profession. Ainsi, on rencontre une corrélation assez nette en le nombre d'enfants et la quotité de travail. Il en va également du mode d'activité.

2.4.1. Fécondité et quotité de travail.

Sachant qu'environ 1/3 des sages-femmes de notre échantillon travaillent à temps partiel, celles qui ont 3 enfants ou plus ont très majoritairement une activité à temps partiel (plus des 2/3 des cas). Cependant, celles qui ont 2 enfants sont déjà pratiquement pour moitié dans cette situation. Il semble que contrairement à la tendance générale, qui montre que le passage à temps partiel s'accroît notablement (et durablement) lorsqu'un troisième enfant arrive dans la famille, ce phénomène intervient dès le deuxième enfant pour une partie importante des sages-femmes. Certes, il ne faut pas oublier qu'il y a sans doute un effet de l'âge dans ce passage à temps partiel (cf. figure n°4). Mais, à l'évidence les sages-femmes optent plus tôt et plus facilement pour le temps partiel que le reste de la population active féminine²⁸.

Tableau 19 : La quotité de travail de la sage-femme en fonction du nombre d'enfants²⁹

nombre d'enfants Quotité de travail	Sans enfant	1 enfant	2 enfants	3 enfants	4 enfants	5 enfants et plus	TOTAL
temps plein	94,3% (214)	73,7% (73)	50,5% (105)	38,7% (46)	31,3% (5)	0,0% (0)	66,1% (443)
temps partiel	5,7% (13)	26,3% (26)	49,5% (103)	61,3% (73)	68,8% (11)	100% (1)	33,9% (227)
TOTAL	100% (227)	100% (99)	100% (208)	100% (119)	100% (16)	100% (1)	100% (670)

2.4.2. Fécondité et mode d'activité

Concernant le lien entre le nombre d'enfants et le mode d'activité actuel, il semble que l'on doit faire une distinction assez nette entre les sages-femmes qui travaillent en structures hospitalières (publics et privés) et celles qui travaillent en libéral. En effet, il y a une surreprésentation des sages-femmes qui ont 3 voire plus encore d'enfants dans ce dernier mode d'activité ; 30 % des sages-femmes libérales ont 3 enfants alors qu'on en recueille que 23 % dans ce cas en structure privée. De même, près de 10 % des sages-femmes libérales ont 4 enfants ou plus. Certes, elles sont globalement plus âgées, donc plus engagées dans leur vie procréative. Mais l'hypothèse d'une plus forte propension à avoir une famille nombreuse lorsqu'on est actuellement installée en libéral doit être prise au sérieux. Ceci est d'autant plus marquant que les sages-femmes libérales que nous avons rencontrées soulignent l'importance de leur charge de travail, *a priori* plus difficilement compatible avec l'éducation de nombreux enfants.

²⁸ Valérie Ulrich, « Logiques d'emploi à temps partiel et trajectoires professionnelles des femmes », in A. Pailhé et A. Solaz, *Entre famille et travail, des arrangements de couples aux pratiques des employeurs*, La Découverte, 2009, p. 209-232.

²⁹ Ce tableau ne fait pas apparaître les sages-femmes libérales puisque la notion de temps partiel n'a réellement de sens dans ce mode d'activité.

Tableau 20 : Nombre d'enfants par sage-femme en fonction du mode d'activité

modes d'activité	Nombre d'enfants					TOTAL
	Sans enfant	1 enfant	2 enfants	3 enfants	4 enfants et plus	
CH public	36,2% (182)	15,7% (79)	29,0% (146)	16,9% (85)	2,2% (11)	100% (503)
Clinique privée	31,6% (30)	13,7% (13)	28,4% (27)	23,2% (22)	3,2% (3)	100% (95)
Libéral	13,0% (20)	9,1% (14)	37,7% (58)	30,5% (47)	9,7% (15)	100% (154)
Autres activités (PMI, ESF, ...)	17,9% (7)	15,4% (6)	43,6% (17)	15,4% (6)	7,7% (3)	100% (39)
TOTAL	30,2% (239)	14,2% (112)	31,4% (248)	20,2% (160)	4,0% (32)	100% (791)

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 61,49$, $ddl = 12$, $1-p = >99,99\%$.

Pour s'en assurer, nous pouvons calculer le nombre moyen d'enfants selon l'activité et établir la répartition du nombre d'enfants au moment de l'enquête à l'intérieur de chacune des activités, soit un calcul de la fécondité par mode d'activité. Les sages-femmes hospitalières publiques et privées ont un taux de fécondité assez faible (1,34 et 1,53 enfant par femme) alors que les libérales ont un taux de fécondité supérieur tant à la moyenne de l'échantillon que de l'ensemble des Françaises en âge de procréer (2,21 enfant par femme). Celui des autres modes d'activité est aussi supérieur mais en dessous de la moyenne nationale (1,85). Toutefois, si on ne raisonne qu'avec les sages-femmes qui ont eu un ou plusieurs enfants, le taux de fécondité bondit, surtout pour les hospitalières et se révèle toujours supérieur au taux de fécondité national. Ceci s'explique par la forte proportion de jeunes sages-femmes, de moins de 30 ans, alors que l'on sait que l'âge moyen de la mère à la naissance se situe autour de 30 ans en France et que dans 22 % des naissances la mère à 35 ans ou plus.

Tableau 21 : Nombre d'enfants et taux de fécondité des sages-femmes en fonction du mode d'activité

Modes d'activité	CH publics		Cliniques privées		Libérales		Autres modes d'activité	
	Nb. cit.	%	Nb. cit.	%	Nb. cit.	%	Nb. cit.	%
4 enfants et plus	9	1,8%	3	3,2%	15	9,7%	5	9,4%
3 enfants	84	16,8%	22	23,2%	47	30,3%	10	18,9%
2 enfants	146	29,1%	27	28,4%	59	38,1%	19	35,8%
1 enfant	79	15,8%	13	13,7%	14	9,0%	10	18,9%
sans enfant	181	36,1%	30	31,6%	20	12,9%	9	17,0%
TOTAL	501	100,0%	95	100,0%	155	100,0%	53	100,0%
taux de fécondité	1,34		1,53		2,21		1,85	
taux de fécondité avec au moins un enfant	2,09		2,23		2,54		2,23	

Si le nombre d'enfants semble dépendre du mode d'activité, mais aussi de la possibilité de bénéficier d'un aménagement du temps de travail, il existe un dernier élément qui entre en ligne de compte en matière de fécondité chez les sages-femmes. En effet, le choix professionnel et la motivation pour faire ce métier semblent orienter vers des niveaux de fécondité plus ou moins conséquent.

La corrélation entre la variable du choix professionnel et celle du nombre d'enfants est statistiquement très significative, notamment pour celles qui avouent avoir choisi cette profession par défaut. Pour ces dernières, beaucoup sont sans enfant, bien plus que les effectifs théoriques. A contrario, n'oublions pas qu'elles sont aussi nombreuses parmi ces « sages-femmes par défaut » à être jeunes et donc ne pas avoir entamée leur vie procréative. Ces sages-femmes sont sous représentées parmi celles qui ont des enfants, la corrélation étant statistiquement très significative pour celles qui ont 2 et 3 enfants (avec des écarts de

respectivement 6 et 14 points avec la moyenne). À l'inverse, celles qui déclarent avoir choisi cette profession parce que c'est une profession de femme, se positionnent différemment. Pour elles, une « profession de femme » rime avec enfants, voir beaucoup d'enfants : elles sont surreprésentées parmi les sages-femmes à 4 et plus d'enfants (15,4 % contre 4,5 % en moyenne). De même elles sont les moins présentes parmi les sages-femmes qui n'ont pas d'enfants (10,3 % contre 30,7 % en moyenne).

Tableau 22 : Les choix professionnels en fonction du nombre d'enfants

Nombre d'enfants par sage-femme Choix professionnel	sans enfant	1 enfant	2 enfants	3 enfants	4 enfants et +	TOTAL
par vocation	28,9% (94)	16,3% (53)	29,2% (95)	20,0% (65)	5,5% (18)	100% (325)
par hasard	25,9% (42)	15,4% (25)	30,9% (50)	24,1% (39)	3,7% (6)	100% (162)
parce que c'est une profession médicale	32,2% (115)	17,4% (62)	29,1% (104)	17,4% (62)	3,9% (14)	100% (357)
par intérêt pour la naissance et/ou les enfants	27,4% (131)	13,2% (63)	32,8% (157)	22,8% (109)	3,8% (18)	100% (478)
par défaut, car je n'ai pas réussi le concours de médecine/pharmacie/autre	50,9% (55)	13,0% (14)	19,4% (21)	13,9% (15)	2,8% (3)	100% (108)
pour travailler dans une structure hospitalière	40,2% (37)	17,4% (16)	23,9% (22)	16,3% (15)	2,2% (2)	100% (92)
pour travailler en libéral	36,7% (11)	13,3% (4)	23,3% (7)	13,3% (4)	13,3% (4)	100% (30)
parce que c'est une profession de femme	10,3% (4)	20,5% (8)	25,6% (10)	28,2% (11)	15,4% (6)	100% (39)
TOTAL	30,7% (489)	15,4% (245)	29,3% (466)	20,1% (320)	4,5% (71)	100% (1591)

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 65,8$, $ddl = 28$, $1-p = >99,9\%$.

Pour affiner l'analyse, de manière équivalente au raisonnement développé à propos du mode d'activité, il faut construire le taux de fécondité de ces sages-femmes en fonction de leur choix professionnel. Ce que nous venons d'évoquer se vérifie aisément. Lorsqu'on raisonne par le tableau de moyennes des réponses à la question du choix professionnel en croisant avec le nombre d'enfants, il se détache d'une manière statistique les deux ensembles de choix déjà cités auparavant pour leur dynamique opposée : l'orientation vers une « profession de femme » est celle où les sages-femmes ont la plus forte propension à avoir de nombreux enfants (2,2 contre 1,54 en moyenne) alors que le choix par défaut ne conduit visiblement pas à en avoir beaucoup. Il est aussi remarquable que le choix vocationnel n'est pas synonyme de grande famille et sans doute ne se conjugue pas nécessairement avec l'image de la sage-femme maternelle, constat qui vaut d'ailleurs aussi pour l'item de choix le plus retenu : « l'intérêt pour la naissance et/ou les enfants ».

Tableau 23 : Taux de fécondité des sages-femmes en fonction du choix professionnel

choix professionnels	nombre d'enfants moyen
par vocation	1,6
par hasard	1,6
parce que c'est une profession médicale	1,4
par intérêt pour la naissance et/ou les enfants	1,6
par défaut, car je n'ai pas réussi le concours de médecine/pharmacie/autre	1,1
pour travailler dans une structure hospitalière	1,2
pour travailler en libéral	1,6
parce que c'est une profession de femme	2,2
TOTAL	1,5

Ainsi, si la profession de sages-femmes est une profession de femmes, pour certaines cela implique une représentation de la féminité associée à la maternité alors que pour d'autres ce lien n'est pas pertinent. Ces dernières se rattachent à une représentation de la féminité en termes de condition de vie et de rapport au travail, où la maternité peut être exclue. Le rapport à la fécondité, même si le parcours de procréation n'est pas pour toujours clôturé, nous indique que plusieurs profils de sages-femmes semblent se faire jour, et que toutes ne se retrouvent pas dans l'image de la sage-femme « maternelle », celle qui fait de cette expérience féminine un métier et un surcroît de compétence particulier.

2.5. Les revenus

La question des revenus de la sage-femme fait régulièrement débat. Par exemple, à travers la revendication d'une reconnaissance du statut à bac +5 et non bac +3 comme c'est le cas aujourd'hui dans la fonction publique, c'est aussi un enjeu sur la rémunération qui est posé. D'une manière quasi unanime, les sages-femmes ont le sentiment de ne pas être rémunérées à la hauteur de leurs prestations, de leurs compétences et de leurs responsabilités.

Nous avons donc demandé aux sages-femmes de déclarer leur niveau de revenu, quel que soit, bien entendu, le type de contrat et la quotité de travail.

Tableau 24 : Répartition des salaires net mensuel

Salaire net mensuel	Nb. cit.	Fréq.
non réponse	26	3,2%
moins de 800 €	1	0,1%
de 800 à 1500 €	98	12,1%
de 1500 à 2000 €	331	40,8%
de 2000 à 2500 €	221	27,3%
plus de 2500 €	134	16,5%
TOTAL CIT.	811	100%

Le salaire des sages-femmes est situé plutôt haut dans la hiérarchie des salaires féminins puisque 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'INSEE³⁰. Comparativement, ce niveau de 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€). Ces constats corroborent nos statistiques puisque 43,5 % des sages-femmes interrogées ont un salaire supérieur à 2000 € par mois, proportion qui passent à 51,9 % lorsqu'on se limite aux sages-femmes travaillant à temps plein. De plus, aucune sage-femme travaillant à temps plein ne gagne moins de 800 €, ce qui s'explique aisément par la très forte présence de sages-femmes travaillant dans la Fonction Publique Hospitalière où les salaires sont nettement encadrés.

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 €.

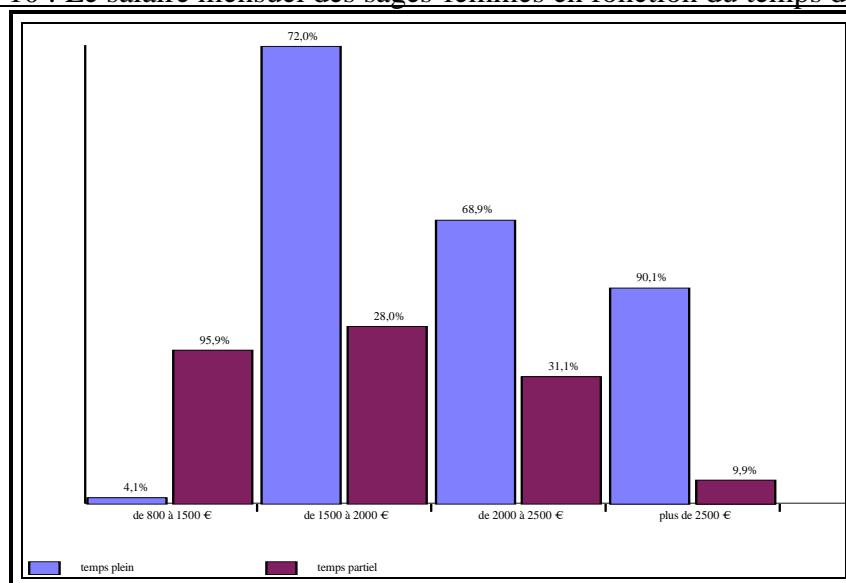
³⁰ Source : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATSEF04119. Notons qu'en matière de salaire l'INSEE classe les sages-femmes avec les infirmières. La source nous indique s'il s'agit d'un salaire net.

Tableau 25 : Le salaire des sages-femmes en fonction de la quotité de travail

Quotité de travail Salaire net mensuel	temps plein	Temps partiel	TOTAL
de 800 à 1500 €	0,7% (3)	31,8% (71)	11,1% (74)
de 1500 à 2000 €	47,4% (211)	36,8% (82)	43,9% (293)
de 2000 à 2500 €	29,4% (131)	26,5% (59)	28,4% (190)
plus de 2500 €	22,5% (100)	4,9% (11)	16,6% (111)
TOTAL	100% (445)	100% (223)	100% (668)

L'influence de la quotité de travail ne semble pas s'arrêter à des éléments de proportionnalité. En effet, comme on pouvait s'y attendre, les plus bas salaires, ceux compris entre 800 et 1500 €, sont surtout le fait de sages-femmes travaillant à temps partiel. Mais l'influence de la quotité de travail sur le niveau de salaire joue essentiellement pour cette fourchette de salaire. Ainsi, c'est parce qu'elles travaillent peu en volume que ces sages-femmes ont les salaires les plus faibles. Autrement dit, le poids du temps partiel se fait moins sentir dans les autres tranches de salaire. Par exemple, pour les salaires entre 2000 et 2500 €, on retrouve presque autant de sages-femmes exerçant à temps partiel qu'à temps plein (en proportion). Ceci s'explique sans doute par la pratique courante du temps partiel « limité » à 80 %, notamment lorsque les enfants sont nés et que la sage-femme bénéficie de plusieurs années d'ancienneté. Cette solution a le mérite d'atténuer les écarts dans ces tranches de salaires, même si dans l'absolu le salaire est certes moindre.

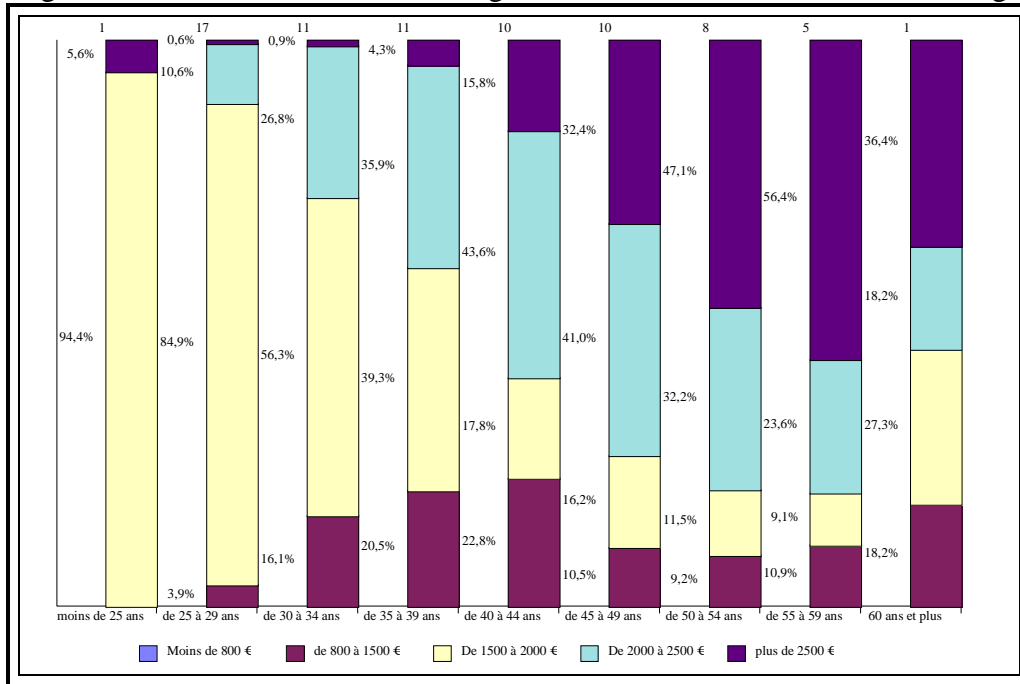
Figure 10 : Le salaire mensuel des sages-femmes en fonction du temps de travail



Si ces revenus sont conditionnés par la quotité de travail réalisé, ils le sont aussi par l'âge. En effet, nous savons que pour beaucoup de sages-femmes les salaires sont régulés, même pour celles qui travaillent en libéral puisque les honoraires ne sont pas complètement libres dans le sens où la plupart des actes sont conventionnés. Ceci conduit, par hypothèse, à considérer que l'âge de la sage-femme et l'ancienneté jouent un rôle déterminant dans le niveau de revenu. Dans la figure 11, on visualise clairement ce lien entre l'âge et le revenu, les plus forts salaires (>2500 € / mois) apparaissant comme significatifs à partir de 45 ans et devenant presque majoritaires au-delà de 50 ans. Cette évolution se fait au détriment des salaires moyens compris entre 1500 et 2000 €. Mais le plus intéressant est sans doute la croissance régulière jusqu'à 44 ans des revenus situés entre 800 et 1500 € par mois, sans doute et par hypothèse, ceux des sages-femmes travaillant à temps partiel. L'âge de 44 ans n'est pas anodin ; c'est un

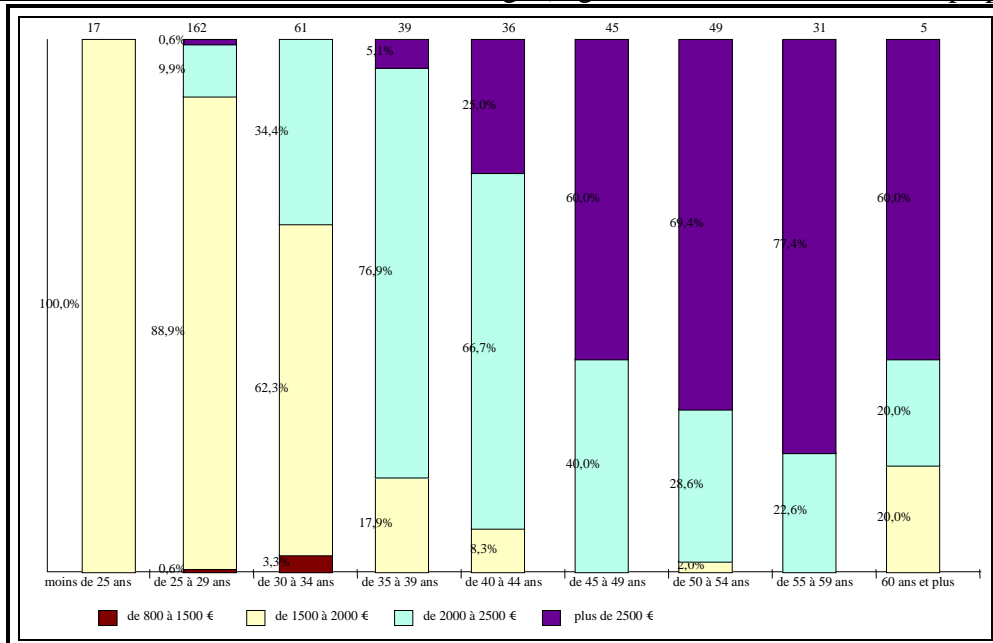
âge où la plupart des femmes ont terminé leur vie procréative et où une partie d’entre elles souhaitent retrouver une activité à temps plein.

Figure 11 : Le salaire mensuel des sages-femmes en fonction des classes d’âge



Lorsqu’on raisonne uniquement à partir des sages-femmes exerçant à temps plein, la répartition est très différente et confirme ce que nous avançons :

Figure 12 : Le salaire mensuel en fonction de l’âge (sages-femmes travaillant à temps plein)

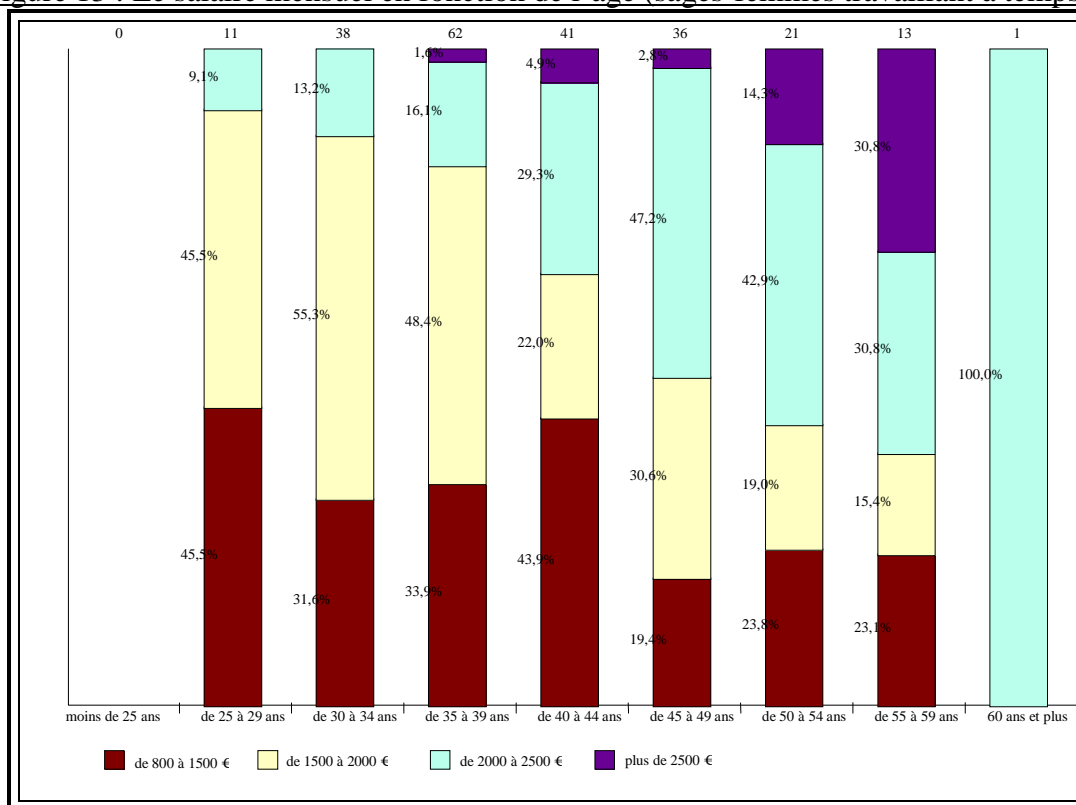


Il n’y a pratiquement plus de sages-femmes ayant des revenus entre 800 et 1500 €. Celles travaillant à temps plein débutent massivement avec des rémunérations comprises entre 1500 et 2000 €. Surtout la proportion de « hauts » revenus est toujours plus importante notamment dès 35 ans puisque 82,1 % des sages-femmes de cette classe d’âge travaillant à temps plein

gagnent plus de 2000 € ; une rétribution en dessous de 2000€ par mois au-delà de 45 ans est une exception (2 cas seulement).

La répartition des rémunérations en fonction de l'âge pour les sages-femmes possédant une activité à temps partiel est diamétralement opposée.

Figure 13 : Le salaire mensuel en fonction de l'âge (sages-femmes travaillant à temps partiel)



On distingue nettement que les barres de couleurs rouges, symbolisant les revenus compris entre 800 et 1500 € sont bien plus présentes et se maintiennent à tous les âges, notamment à hauteur de 23,1 % chez les plus âgées. Surtout la proportion des « fortes » rémunérations est très faible : il est au maximum de 30 % pour celles qui sont en fin de carrière, chiffre à mettre au regard des sages-femmes qui sont à cet âge à temps plein – et dont on peut penser qu'elle ont maintenu une bonne partie de leur carrière à temps plein – pour lesquelles le taux de « hauts » revenus est de plus de 77 % !

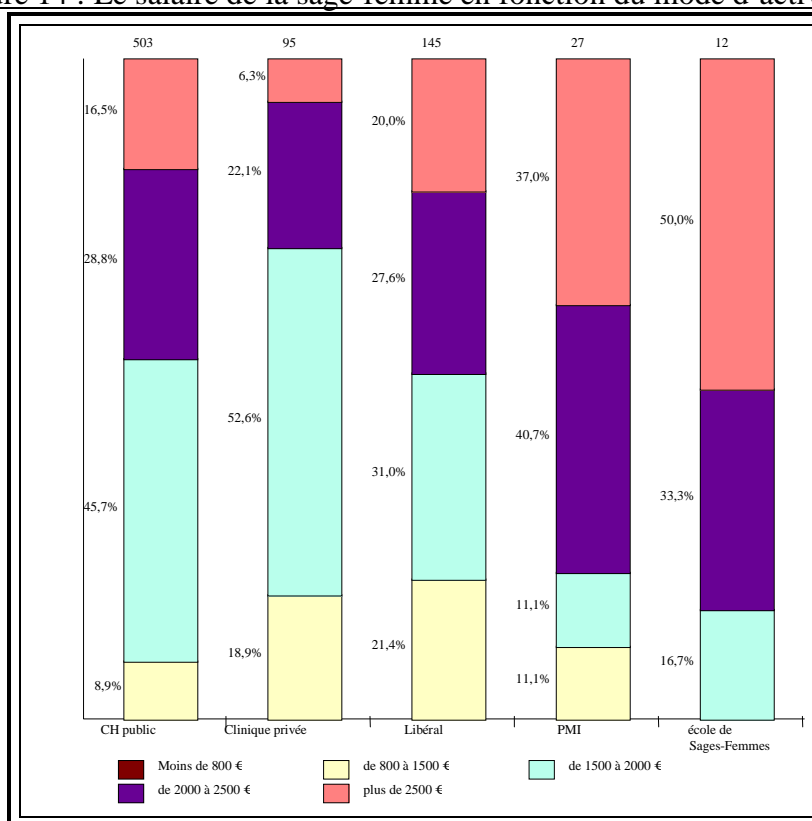
Ces constats sur les rémunérations ne sont pas étonnantes tant l'on connaît aujourd'hui le poids pénalisant pour la rémunération qu'entraîne une activité à temps partiel.

On suppose aussi que les modes d'activité de la sage-femme ont un poids sur le niveau de rémunération. Même si à partir des années 2000, la profession a bénéficié de revalorisations salariales, nous avons maintes fois entendu dans nos différents contacts que l'exercice libéral n'aurait pas connu une telle embellie.

Au croisement des revenus déclarés dans cette enquête et du mode d'exercice de la déclarante, il ressort une surreprésentation des sages-femmes libérales parmi les rémunérations les plus faibles (800/1500€), même si par ailleurs elles ne sont pas réellement absentes des rémunérations les plus fortes.

Tableau 26 : Le salaire de la sage-femme en fonction du mode d'activité

Salaire net mensuel 5 modes d'activité	de 800 à 1500 €	de 1500 à 2000 €	de 2000 à 2500 €	plus de 2500 €	TOTAL
CH public	8,9% (45)	45,7% (230)	28,8% (145)	16,5% (83)	100% (503)
Clinique privée	18,9% (18)	52,6% (50)	22,1% (21)	6,3% (6)	100% (95)
Libéral	21,4% (31)	31,0% (45)	27,6% (40)	20,0% (29)	100% (145)
PMI	11,1% (3)	11,1% (3)	40,7% (11)	37,0% (10)	100% (27)
École de Sages-femmes	0,0% (0)	16,7% (2)	33,3% (4)	50,0% (6)	100% (12)
TOTAL	12,4% (97)	42,2% (330)	28,3% (221)	17,1% (134)	100% (782)

Figure 14 : Le salaire de la sage-femme en fonction du mode d'activité

Dans le même temps, le secteur des cliniques privées, comprenant celles PSPH et non PSPH, se caractérise par une sorte de limitations des salaires en deçà des 2500 € par mois puisque cette tranche de salaires ne concerne que 6,3 % de ces sages-femmes alors que sur l'ensemble de l'échantillon elles sont 17,1 % à percevoir une telle rémunération. Lorsqu'on tente d'établir un salaire moyen, en corrélation avec le mode d'activité, celui des sages-femmes exerçant en clinique est le plus faible de ceux relevés. C'est surtout dans les modes d'activités secondaires, la PMI et les Ecoles de sages-femmes que l'on rencontre une forte proportion de « hauts » salaires. Cela s'explique aussi par le fait (surtout pour les enseignantes) que ces carrières interviennent souvent en deuxième partie de la vie professionnelle. De même, l'activité libérale se distingue par une hétérogénéité plus prononcée que les autres modes d'activité. Ainsi l'influence du mode d'activité sur le revenu des sages-femmes n'est pas à mésestimer.

Les différents constats touchant aux distinctions de revenus nous amène à questionner les variables qui entre en ligne de compte dans la fluctuation des revenus des sages-femmes.

Ainsi, est-ce l'ancienneté ou l'âge de la sage-femme qui est le plus déterminant en la matière ou le mode d'activité qu'elle exerce ? Ou bien existe-t-il un effet conjugué de ces deux variables et dans quel sens joue-t-il ? On peut schématiser le lien de dépendance entre ces variables sous la forme de l'analyse factorielle qui suit.

Figure 15 : Analyse factorielle à propos des distinctions de revenus



Au regard de ce schéma, nous pouvons conclure à des effets combinés de l'âge et du mode d'activités. Celles qui gagnent le plus, sont celles qui sont parmi les plus âgées mais aussi parmi les modes d'activités les plus « rémunérateurs » (zone A). L'exercice en centre hospitalier public est moins rémunérateur, mais cette moindre rémunération s'explique aussi parce que ce mode d'exercice regroupe un bon nombre de sages-femmes de moins de 30 ans, c'est-à-dire dont les effets de l'ancienneté sur le salaire sont limités (zone B). Cependant, dans l'absolu, il s'agit d'un assez bon compromis. Ensuite, vient un ensemble assez disparate (zone C), qui concerne des sages-femmes âgées de 30 à 45 ans et dont la situation en termes de revenu est plus hétérogène, même si globalement elle a tendance à être plus faible que les autres sages-femmes. Elles peuvent gagner assez bien leur vie mais tout aussi bien très moyennement ; il y a ici sans doute un effet de l'insertion dans le secteur privé de l'activité où les revenus sont moins régulés ou moins uniformisés.

Ainsi, il ressort qu'au-delà de l'âge et du mode d'activité, il existe une fracture (du point de vue des revenus) entre le secteur privé (exercice libéral compris) ou semi privé et le secteur public. D'un côté, nous avons des revenus plutôt homogènes et qui se distinguent par une croissance liée à l'ancienneté et l'évolution dans la carrière. De l'autre, il y a des sages-femmes dont la situation est plus hétérogène mais qui sont massivement dans le secteur privé ou semi-privé et qui bénéficient moins de l'effet de l'ancienneté comme facteur d'accroissement de la rémunération, même si certaines d'entre elles déclarent des revenus supérieurs à la moyenne des sages-femmes.

Cette distinction apparaît plus opérante que celle de la quotité de travail, même si pour une sage-femme libérale l'exercice à temps partiel n'a pas réellement de sens³¹. D'un point de vue statistique, il n'y a pas de corrélation entre le mode d'activité et la quotité de travail, l'exercice à temps partiel étant plus représenté en PMI, mais ce fait n'est pas statistiquement significatif.

Tableau 27 : La quotité de travail des sages-femmes en fonction du mode d'activité

Modes d'activité Quotité de travail	CH public	Clinique privée	PMI	Ecoles de Sages-femmes	Total
Temps plein	69,9% (355)	67,3% (66)	55,6% (15)	66,7% (8)	68,8% (444)
Temps partiel	30,1% (153)	32,7% (32)	44,4% (12)	33,3% (4)	31,2% (201)
TOTAL	100% (508)	100% (98)	100% (27)	100% (12)	100% (645)

Cela confirme que c'est avant tout le mode d'activité et l'ancienneté qui joue sur le revenu et de manière partielle la quotité de travail, sauf à considérer que les sages-femmes travaillant en cliniques optent massivement pour un temps de partiel très proche du temps plein (à 80%) et que leurs homologues des centres hospitaliers publics feraient l'inverse³². Nos observations sont étayées par le fait que le taux de travail partiel le plus important se rencontre chez les sages-femmes de PMI (44 %) alors que 77 % d'entre elles bénéficient bien plus fréquemment de salaires supérieurs à 2000 € par mois que les sages-femmes travaillant en clinique.

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

Le nombre de sages-femmes a augmenté de manière particulièrement remarquable (+ 28 % entre 2001 et 2009). Cette donnée démographique en dit beaucoup sur les transformations qui jalonnent cette profession depuis les années 1980. En conséquence il n'est pas surprenant que le profil sociologique des sages-femmes ait, lui aussi, connu des modifications. Si les sages-femmes qui ont répondu au questionnaire n'ont pas toujours conscience de ce phénomène, elles le traduisent parfois au travers l'idée floue d'un « effet de génération ». Les modes d'exercice, les valeurs associées au métier, les pratiques au quotidien seraient en partie marquées par une différence générationnelle. Or, cette explication profane si elle n'est pas infondée, a toutefois tendance à amalgamer des comportements liés à une classe d'âge, par exemple au fait d'être un jeune membre de la profession quelle que soit l'époque, avec un positionnement ou des attitudes propres à un ensemble de personnes progressant en même temps dans un milieu professionnel.

³¹ Ceci explique nous n'avons pas pris en compte les réponses des sages-femmes installées exclusivement en libéral sur cette question, réponses que la plupart d'entre elles n'ont d'ailleurs pas fournies (95 % de non réponse).

³² Les différents contacts que nous avons eus avec les sages-femmes nous conduisent à mettre en doute cette éventualité.

Le début des années 1980 semble marquer une rupture sur plusieurs points et un tournant majeur chez les sages-femmes. Si cette évolution s'observe dans plusieurs domaines déjà étudiés³³ nous souhaitons insister ici sur l'origine socio-économique des sages-femmes, qui constitue un point révélateur de cette fracture.

2.6.1. Des ascendances familiales qui ont évolué

Les ascendances familiales des sages-femmes peuvent être approchées *via* la situation professionnelle de leurs parents et le classement en termes de professions et catégories sociales (PCS) qui en découle³⁴. En conséquence, nous avons demandé aux sages-femmes de préciser le métier ou la profession tant de leur père que de leur mère (le cas échéant) en choisissant de réaliser un codage *a posteriori*. De la sorte, nous pouvons compter sur un classement plus fiable que s'il avait été réalisé par la répondante.

- Des ascendances paternelles en forte évolution

Les sages-femmes nées avant le milieu des années 1960 se distinguent du reste de la population par leur origine sociale, mais reflètent l'état de la structure socio-professionnelle de l'époque. En effet, elles sont beaucoup plus nombreuses à appartenir au monde des artisans, commerçants et de l'agriculture. À partir de 1965, la répartition des PCS des pères évolue considérablement avec la baisse des commerçants, artisans (PCS 2) et agriculteurs (PCS 1), la présence accrue des pères ouvriers (PCS 6), et surtout la prépondérance des PCS 3 (Cadres et professions intellectuelles supérieures : ingénieurs, cadres supérieurs d'entreprise) et PCS 4 (professions intermédiaires : enseignantes, cadres intermédiaires, ...). Ces deniers représentent près de la moitié des ascendances à partir de 1965 alors que ces deux PCS rassemblent seulement 15,7 % en 1962 et 23,2 % en 1975 de l'ensemble de la population active³⁵. Enfin, les sages-femmes nées après 1980 – celles qui ont aujourd'hui 30 ans – se distinguent particulièrement puisqu'on enregistre beaucoup moins d'ascendances ouvrières. Ceci s'explique en grande partie par la diminution des métiers ouvriers dans la structure sociale à partir des années 1980. On constate en définitive une propension nette, par rapport à l'ensemble de structure sociale, à avoir pour ces jeunes sages-femmes un père issu des professions de cadres supérieurs, d'ingénieur ou des professions intellectuelles. Cette tendance, déjà notable pour les générations de sages-femmes nées avant 1980, devient massive pour les plus jeunes : le taux de 40,2 % est supérieur de 21 points à la part de ces PCS en 1990 ! Si l'on associe les PCS 3 et 4, ce sont près des ¾ de ces sages-femmes qui sont concernées.

³³ D. Carricaburu, « Les sages-femmes face à l'innovation technique », in Aiach P. et Fassin D., *Les métiers de la santé*, Paris, Anthropos, 1994, p. 281-308 ; Y. Knibiehler, *op.cit.*

³⁴ A. Desrosières et L. Thévenot, *Les catégories socio-professionnelles*, La Découverte, 2002.

³⁵ Insee, *Recensements de la population pour les années 1962 à 1990*, Enquête Emploi 2002.

Tableau 28 : Les ascendances paternelles en fonction de l'année de naissance de la sage-femme

PCS du père Année de naissance	Agriculteurs	Artisans, commerçants	Cadres et professions intellectuelles supérieures	Professions intermédiaires	Employés	Ouvrières	TOTAL
nées avant 1955	8,6%	25,9%	24,1%	19,0%	10,3%	12,1%	100%
nées de 1955 à 1965	7,5%	15,6%	24,2%	20,4%	12,9%	19,4%	100%
nées de 1965 à 1975	2,3%	12,1%	21,5%	29,0%	13,1%	22,0%	100%
nées de 1975 à 1980	4,6%	14,8%	29,6%	17,6%	13,9%	19,4%	100%
nées après 1980	2,6%	12,4%	40,2%	23,2%	8,2%	13,4%	100%
TOTAL	4,5%	14,5%	28,3%	23,0%	11,7%	18,0%	100%

La dépendance statistique est très significative. $\chi^2 = 45,7$, $ddl = 20$, $1-p = 99,9\%$.

- Des ascendances maternelles plus homogènes

Pour ce qui est des ascendances maternelles, il faut distinguer une population composée de mères au foyer qui n'exercent pas ou n'ont pas exercé d'activité professionnelle et une autre rassemblant les mères « actives ». Cela suppose un double raisonnement en fonction de ces deux populations.

L'activité maternelle n'est pas constamment présente. En effet, 173 sages-femmes ont déclaré que leur mère n'avait pas d'activité professionnelle. Comme on pouvait s'y attendre, la proportion de ces mères « inactives » tend à se réduire au fil du temps puisque si les sages-femmes nées avant 1955 avaient 45,8 % de mères inactives, celles nées après 1980 n'en ont déclaré plus que 8,6 %. Ici aussi, on doit comprendre ce phénomène comme un effet de la structure sociale globale des activités puisque le travail féminin n'a cessé de croître depuis les années 1960³⁶.

Tableau 29 : Les ascendances maternelles en fonction de l'année de naissance de la sage-femme

PCS de la mère Année de naissance	agricultrices	artisans, commerçantes	Cadres et professions intellectuelles supérieures	Professions intermédiaires	employées	ouvrières	Sans profession	TOTAL
nées avant 1955	5,1%	10,2%	0,0%	10,2%	22,0%	6,8%	45,8%	100%
nées de 1955 à 1964	3,8%	7,6%	3,3%	15,2%	21,7%	8,2%	40,2%	100%
nées de 1965 à 1974	0,5%	5,2%	3,8%	29,2%	37,3%	3,3%	20,8%	100%
nées de 1975 à 1980	0,9%	2,8%	11,0%	44,0%	25,7%	5,5%	10,1%	100%
nées après 1980	2,0%	5,1%	11,2%	40,6%	30,5%	2,0%	8,6%	100%
TOTAL	2,1%	5,8%	6,3%	29,4%	28,9%	4,7%	22,7%	100%

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 152,5$, $ddl = 24$, $1-p = >99,9\%$.

Si une partie des mères était inactive, il semble pour autant qu'elles aient été plus fortement actives que la moyenne. En effet, si 46 % des mères des sages-femmes nées avant 1955 ne travaillaient pas, à la même époque le taux d'activité féminin avoisinait en France les 41 % (41,5 % en 1962)³⁷. Un taux d'activité des mères de sages-femmes supérieur à la moyenne nationale est identifiable pour toutes les générations concernées : alors que le taux d'activité féminin s'élevait à 53,9 % en 1975, il était déjà proche de 80 % pour les mères des sages-

³⁶ Margaret Maruani, *op. cit.*

³⁷ Insee, *Recensement de la population de 1962 à 1999*.

femmes nées entre 1965 et 1974. Ainsi, la population en question se caractérise par une sorte d'anticipation et d'accentuation d'un mouvement général vers l'activité féminine. En 2005, le taux d'activité féminine dépasse 81 % en France ; il est supérieur de 10 points chez les mères des sages-femmes les plus jeunes, nées après 1980 (91,4 %). De ce fait, avec la très faible inactivité masculine et la forte activité féminine, la génération des plus jeunes sages-femmes en exercice ont été élevées dans un contexte où le travail des deux parents était la norme.

En se centrant désormais sur les mères « actives », on remarquera qu'elles se distinguent à la fois des pères, mais aussi qu'elles connaissent également une spécificité qui les rend singulières par rapport à l'évolution de la population activité féminine. Les sages-femmes nées avant le milieu des années 1960 ayant pour ascendantes une agricultrice ou une mère artisan, commerçante sont surreprésentées. Ce constat, similaire à ce que nous avons observé parmi les pères, peut aussi s'expliquer par l'évolution de la structure socio-économique. De même, la présence des employées n'est pas inattendue dans le sens où elles représentent traditionnellement le principal débouché de l'activité féminine. Cependant, le taux moyen est relativement faible pour les sages-femmes de moins de 30 ans : nous n'enregistrons qu'un tiers de mères employées alors qu'elles représentent plus de 47 % de l'activité féminine depuis le recensement de 1982 (46,8 % en 1982³⁸, 47 % en 1990³⁹, 49 % en 2005⁴⁰).

Tableau 30 : Les ascendances maternelles (actives) en fonction de l'année de naissance

PCS de la mère Année de naissance	1 - agricultrices	2 - artisans, Commerçantes	3 - Cadres et Professions Intellectuelles Supérieures	4 – professions intermédiaires	5 – employées	6 - ouvrières	TOTAL
nées avant 1955	9,4%	18,8%	0,0%	18,8%	40,6%	12,5%	100%
nées de 1955 à 1964	6,4%	12,7%	5,5%	25,5%	36,4%	13,6%	100%
nées de 1965 à 1974	0,6%	6,5%	4,8%	36,9%	47,0%	4,2%	100%
nées de 1975 à 1980	1,0%	3,1%	12,2%	49,0%	28,6%	6,1%	100%
nées après 1980	2,2%	5,6%	12,2%	44,4%	33,3%	2,2%	100%
TOTAL	2,7%	7,5%	8,2%	38,1%	37,4%	6,1%	100%

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 77,0$, $ddl = 20$, $1-p = >99,9\%$.

Le tableau n°30 nous permet d'examiner uniquement les 78 % des mères de sages-femmes actives. En la matière, on note des caractéristiques proches des ascendances masculines. Parmi les sages-femmes les plus âgées, une proportion non négligeable avait des mères agricultrices, commerçantes ou travaillant dans l'artisanat⁴¹. Le basculement structurel entre les métiers ouvriers et les métiers employés est également perceptible à l'échelle des différentes générations étudiées. Au fil des générations, les femmes ouvrières sont de moins en moins nombreuses parmi les ascendances maternelles. Il s'agit d'un phénomène structurel puisque les métiers ouvriers féminins tendent à s'amenuiser au profit des métiers d'employés. Au global, les 2/3 des mères des sages-femmes qui travaillent ou ont travaillé exercent soit parmi les professions intermédiaires, soit parmi les métiers employés. Cet état de fait ne connaît pas de grande variation dans le temps (60 % des plus anciennes sages-femmes sont dans ce cas, 61,9 % pour les sages-femmes nées entre 1955 et 1964, 83,9 % pour celles nées entre 1965 et 1974, 77,6 % entre 1975 et 1980 et 77,7 % pour celles de moins de 30 ans). À

³⁸ Michel-Louis Lévy, « Population active et catégories sociales au recensement de 1990 », *Population & Sociétés*, n° 270, 1992.

³⁹ Idem.

⁴⁰ Insee, *Enquête-Emploi*, 2005.

⁴¹ Notons que nous avons inséré les collaboratrices de commerçants, d'artisan et d'agriculteur dans ces catégories au même titre que leur conjoint masculin.

l'inverse des pères, les origines sociales maternelles sont plus homogènes et concentrées sur les deux PCS 4 et 5. Surtout, on ne retrouve pas le mouvement ascendant vers les PCS3, mais plutôt une stabilisation de la part de cette PCS autour de 12 % de la population des mères, très loin des 40% des pères des sages-femmes de moins de 30 ans. Cette croissance, nous la retrouvons parmi les professions intermédiaires, celles qui comprennent les enseignants du primaire et du secondaire et les professions intermédiaires de la santé (dont les sages-femmes). La proportion pour les plus anciennes générations est aussi autour de 25 % et tend à être supérieures à 40 % pour les plus jeunes sages-femmes. À titre de comparaison, parmi la population active féminine française, la part des professions intermédiaires n'a cessé d'augmenter, mais dans des proportions bien moindre : en 1982 elle représente 18 % de la population active, 20,8 % en 1990⁴², 24,3 % en 2005. Ces taux sont d'environ 20 points inférieurs aux taux des professions intermédiaires parmi les ascendances maternelles des sages-femmes et cela depuis plusieurs décennies : il était déjà de 36,9 % pour celles nées entre 1965 et 1974.

En définitive, il semble bien qu'il y ait une tendance, tant dans les ascendances paternelles et maternelles à une concentration des profils des nouvelles recrues parmi certaines catégories socio-professionnelles, ce phénomène étant davantage marqué du côté paternel. Du côté maternel, c'est une tendance équivalente que l'on rencontre mais qui se concentre avant tout sur les professions intermédiaires (avec une présence en nombre de mères enseignantes et infirmières). Tendance marquante, nous constatons un affaiblissement de l'hétérogénéité socio-culturelle des recrutements, ce phénomène s'amplifiant depuis les années 2000.

2.6.2. Quid des ascendances médicales et paramédicales ?

Il est commun d'entendre que les métiers se transmettent de père en fils ou de mère en fille ; ainsi les sages-femmes se caractériseraient par des ascendances familiales médicales et/ou paramédicales. Ce phénomène s'observe-t-il d'un point de vue empirique pour la population des sages-femmes ? Pour répondre à ces questions, il faut raisonner non plus en fonction des catégories sociales mais en fonction des activités économiques, en distinguant celles se déroulant dans le cadre de professions de santé.

Tableau 31 : Ascendances de professions de santé chez les pères en fonction de l'année de naissance

Professions et métiers du père année de naissance	professions de santé	hors professions de santé	TOTAL
nées avant 1950	0,0% (0)	100% (11)	100% (11)
nées de 1950 à 1960	5,8% (8)	94,2% (131)	100% (139)
nées de 1960 à 1970	5,8% (12)	94,2% (196)	100% (208)
nées de 1970 à 1980	8,4% (19)	91,6% (208)	100% (227)
nées après 1980	15,6% (31)	84,4% (168)	100% (199)
TOTAL	8,9% (70)	91,1% (714)	100% (784)

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 16,3$, $ddl = 4$, $1-p = 99,7\%$.

Tableau 32 : Ascendances de professions de santé chez les mères en fonction de l'année de naissance

Profession et métiers de la mère année de naissance	professions de santé	hors professions de santé	TOTAL*
--	----------------------	---------------------------	--------

⁴² Michel-Louis Lévy, *op. cit.*

nées avant 1950	14,3% (1)	85,7% (6)	100% (7)
nées de 1950 à 1959	13,0% (10)	87,0% (67)	100% (77)
nées de 1960 à 1969	9,2% (13)	90,8% (128)	100% (141)
nées de 1970 à 1979	25,9% (50)	74,1% (143)	100% (193)
nées après 1980	31,5% (58)	68,5% (126)	100% (184)
TOTAL	21,9% (132)	78,1% (470)	100% (602)

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 28,8$, $ddl = 4$, $1-p = >99,9\%$.

* Ont été recensées dans ce tableau uniquement les mères actives

Pour ce qui est des ascendances paternelles et maternelles, les métiers et professions de la santé sortent du lot, même si cela est davantage perceptible chez les jeunes générations. Lorsqu'on se penche sur celles qui ont un père exerçant ou ayant exercé une profession médicale ou paramédicale en fonction de leur année de naissance, un constat est frappant : la présence de ces ascendances est particulièrement marquée. Sachant que la part des professions de santé parmi la population active est aujourd'hui de 7,6 % (elle était de 6 % en 1990⁴³), on relève des taux supérieurs parmi les pères tout comme les mères des sages-femmes. Qui plus est, il semble que cette tendance à la reproduction sociale et professionnelle soit encore plus forte chez les plus jeunes générations, puisque si l'on considère que la part des professions de santé était autour de 7,5 %, l'écart constaté avec les ascendances paternelles est de près de 8 points (15,6 %) et même de 24 points (31,5 %) pour les mères ! Dans l'absolu, l'effectif de 132 mères recensées exerçant une profession de santé, est surreprésentée chez les sages-femmes ayant moins de 30 ans (44 % des mères de ces sages-femmes appartiennent à cet ensemble). Nous sommes dans la même dynamique que chez les pères mis à part que celle-ci semble avoir débuté bien plus tôt pour les ascendances maternelles.

Tableau 33 : Les ascendances paternelles émanant des professions de santé

	Nb. cit.	Fréq.
Profession et métier de santé	70	8,9%
dont infirmiers	8	1,0%
dont médecins	44	5,6%
Hors profession et métier de santé	714	91,1%
TOTAL CIT.	784	100%

Tableau 34 : Les ascendances maternelles émanant des professions de santé

	Nb. cit.	Fréq.
professions et métiers de santé	132	21,9%
dont infirmières	51	8,5%
dont sages-femmes	8	1,3%
dont médecins	20	3,3%
Hors professions et métiers de santé	470	78,1%
TOTAL CIT.	602	100%

Il ne faudrait pas cependant en tirer des conclusions trop hâtives. Dans le détail, ascendances paternelles et maternelles ne sont pas de même nature en raison même de l'hétérogénéité de la catégorie « professions de santé ». Ainsi, du côté des mères, il s'agit essentiellement de

⁴³ Anne Billaut, Pascale Breuil-Genier, Marc Collet, Daniel Sicart, *Les évolutions démographiques des professions de santé*, Données sociales, La société française, 2006.

métiers paramédicaux, au premier chef celui d’infirmière : sur les 132 ascendances professions de santé repérées : 51 mères exercent ou exerçaient le métier d’infirmière (38 %). À l’inverse chez les pères, ils ne sont que 8 à exercer ce métier (soit 11 % des ascendances profession de santé) contre 44 médecins (62 % des ascendances). Les ascendances strictement médicales sont nettement moins présentes chez les mères (20 sur 132 soit 15 % des ascendances). En définitive, si le mouvement est le même il vient surtout des professions paramédicales du côté des mères et des professions médicales du côté des pères.

De manière générale, il est clair que tant pour les ascendances paternelles que maternelles, la présence de parents exerçant une profession de santé connaît un accroissement spectaculaire à partir de la génération des sages-femmes nées après 1980. Ajouté aux constats déjà posés à propos de la surreprésentation de la PCS 3 parmi ces jeunes sages-femmes, on découvre que le profil sociologique de ces jeunes sages-femmes se singularise des autres.

2.6.3. Quelle mobilité sociale chez les sages-femmes actuelles ?

Ces évolutions relatives à l’origine sociale des sages-femmes posent la question de la mobilité sociale et professionnelle : est-elle vécue comme un signe d’ascension sociale ou non ? Dit autrement, le fait d’être sage-femme est-il être perçu, par les praticiennes en exercice, comme un élément de progression, de régression ou de stabilité dans la hiérarchie sociale, sachant que l’origine sociale, en partie construite autour de la profession exercée par les parents, est fondatrice de ces sentiments ?

Pour répondre à cette question, nous avons regroupé les PCS qui sont considérées comme hiérarchiquement inférieures à la profession de sage-femme (tant d’un point de vue symbolique que statutaire), celle qui lui est supérieure, c’est-à-dire la PCS 3, et enfin celle à laquelle appartiennent les sages-femmes (PCS 4).

Tableau 35 : Les ascendances paternelles hiérarchisées en fonction de l’année de naissance

PCS du père année de naissance	PCS < profs intermédiaires	PCS3	PCS 4	TOTAL
nées avant 1955	56,9% (33)	24,1% (14)	19,0% (11)	100% (58)
nées de 1955 à 1964	55,4% (103)	24,2% (45)	20,4% (38)	100% (186)
nées de 1965 à 1974	49,5% (106)	21,5% (46)	29,0% (62)	100% (214)
nées de 1975 à 1980	52,8% (57)	29,6% (32)	17,6% (19)	100% (108)
nées après 1980	36,6% (71)	40,2% (78)	23,2% (45)	100% (194)
TOTAL	48,7% (370)	28,3% (215)	23,0% (175)	100% (760)

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 29,1$, $ddl = 8$, $1-p = >99,9\%$.

La mobilité sociale au regard de la position du père est assez stable pour les sages-femmes nées avant 1980. Pour beaucoup, exercer le métier de sages-femmes signifiait l’accession à une situation plus enviable que leur propre père (lequel pour plus de la moitié d’entre elles, se classait d’un point de vue professionnel parmi les PCS inférieures à la PCS4). De manière significative, les deux tiers des sages-femmes enquêtées ont soit franchi un palier, soit conservé un statut équivalent à leur propre père. Cette profession étant avant tout féminine on peut conclure à une ascension sociale généralisée. Seule environ une sage-femme sur 5 avait un père jouissant d’un statut de cadre, situation jugée plus favorable à la leur.

Depuis quelques années, essentiellement à partir des diplômées de 2002 ou 2003, un basculement considérable s’est produit. Pour cette génération née dans les années 1980, intégrer la profession ne rime plus avec une mobilité sociale ascendante. Ce changement se caractérise par un taux plus conséquent de pères ayant eux-mêmes le statut de cadre,

population désormais supérieure à celle des pères ayant un statut inférieur aux catégories intermédiaires. Pour 40 % d'entre elles, cela se concrétise objectivement et statistiquement par une mobilité sociale intergénérationnelle descendante, ou stable (pour 23 %) ⁴⁴.

Néanmoins, en raison même de la spécificité de la profession de sages-femmes, marquée par un taux d'activité féminin supérieur à la moyenne, il est essentiel de croiser ces premiers résultats avec la profession exercée par les mères et voir s'il y a ascension de ce point de vue. La mobilité par voie « matrilinéaire » mérite d'être évaluée d'autant que le taux d'activité des mères de sage-femme était nettement supérieur à la moyenne. À ce titre, si pour les sages-femmes nées avant 1974, une mobilité socio-professionnelle assez nette pouvait être observée, ceci n'est plus vraiment le cas pour les sages-femmes nées après c'est-à-dire celles qui sont âgées aujourd'hui de moins de 35 ans. Ces dernières étant de plus en plus issues de la PCS4 *via* leur mère, la situation d'ascension sociale est somme toute limitée à environ 40 % des sages-femmes de ces générations, alors que c'était une situation vécue objectivement par 4 sages-femmes sur 5 nées avant 1955. Ainsi, les sages-femmes connaissent aujourd'hui moins de mobilité ascendante, et l'on enregistre surtout une situation de stabilité par rapport aux mères (44 % de PCS 4) et pères, voire une mobilité descendante si l'on raisonne sur la génération la plus jeune et en se centrant sur leurs pères.

Tableau 36 : Les ascendances maternelles hiérarchisées en fonction de l'année de naissance

PCS de la mère année de naissance	PCS < prof intermédiaires	PCS 3	PCS 4	TOTAL
nées avant 1955	81,3% (26)	0,0% (0)	18,8% (6)	100% (32)
nées de 1955 à 1964	69,1% (76)	5,5% (6)	25,5% (28)	100% (110)
nées de 1965 à 1974	58,3% (98)	4,8% (8)	36,9% (62)	100% (168)
nées de 1975 à 1980	38,8% (38)	12,2% (12)	49,0% (48)	100% (98)
nées après 1980	43,3% (78)	12,2% (22)	44,4% (80)	100% (180)
TOTAL	53,7% (316)	8,2% (48)	38,1% (224)	100% (588)

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 42,1$, $ddl = 8$, $1-p = >99,9\%$.

Ces éléments conduisent à affirmer que l'accès à la profession de sages-femmes se conjugue beaucoup moins désormais avec l'idée d'une progression dans la hiérarchie sociale et l'acquisition d'un statut social « enviable » au regard de la position sociale de départ. Ces éléments devront bien entendu être corroborés par la perception actuelle de la profession, mais ils peuvent d'ores et déjà être mis en lien avec les revendications d'une plus grande reconnaissance professionnelle.

Un basculement important se joue pour les générations nées après 1980. Il serait hasardeux de tirer ici des conclusions définitives, mais l'hypothèse d'un effet de génération doit être prise au sérieux. Les ascendances familiales, tant paternelles que maternelles, montrent que l'origine sociale des sages-femmes (c'est-à-dire les professions et catégories sociales d'où elles sont issues *via* leurs parents) diffère nettement selon les générations. 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* le PCEM1). Cependant, ces résultats soulignent que les évolutions dans les modes de recrutement sont légèrement postérieures à ces changements dans le recrutement. Qui plus est, l'évolution de la structure sociale globale n'explique à elle seule ces transformations, notamment le fait que 40 % des sages-femmes de moins de 30 ans

⁴⁴ Si l'on s'en tient à la profession du père, celle habituellement retenue par les statistiques.

ont un père qui exerce un métier de cadre, d'ingénieur ou une profession intellectuelle supérieure.

Ce qui change fondamentalement, c'est que la diversité du recrutement chez les sages-femmes est moins nette qu'auparavant. L'image d'une profession très ouverte sociologiquement (par exemple le fait que la profession n'était pas marquée par une catégorie sociale ou même une forme d'activité comme les professions de santé) se vérifie de moins en moins aujourd'hui. On observe une orientation assez nette vers l'intégration de jeunes issues de famille exerçant au sein des professions intermédiaires, des cadres et ingénieurs, ainsi que des professions intellectuelles supérieures. Constat qui a pour conséquence de justifier un certain « bagage » à l'entrée avec des exigences pédagogiques et qui assoie l'idée que cette formation est assimilable à un niveau de formation universitaire supérieure. Mais cela a aussi pour conséquence d'atténuer les possibilités d'associer l'exercice de cette profession à l'idée d'une mobilité sociale ascendante, puisque peu à peu certains milieux pourraient tendre à « s'exclure » de ce type de formation.

Dans un avenir proche, la profession devra sans doute résoudre un paradoxe qui tend à devenir de plus en plus visible. Les sages-femmes se recrutent à des niveaux socio-économiques de plus en plus élevés, mais ne peuvent pas bénéficier du statut de cadre, notamment dans la fonction publique. Ce qui donne à se voir et à s'entendre comme une recherche de reconnaissance sociale, et la frustration qui en découle parfois chez certaines sages-femmes, s'explique sans doute par cet écart que les plus jeunes sages-femmes perçoivent entre leurs aspirations professionnelles, modelées par leurs origines sociales et la réalité en termes de reconnaissance sociale et professionnelle de la sage-femme.

3. LE CHOIX PROFESSIONNEL

3.1. Un choix professionnel motivé par des intérêts variés

Les raisons déclarées par les sages-femmes de leur choix professionnel se distribuent comme suit⁴⁵ :

Tableau 37 : Répartition des raisons du choix professionnel

	Nb. cit.	Fréq.
par vocation	328	20,3%
par hasard	165	10,2%
parce que c'est une profession médicale	362	22,4%
par intérêt pour la naissance et/ou les enfants	486	30,1%
par défaut, car je n'ai pas réussi le concours de médecine/pharmacie/autre	112	6,9%
pour travailler dans une structure hospitalière	94	5,8%
pour travailler en libéral	31	1,9%
parce que c'est une profession de femme	39	2,4%
TOTAL CIT.	1617	100%

Le tableau est construit sur 811 observations.

Trois modalités recueillent plus de 72 % des réponses et un peu plus de 77 % des répondantes : « par vocation » (40% des répondantes), « parce que c'est une profession médicale » (44 % des répondantes) et « par intérêt pour la naissance et/ou les enfants », cette dernière étant la plus représentée (60 % des répondantes). De ce fait, les autres modalités de réponses demeurent plus marginales, avec un ensemble de trois raisons de force comparable : « le hasard » (20 % des répondantes), « par défaut » (14 % des répondantes) et « travailler en milieu hospitalier » (pour 12 % des répondantes). Enfin, les deux dernières modalités sont choisies par seulement par 4 % et 5 % respectivement des répondantes, ce qui révèle que la volonté de travailler dans en libéral ou d'exercer dans une profession de femmes est une marginalité.

Cette enquête touchant une population en activité âgée de 24 à 66 ans, on peut supposer que le choix professionnel ne s'effectuant pas à la même époque, les motivations à l'origine de ce choix seraient variables selon les générations de sages-femmes. Or, globalement peu de distinction apparaissent, si bien que c'est plutôt constance en matière que l'on doit souligner.

L'idée d'une moindre vocation chez les plus jeunes sages-femmes notamment est largement remise en cause par les données recueillies, puisque au contraire cette motivation est mobilisée à hauteur d'environ 20 % chez toutes les générations de sages-femmes, les plus jeunes le déclarant même un tout petit peu plus que les plus anciennes. L'écart n'est pas conséquent, mais il confirme que les vocations sont toujours d'actualité et surtout qu'elles persistent dans toutes les générations.

L'évocation d'une insertion dans cette profession « par défaut » est elle plus nettement marquée chez les moins de 30 ans, constat attendu puisqu'elles ont connu le passage par la première année de médecine instauré depuis 2003. Or, on sait que les étudiants en PCEM1

⁴⁵ Précisons que les sages-femmes pouvaient cocher plusieurs cases, ce qui explique que le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations.

s'inscrivent avant tout pour la valorisation présente autour des professions médicales⁴⁶, plutôt que celle de sage-femme. Cependant, la proportion est relativement faible (4^{ème} explication en nombre de citations pour cette génération) et elle n'est pas absente parmi les plus anciennes générations. Autrement dit, la profession a toujours intégré en son sein une minorité de praticiennes n'ayant pas conçues cette activité comme celle principalement recherchée, tout au moins au moment où s'opère le choix⁴⁷.

Il en va de même pour l'évocation du hasard. En effet, la part du hasard dans le choix professionnel concerne environ une sage-femme sur 10, et il semble même que celui-ci intervienne plutôt moins pour les plus jeunes, même si l'écart n'est pas statistiquement significatif. En conséquence, il s'avère que les sages-femmes ne viennent très majoritairement pas par hasard dans cette profession.

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. Si on raisonne en nombre d'observations (de répondantes) et non plus en nombre d'observations (de réponses), 60 % sages-femmes ont cité cet intérêt pour les enfants et/ou la naissance et 45 % celui pour la profession médicale. La vocation a été citée par 40 % des répondantes.

Ces données, associées au fait qu'elles sont constantes selon les générations, démontrent que l'on vient à cette profession pour ces principaux facteurs. Cependant, seul cet intérêt pour la naissance et/ou les enfants s'avère majoritaire (60 %). Ce fait doit être souligné parce qu'il révèle plutôt un éclatement des intérêts possibles motivant un choix en faveur de la profession de sage-femme. En conséquence, on peut intégrer et exercer cette profession pour des raisons variées. En dehors de l'intérêt pour la naissance et les enfants, d'autres intentions non marginales peuvent exister. C'est le cas de l'intérêt pour le travail en milieu hospitalier qui recueille en moyenne 5,8 % des réponses et qui est cité par 11,5 % des répondantes, avec une tendance marquée chez les moins de 30 ans.

À l'inverse, il semble que la profession de sage-femme soit qu'incidemment choisie parce qu'il s'agit d'une profession de femmes ou perçue comme telle. Seules 39 sages-femmes ont coché cet item (4,8 %) et parmi elles près de la moitié ont plus de 50 ans. Autrement dit, si cette motivation a pu être présente, sans doute marginalement pour les plus anciennes générations, elle a quasiment disparu aujourd'hui.

Tableau 38 : Les raisons du choix professionnel en fonction de l'âge

Choix professionnel	Classes d'âge	moins de 30 ans	de 30 à 39 ans	de 40 à 49 ans	de 50 ans et plus	TOTAL
par vocation		20,2% (86)	19,8% (96)	22,0% (85)	19,1% (61)	20,3% (328)
par hasard		7,3% (31)	10,3% (50)	12,9% (50)	10,7% (34)	10,2% (165)
parce que c'est une profession médicale		23,5% (100)	24,3% (118)	19,1% (74)	21,9% (70)	22,4% (362)
par intérêt pour la naissance et/ou les enfants		27,1% (115)	30,2% (147)	32,3% (125)	31,0% (99)	30,1% (486)
par défaut, car je n'ai pas réussi le concours de médecine/pharmacie/autre		11,1% (47)	6,6% (32)	4,7% (18)	4,7% (15)	6,9% (112)
pour travailler dans une structure hospitalière		8,2% (35)	4,9% (24)	4,4% (17)	5,6% (18)	5,8% (94)
pour travailler en libéral		2,4% (10)	2,3% (11)	1,8% (7)	0,9% (3)	1,9% (31)
parce que c'est une profession de femme		0,2% (1)	1,6% (8)	2,8% (11)	6,0% (19)	2,4% (39)
TOTAL		100% (425)	100% (486)	100% (387)	100% (319)	100% (1617)

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 62,9$, $ddl = 21$, $1-p = >99,9\%$.

⁴⁶ A.-C. Hardy-Dubernet et C. Gadéa, *De « faire médecine » à « faire de la médecine »*, DRESS, Série Études, n° 53, 2005.

⁴⁷ Cela n'implique par pour autant d'un moindre intérêt actuel pour leur activité professionnelle. S'il a été par défaut, ce choix peut s'avérer a posteriori adéquat et satisfaisant aux yeux de la sage-femme.

D'une manière générale, les répondantes n'ont pas hésité à convoquer des raisons que l'on pourrait qualifier de périphériques à l'activité professionnelle de la sage-femme, comme le fait de travailler à l'hôpital ou de bénéficier d'un statut professionnel valorisant. Sans doute la méconnaissance a priori de l'activité réelle et concrète de la sage-femme explique en partie cette hétérogénéité des motivations. Il se peut aussi que l'hétérogénéité sociologique constatée plus haut en matière d'origine sociale des sages-femmes (cf. 2.6.) accroît le champ des possibles en matière d'accord entre des motivations personnelles et la profession de sages-femmes.

3.2. Des justifications du choix professionnel peu liées au mode d'exercice actuel

Quel est le lien entre la motivation telle qu'elle est perçue aujourd'hui par les sages-femmes et leur activité actuelle ? Les sages-femmes qui souhaitaient travailler dans une structure hospitalière ont-elles majoritairement réalisé leur souhait ? Celles qui déclaraient vouloir travailler en libéral le font-elles réellement ? Pour évaluer ce lien, il est pertinent de croiser la variable du choix professionnel avec les modes d'activité de la répondante.

Au regard de ce croisement de données, une évidence apparaît : le choix entre un exercice professionnel libéral et celui dans une structure hospitalière (publique) est très discriminant. En effet, parmi celles qui ambitionnaient de travailler dans une structure hospitalière, plus des 3/4 exercent effectivement dans une telle structure, ce qui prouve le lien entre la motivation affirmée et la réalité professionnelle. De même, parmi les 31 sages-femmes qui se disaient motivées par un exercice libéral, 16 sont installées en cabinet aujourd'hui. Autrement dit, ces deux motivations semblent être celles les plus vigoureuses mais aussi les aisées à réaliser puisqu'elles ciblent un mode d'activité. La corrélation fonctionne aussi dans le sens inverse, puisque celles qui souhaitaient un exercice libéral évitent nettement le salariat hospitalier et que celles qui espéraient intégrer une structure hospitalière optent rarement pour un exercice libéral.

Tableau 39 : Les justifications du choix professionnel en fonction du mode d'activité actuel

Modes d'activité	Choix professionnel					
	CH public	Clinique privée	Libéral	PMI	école de SF	TOTAL
par vocation	65,2%	11,9%	18,0%	3,0%	0,9%	100%
par hasard	68,5%	12,1%	15,2%	3,0%	0,6%	100%
parce que c'est une profession médicale	61,9%	12,4%	19,1%	4,1%	1,9%	100%
par intérêt pour la naissance et/ou les enfants	62,1%	11,5%	20,4%	3,9%	1,6%	100%
par défaut	67,0%	10,7%	17,9%	0,9%	2,7%	100%
pour travailler dans une structure hospitalière	78,7%	9,6%	5,3%	4,3%	2,1%	100%
pour travailler en libéral	29,0%	12,9%	51,6%	3,2%	3,2%	100%
parce que c'est une profession de femme	46,2%	12,8%	28,2%	7,7%	5,1%	100%
TOTAL	63,4%	12,1%	19,2%	3,3%	1,6%	100%

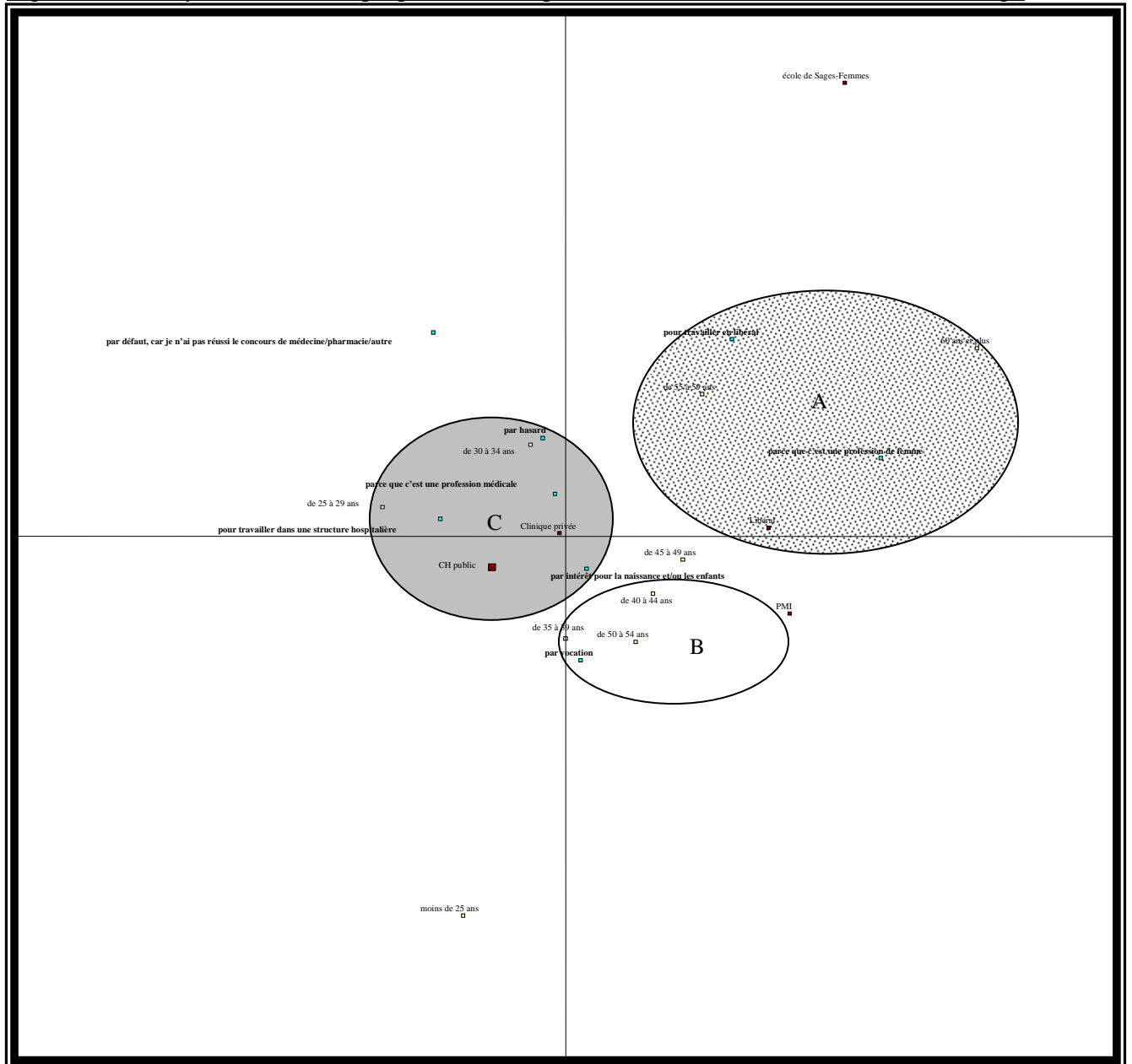
La dépendance est très significative. $\chi^2 = 55,0$, $ddl = 28$, $1-p = 99,8\%$.

Toutes les autres justifications ne sont pas aussi prégnantes et orientent la future sage-femme indifféremment vers un mode d'exercice. Dit autrement, mis à part le cas évoqué plus haut, les motivations ont en fin de compte assez peu d'impact sur les modes d'exercices actuels

puisque l'on retrouve la répartition générale entre hospitalières du public, hospitalières du privé, libérales, etc.

Toutefois, la justification du choix de cette orientation comme un investissement dans une profession de femme, motivation assimilable à l'expression d'une conscience féministe, semble moins neutre que les autres. Sans qu'il y ait de significativité statistique suffisante (due essentiellement à la faiblesse de la population, $n = 39$), on constate un déficit d'hospitalières du secteur public, une légère surreprésentation des libérales et une présence confortable parmi les sages-femmes de PMI et enseignantes. Ce constat (qui devra être confirmé par des éléments qualitatifs) associé au fait que les dernières citées possèdent une moyenne d'âge plus élevée, nous invite à prendre en compte l'âge de la sage-femme dans cette analyse.

Figure 16 : Analyse factorielle à propos du choix professionnel, du mode d'activité et de l'âge



En effet, il existe parfois un écart important, en termes de temporalité, entre le moment du choix et le mode d'activité actuel. De ce fait, on peut se demander si la corrélation entre les motivations déclarées des sages-femmes telles qu'elles étaient à l'entrée de leur formation et leur mode d'activité actuel n'est pas en lien principalement à leur appartenance générationnelle.

En croisant les trois variables choix professionnels, âge et mode d'activité actuel sous la forme d'une analyse factorielle, on observe une tendance corrélatrice (zone A) entre l'exercice libéral et la recherche a priori de cet exercice (les motivations) pour les sages-femmes les plus anciennes (55 ans et plus). De même, le hasard ou l'indétermination semble avoir eu le plus d'influence sur les 30/35 ans et les a surtout menés vers un exercice hospitalier tant en clinique privée que dans les établissements publics (zone B). Enfin, un troisième ensemble (zone C) se détache, celui qui regroupe les plus jeunes sages-femmes (de 25 à 34 ans) qui intègrent massivement les établissements hospitaliers tant publics que privés et qui sont mus par des intérêts touchant au statut médical de la profession, à l'intérêt pour un travail dans le milieu hospitalier et le hasard. Il semble ainsi que les motivations de ces jeunes générations sont globalement en phase avec leur activité réelle, le hasard signifiant une indétermination de départ qui se transforme souvent par l'adoption du mode d'activité le plus commun chez la sage-femme.

Les choix en fonction de « l'intérêt pour la naissance et/ou des enfants » et « la vocation » semblent avoir moins d'influence sur l'exercice professionnel à venir. Si ces motivations sont surtout le fait d'un spectre assez large de sages-femmes du point de vue de l'âge (entre 35 et 54 ans), elles sont moins marquées par l'exercice professionnel actuel. En effet, dans le schéma ci-dessus, celles qui travaillent en centres hospitaliers (privés et publics), en PMI et en libéral sont schématiquement proches, preuve que ces motivations ne sont pas déterminantes pour la suite de l'exercice professionnel.

En définitive, le choix professionnel est assez peu déterminant pour la suite de l'activité de la sage-femme. Seules celles qui déclarent avoir optées pour le statut médical de la profession, pour exercer une activité libérale ou pour travailler dans une structure hospitalière, ont transformé significativement ce souhait en réalité. Cependant, en volume, ces justifications sont loin d'être les plus pesantes. Ces motivations et ces choix sont aussi l'objet d'investissements distincts, en termes de significations, selon les générations. 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 amenées 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 laissent œuvrer « le hasard ».

De ce fait, s'il n'existe pas d'effets de générations nets et très déterminants, sur l'ensemble du spectre de motivations proposé par l'enquête, leur poids relatifs en termes d'intérêt, tant dans la projection que pour l'exercice réel professionnel, est variable selon les générations de sages-femmes.

4. LE VECU DE FORMATION

4.1. Des difficultés concentrées sur l'encadrement durant la formation

Formation exigeante et intense de l'aveu de toutes les interlocutrices que nous avons rencontrées, la formation n'en est pas moins source de problèmes qu'on ne peut éluder et qui peuvent avoir des conséquences pour la suite de la carrière des sages-femmes.

Dans notre questionnaire, nous avons demandé de préciser les éventuelles difficultés rencontrées par la sage-femme au cours de sa formation et plus particulièrement avec quel type de personnes.

Tableau 40 : Répartition des types de difficultés rencontrées lors de la formation

Types de difficultés de formation	oui	Non	TOTAL
difficultés avec les parturientes	6,1% (49)	93,9% (752)	100% (801)
difficultés avec les sages-femmes encadrantes	62,3% (498)	37,8% (302)	100% (800)
difficultés avec les hommes sages-femmes	1,4% (10)	98,6% (702)	100% (712)
difficultés avec les médecins / internes femmes	10,7% (85)	89,3% (706)	100% (791)
difficultés avec les médecins / internes hommes	17,2% (137)	82,8% (659)	100% (796)
difficultés avec l'entourage des parturientes	16,9% (135)	83,1% (662)	100% (797)
difficultés avec les enseignants	19,7% (157)	80,3% (641)	100% (798)
difficultés avec les monitrices / directrices ESF	41,9% (336)	58,1% (466)	100% (802)
difficultés avec le personnel paramédical	14,7% (117)	85,3% (679)	100% (796)
Ensemble	21,5% (1524)	78,5% (5569)	100% (7093)

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 1364,2$, $ddl = 8$, $1-p = >99,9\%$.

À la première lecture de ce tableau récapitulatif, les sages-femmes connaissent *a priori* peu de difficultés, puisque pour la plupart des items la proportion de « non » est supérieure à 80 %. Cependant ce tableau est construit en trompe l'œil. En effet, si l'on s'en tient au nombre de réponses totales, sur les 811 sages-femmes qui ont répondu, chacune a coché en moyenne presque 2 réponses « oui » sur les 9 types de difficultés. Seules 151 sages-femmes (18,6 %) déclarent ne pas avoir connu de difficultés⁴⁸. Pour les 660 autres sages-femmes, près d'un tiers d'entre elles soulignent les difficultés liées aux relations qu'elles ont eues avec les collègues encadrantes dans les stages (62,3 %) et un peu plus de 40 % signalent les difficultés avec les monitrices et/ou les directrices des écoles (41,2 %). Tous les autres types de difficultés sont moins marqués : les relations avec les enseignants (19,7 %), les médecins internes masculins (17,2 %) et enfin les relations avec l'entourage des parturientes (16,9 %). Les difficultés dans la formation tiennent avant tout aux conditions de déroulement de cette formation, tant dans les stages, mais aussi, ce qui est là plus étonnant, au cœur même de l'école (les monitrices, les directrices, les enseignants dans une moindre mesure). Ce constat – associé aux problèmes de maltraitance dans les écoles de sages-femmes enregistrés ces dernières années⁴⁹ – soulèvent des questions. Ce sentiment est-il partagé par toutes les sages-femmes ou bien existe-t-il des élèves sages-femmes caractérisés par leur génération, leur origine sociales, leur rapport à la profession qui sont plus enclins à percevoir cet état de fait ?

⁴⁸ Ces sages-femmes ont systématiquement coché « non » pour toutes les propositions.

⁴⁹ Nous pensons aux cas récents à l'école de sages-femmes de Besançon : Juliette Cottin et Eléonore Tournier, « A Besançon, les élèves sages-femmes se plaignent de maltraitance », *Le Monde*, 2 Mars 2010. Mais celui de l'école de Toulouse en 2002 avait donné lieu à publicisation. Cf. Stéphane Thépot, « 40 élèves sages-femmes portent plainte pour harcèlement moral », *Le Monde*, 16 Juillet 2002.

En effet, nous adoptons la perspective selon laquelle ces faits objectivés ici statistiquement résultent de l'interaction entre les élèves (ou les étudiantes) sages-femmes et leur formation, cette interaction étant elle-même dépendante des évolutions générationnelles que peuvent connaître ces élèves/étudiantes.

Pour ce faire, il est nécessaire de croiser les réponses à cette variable « difficultés durant la formation avec les sages-femmes encadrantes » et la « variable difficultés monitrice / directrice » avec une série de variables caractéristiques, comme l'école de formation ou la génération d'appartenance de la sage-femme.

4.2. La perception de la formation en fonction des écoles de formation

Tableau 41 : Les difficultés rencontrées par les sages-femmes lors de leur formation en fonction des écoles*

Types de difficultés	Besançon	Marseille	Lyon	Grenoble	Clermont	Total
avec les parturientes	3,2%	7,5%	4,9%	6,7%	6,8%	6,1%
avec les sages-femmes encadrantes	74,6%	49,1	75%	58%	60,8%	62,3%
avec les hommes SF	0%	1,1%	2,2%	0%	0%	1,4%
avec les médecins / internes femmes	7,9%	6,6%	5,9%	18,4 %	11,1%	10,7%
avec les médecins / internes hommes	17,5%	12,3%	14,6%	20,5%	12,3%	17,2%
avec l'entourage de la parturiente	12,9%	21,7%	19,2%	19,3%	14,9%	16,9%
avec les enseignants	34,9%	20,6%	29,8%	8%	14,9%	19,7%
avec les monitrices directrices ESF	57,1%	33%	61%	33,7%	37,8%	41,9%
avec le personnel paramédical	11,1%	14%	7,8%	18%	17,6%	14,7%
ensemble	24,7%	18,6%	24,9%	20,5%	20%	21,5%

* Pourcentage calculé en fonction de nombre des citations. Seules ont été croisées les écoles de sages-femmes des régions concernées par l'étude, les autres ne fournissant pas assez de citations pour en tirer une analyse significative statistiquement.

Au regard des résultats présentés ci-dessus, les vécus de formation ne sont pas identiques selon les écoles. Si l'on se restreint aux écoles les plus représentées, celles pour lesquelles nous avons au minimum 63 sages-femmes formées, l'E.S.F. de Besançon et de Lyon se détachent. Il apparaît que ces sages-femmes passées par ces écoles sont plus disposées à évoquer des difficultés, notamment dans les relations avec les sages-femmes encadrantes mais aussi avec les monitrices et/ou les directrices de l'école, voire les enseignants (+ 15 points en comparaison à la moyenne). Ce fait n'apparaît pas aussi nettement lorsqu'on raisonne à partir de l'ensemble de l'échantillon. Les trois autres écoles présentent des moyennes inférieures, ce qui incite à conclure à une situation équivalente voire meilleure. C'est le cas par exemple des difficultés avec les enseignantes et les monitrices de l'école pour Grenoble. Dans cette école, seules des relations avec les médecins / internes femmes semblent avoir quelques particularités même si le taux de 18,4 % n'indique pas une difficulté massivement perçue. Enfin, l'école de Marseille se distingue par la faible propension de ses ex-pensionnaires à souligner des difficultés. Alors que parmi notre échantillon 108 sages-femmes ont été formées dans cette école, si les difficultés avec les encadrantes sont évoquées par environ la moitié d'entre elles, les autres motifs regroupent au mieux un tiers qu'entre elles (les difficultés avec les monitrices et/ou les directrices).

Les sages-femmes formées à Marseille indiquent en moyenne 1,6 réponse de difficulté alors que pour l'ensemble de l'échantillon, nous atteignons 1,9 réponse. À l'opposé, les sages-femmes formées à Besançon fournissent en moyenne 2,2 réponses. Ceci démontre que les

vécus de formation sont en partie dépendants de la manière d'envisager et de mettre en œuvre la formation de sage-femme.

Il n'est pas le lieu ici de faire un procès injustifié à telle ou telle équipe enseignante, d'autant que l'échantillon comprend des sages-femmes formées à des périodes différentes, donc par des enseignants distincts. Néanmoins, on ne peut écarter l'hypothèse d'une « culture de formation » qui dans certains cas apparaît aux personnes formées comme ardue, voire injuste, sans qu'elle ait pourtant remis en cause leur volonté de devenir sages-femmes puisqu'elles sont là pour en témoigner. Il n'empêche que le taux d'abandon dans les écoles de sages-femmes n'est pas négligeable, surtout en première année⁵⁰ et que ce phénomène n'est sans doute pas étranger au vécu parfois douloureux ressenti par les élèves sages-femmes.

4.3. La perception de la formation en fonction des générations

Note investigation sur le vécu de formation a laissé jusqu'ici la question des divergences de perception en fonction de la génération. L'hypothèse que nous suivons ici est assez simple : le vécu de formation (et ses difficultés corollaires) est en lien avec l'appartenance à une génération, certaines étant plus sensibles aux ennuis rencontrés lors de leur formation.

Tableau 42 : Les difficultés avec les sages-femmes encadrantes en fonction de l'année de naissance

difficultés avec les sages-femmes encadrantes année de naissance	Oui	non	TOTAL
nées avant 1956	39,7% (31)	60,3% (47)	100% (78)
de 1956 à 1960	47,4% (36)	52,6% (40)	100% (76)
de 1961 à 1965	62,0% (67)	38,0% (41)	100% (108)
de 1966 à 1970	62,3% (66)	37,7% (40)	100% (106)
de 1971 à 1975	63,9% (76)	36,1% (43)	100% (119)
de 1976 à 1980	74,3% (84)	25,7% (29)	100% (113)
nées après 1981	69,0% (138)	31,0% (62)	100% (200)
TOTAL	62,3% (498)	37,8% (302)	100% (800)

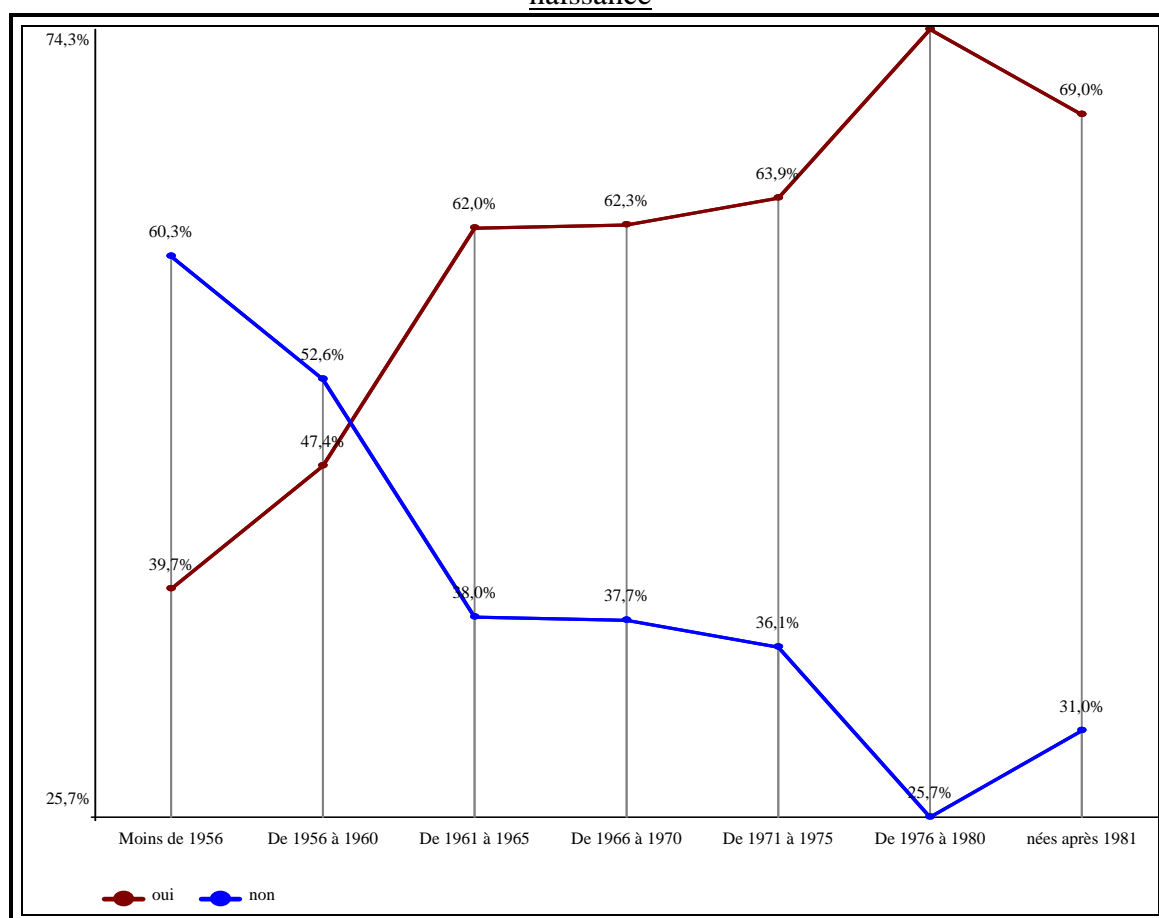
La dépendance est très significative. $\chi^2 = 35,0$, $ddl = 6$, $1-p = >99,9\%$.

Nous avons opté pour une focalisation sur les deux plus grandes difficultés, celles qui ressortent nettement dans le tableau des tris à plat : les difficultés rencontrées avec les sages-femmes encadrantes de stages et celles avec les monitrices et/ou directrices d'école.

On constate dans le tableau ci-dessus que les difficultés avec les encadrantes sont un phénomène assez ancien. Mais on enregistre une croissance de la perception de ces difficultés dans le temps, avec une accentuation frappante pour celles nées à partir des années 1960 ; ce type de difficultés est signalé par un peu moins des 2/3 des sages-femmes et même les 3/4 de celles nées en 1976 et 1980 (qui ont aujourd'hui 30 à 35 ans). Or, pour les plus anciennes sages-femmes de notre échantillon, celles qui ont plus de 50 ans, ces difficultés, sans être absentes, n'ont pas semblé avoir le même poids que leurs collègues plus jeunes.

⁵⁰ Un peu plus de 10 % des étudiants inscrits en première année abandonnent en cours de route, principalement à l'issue de la première année. Calcul réalisé par nos soins à partir des statistiques de la DRESS et notamment ses publications annuelles concernant les effectifs des écoles de Sages-femmes, « La formation aux professions de la santé », Série Statistiques.

Figure 17 : Les difficultés avec les sages-femmes encadrantes en fonction de l'année de naissance



Lorsqu'on se penche sur l'autre difficulté principale, les relations avec les monitrices/directrices, la tendance, sans être inverse, est quelque peu différente. Elle donne à voir un ressenti de ce type de difficultés à un niveau significatif à partir du milieu des années 1970 et surtout dans les années 1980, où environ 40 % des sages-femmes le signalent.

On constate surtout une nette hausse dans la déclaration de ces difficultés pour celles qui sont nées entre 1976 et 1980, des sages-femmes qui ont aujourd'hui entre 30 et 34 ans et pour lesquelles ces difficultés semblent particulièrement importantes. Il se peut qu'il s'agisse d'un événement propre à cette génération puisque pour les plus jeunes des sages-femmes, la proportion chute aux alentours de 40 %. Cette diminution des difficultés chez les plus jeunes sages-femmes peut sembler étonnante tant l'actualité nous fournit des cas de conflits parfois lourds et graves au sein des écoles de sages-femmes⁵¹.

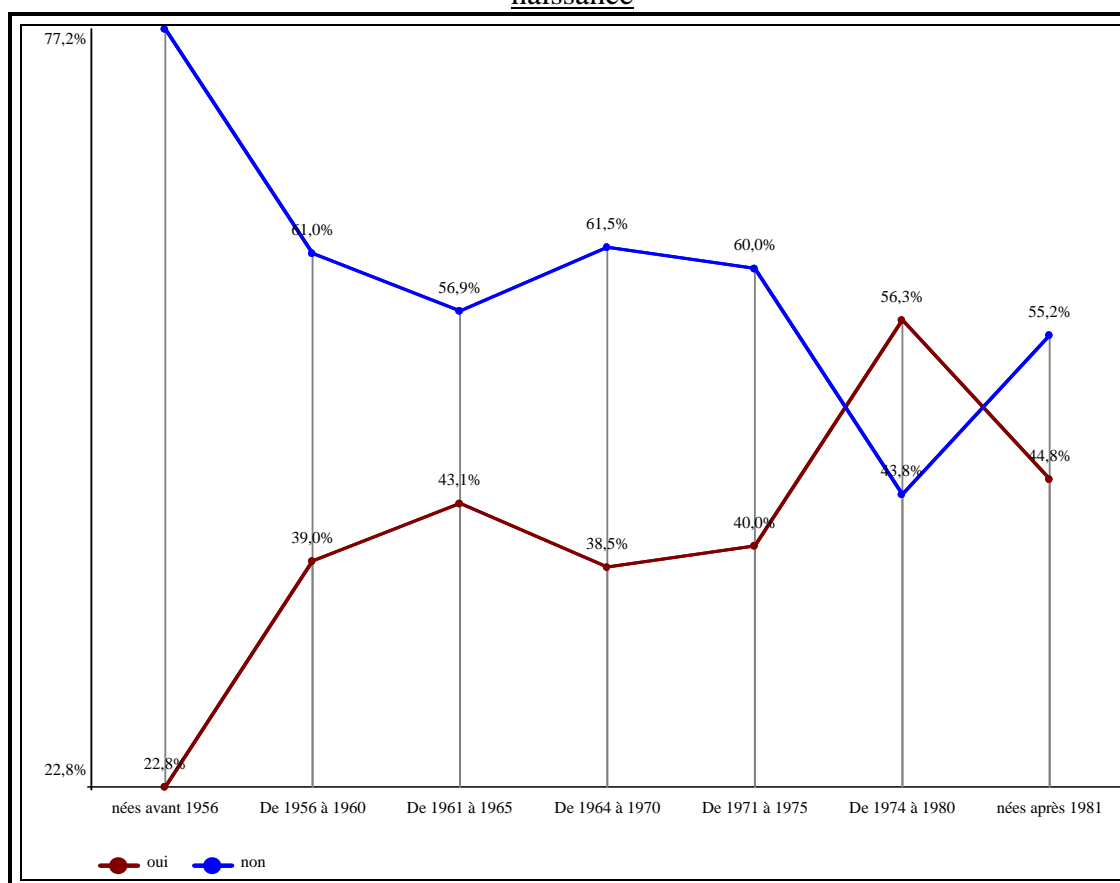
⁵¹ Nous pensons aux événements récents qui se sont déroulés à l'école de Besançon comportant des faits graves (suicides et tentatives de suicide) et pour lesquels une enquête administrative est en cours.

Tableau 43 : Les difficultés avec les monitrices et/ou les directrices en fonction de l'année de naissance

difficultés avec les monitrice/directrices d' ESF année de naissance	Oui	non	TOTAL
nées avant 1956	22,8% (18)	77,2% (61)	100% (79)
de 1956 à 1960	39,0% (30)	61,0% (47)	100% (77)
de 1961 à 1965	43,1% (47)	56,9% (62)	100% (109)
de 1964 à 1970	38,5% (40)	61,5% (64)	100% (104)
de 1971 à 1975	40,0% (48)	60,0% (72)	100% (120)
de 1974 à 1980	56,3% (63)	43,8% (49)	100% (112)
nées après 1981	44,8% (90)	55,2% (111)	100% (201)
TOTAL	41,9% (336)	58,1% (466)	100% (802)

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 23,0$, $ddl = 6$, $1-p = 99,9\%$.

Figure 18 : Les difficultés avec les monitrices et/ou les directrices en fonction de l'année de naissance



En scrutant de plus près les résultats de ces tableaux croisés, on parvient à identifier une fracture s'établissant autour des difficultés rencontrées lors de la formation, entre d'une part les sages-femmes nées avant 1976 et d'autre part celles nées après. Après regroupement autour de ces deux grands ensembles générationnels, les résultats statistiques tendent à prouver que l'interaction entre la sage-femme en devenir et sa formation n'est pas de même nature, avec des difficultés ressenties nettement plus fortes pour les premières que pour les secondes.

Les écarts sont de niveaux différents selon les types de difficultés, avec une amplitude particulièrement forte pour les relations avec les sages-femmes encadrantes : 70 % des sages-femmes nées après 1976 répondent « oui » alors que celles qui sont nées avant le font à 57 %. En moyenne, l'écart global entre ces deux ensembles de sages-femmes se situe à hauteur de seulement 4 points de pourcentage. À l'inverse, concernant les difficultés les moins signalées les écarts sont limités. La baisse des difficultés signalées avec les médecins / internes masculins, s'explique probablement par l'évolution des rapports hiérarchiques entre les hommes et les femmes, différenciation qui est conçue par les plus jeunes sages-femmes comme moins légitime.

Tableau 44 : Les types des difficultés en fonction de la génération de naissance

Type de difficultés rencontrées	Années de naissance		Ecart
	Nées avant 1976	Nées à partir de 1976	
difficultés avec les parturientes	5,1% (26)	8,0% (23)	+3,1 pts
difficultés avec les sages-femmes encadrantes	57,7% (296)	70,4% (202)	+12,7 pts
difficultés avec les hommes sages-femmes	1,6% (7)	1,1% (3)	- 0,5 pt
difficultés avec les médecins / internes femmes	11,1% (56)	10,1% (29)	- 1 pt
difficultés avec les médecins / internes hommes	19,6% (100)	13,0% (37)	- 6,6 pts
difficultés avec l'entourage des parturientes	13,7% (70)	22,7% (65)	+ 9 pts
difficultés avec les enseignants	16,4% (84)	25,4% (73)	+ 9 pts
difficultés avec les monitrices / directrices ESF	37,7% (194)	49,5% (142)	+ 11,8 pts
difficultés avec le personnel paramédical	14,1% (72)	15,7% (45)	+ 1,6 pt
TOTAL	20,0% (905)	24,0% (619)	+ 4 pts

Ceci nous invite à penser que la génération de sages-femmes nées après le milieu des années 1970 (qui ont 35 ans au maximum) ont plus de propension à évoquer des difficultés de formation, difficultés dont on peut penser qu'elles sont en fin de compte semblables à leurs aînées, mais ressenties avec plus d'intensité.

Il serait hasardeux de tirer des conséquences en termes d'encadrement, notamment en concluant à des contraintes exercées plus importantes pour les plus jeunes générations. À ce stade l'analyse, une hypothèse doit être avancée : si les difficultés lors de la formation ne sont pas nouvelles, si elles développent autour de personnes qui jouent un rôle équivalent (celles qui encadrent l'élève ou l'étudiante dans ses stages, celles qui l'accompagnent dans l'enseignement dispensé dans les écoles de sages-femmes) c'est que l'évolution principale se situe chez celles qui sont formées, c'est-à-dire les étudiantes. Leur profil socio-économique n'est sans doute pas étranger à cette distinction et l'on s'est rendu compte dans cette étude de sa nette évolution (cf. 2.6.). Tout se passe comme si ces sages-femmes de moins de 35 ans avaient une plus grande sensibilité, mais aussi une plus grande attente et une plus grande critique à propos des relations avec les sages-femmes qui ont un rôle de formation. Ce fait – qu'il n'est pas question de juger ici ou même d'évaluer – est pour nous le signe que le profil des personnes en formation dans ces écoles a connu une transformation notable et qui pourrait se résumer par le passage du statut « d'élève sage-femme » à celui « d'étudiante sage-femme », du moment qu'on ne réduit pas ce changement à un simple changement d'étiquette et de droit.

Dans le même temps, la « nouvelle » génération regroupe des sages-femmes diplômées à partir de la fin des années 80, période où la profession connaît de nombreuses évolutions fondamentales :

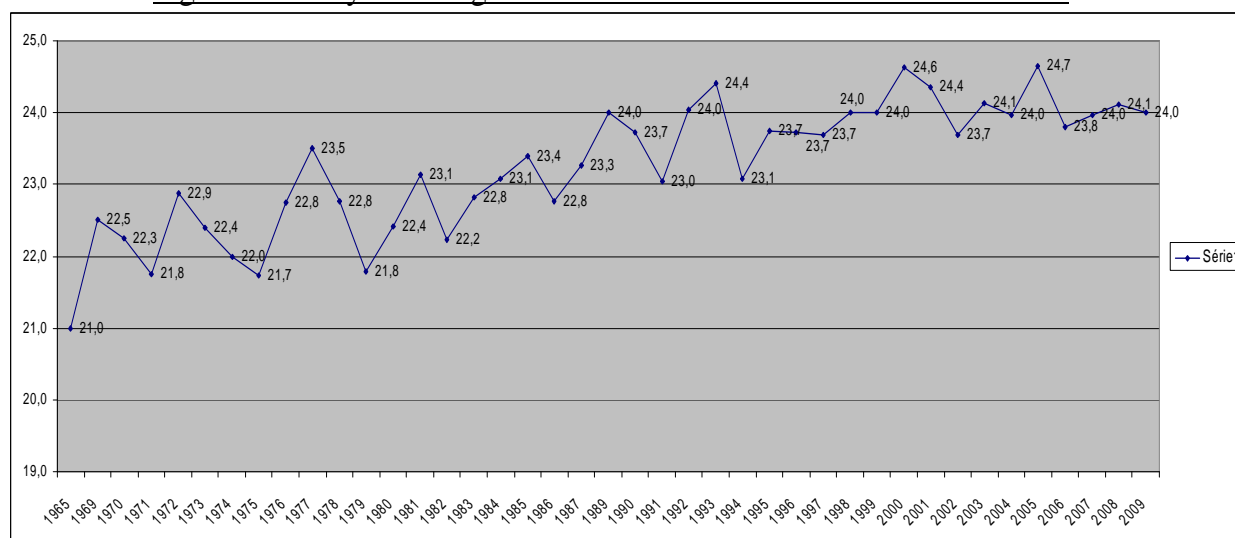
- une augmentation régulière du *numerus clausus* entraînant une hausse des sages-femmes en formation, une croissance quantitative de l'encadrement se conjuguant à partir des années 2000 à une baisse des lieux de naissance et donc de stage.
- L'acquisition officielle du statut d'étudiant pour la sage-femme en formation et l'abandon d'une formation ayant une emprise quasi-totale sur la vie personnelle de l'étudiante.
- Le recrutement via la première année de médecine, ce qui confronte les futures étudiantes sages-femmes à la vie étudiante « classique » pendant une ou deux années avant l'intégration dans l'école.
- Une augmentation des responsabilités de la sage-femme qui va de pair avec le fait d'assumer de plus en plus (et officiellement) le statut de profession médicale.

4.4. Augmentation progressive et homogénéisation de l'âge au diplôme

Le vécu de formation est intimement lié à l'âge ou plutôt au moment de la vie de la sage-femme en formation. Or, comme nous allons le voir, le virage du milieu des années 1980 se retrouve aussi sur ce point.

Lors de nos contacts, de nombreuses sages-femmes ont signalé que les étudiantes étaient aujourd'hui plus âgées que naguère. Dans les faits, ceci se retrouve en partie mais de manière assez progressive, puisqu'il faut attendre la deuxième partie des années 1980 pour que la moyenne d'âge à l'obtention du Diplôme d'État soit supérieure à 23 ans, puis les années 2000 pour que cette moyenne soit quasi systématiquement supérieure ou égale à 24 ans. S'il y a sur ce point une évolution elle se fait tout de même en douceur.

Figure 19 : Moyenne d'âge au D.E. en fonction de l'année de naissance



À titre de comparaison, la DRESS fournit des données nationales en 2003 qui donne une tendance assez différente : âge moyen au diplôme : 1986 : 23,2 ans, 1990 : 24,3 ans ; 1994 : 24,2 ans ; 1998 : 24,2 ; 2000 : 24,3 ; 2003 : 24,3 ans⁵².

Selon cette source, la tendance à l'augmentation de l'âge moyen au diplôme au-dessus de 24 ans est antérieure à nos constats et s'inscrit dès les années 1990, avant de stabiliser depuis autour de 24,3 ans de moyenne de nos jours. S'il est difficile de comparer systématiquement ces données, on peut tout de même penser que notre échantillon, dont on a vu qu'il était

⁵² Amandine Schreiber, *La formation aux professions de la santé en 2002 et en 2003*, DREES, Série Statistiques, n° 69, 2004, p.89.

représentatif, donne une vision plus fine de l'évolution de la moyenne d'âge au diplôme et permet d'identifier les paliers des années 1988-89, puis celui des années 2000.

Concernant le premier palier, il est sans doute à relier au passage de 3 à 4 années de formation. Le second est plus complexe à saisir puisqu'il ne peut pas être totalement imputé au passage par la première année de médecine qui se généralise en 2003 et produit ses effets au mieux pour les diplômées de 2007⁵³. L'hypothèse d'une stabilisation est donc bien plus probable que celle d'une augmentation continue de la moyenne d'âge au diplôme.

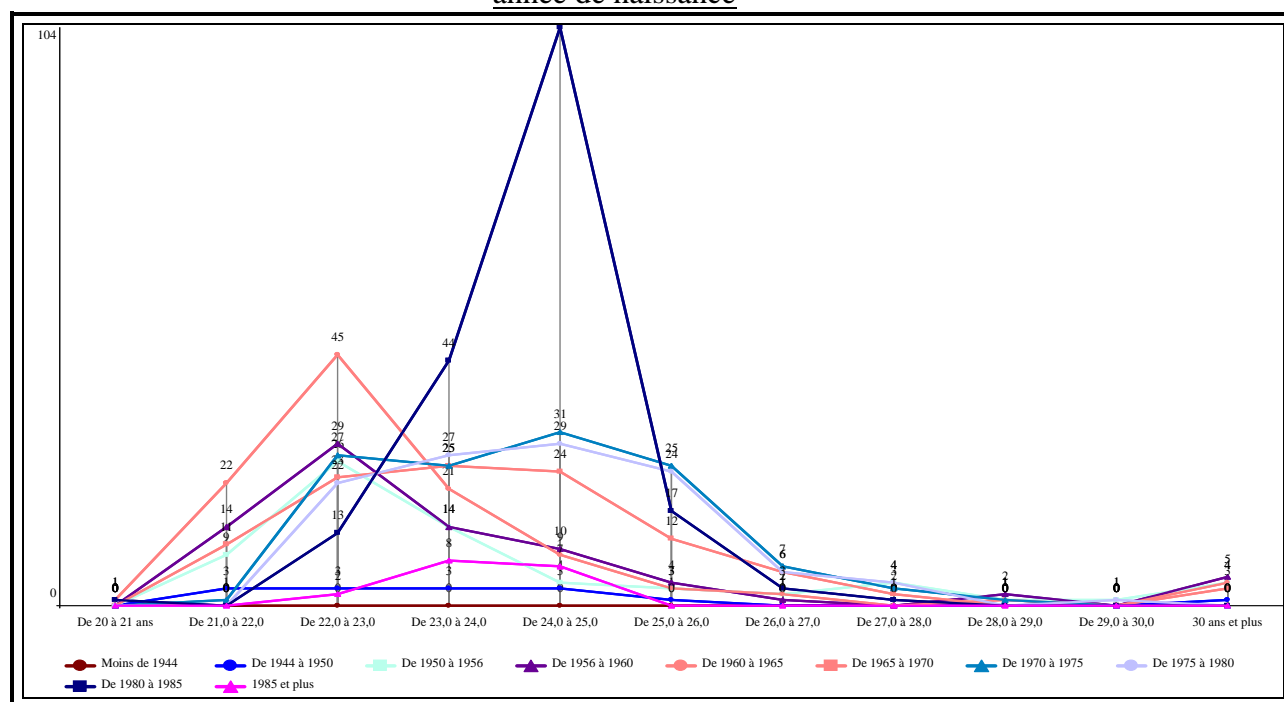
Si on ne raisonne non plus en fonction de l'année d'acquisition du diplôme mais en fonction de l'année de naissance de la sage-femme, on voit apparaître des éléments qui étaient jusque-là gommés. En effet, réfléchir en termes de promotion suppose que celles-ci comprennent des sages-femmes appartenant aux mêmes années de naissance. Or, cette homogénéité des années de naissance est loin d'être acquise dans toutes les générations.

Tableau 45 : Moyenne d'âge au diplôme en fonction de l'année de naissance

	Moyenne d'âge au diplôme	Ecart type	Age le plus représenté
sages-femmes nées avant 1976	23,4 ans	2,6	24 ans (47%)
sages-femmes nées à partir de 1976	23,8 ans	1,8	23 ans (31%)
Total	23,5 ans	2,3	24 ans (27%)

La moyenne d'âge globale des sages-femmes au moment de leur diplôme est de 23,4 ans ; il l'est de 23,8 pour celles nées à partir de 1976 avec plus de 47 % d'entre elle âgées de 24 ans. A contrario, pour les sages-femmes nées avant 1976 l'âge le plus représenté est 23 ans mais pour seulement 31 % d'entre elles. Ainsi en dehors de la moyenne d'âge, c'est la distribution des âges à l'obtention du diplôme qui sépare ces deux ensembles générationnels.

Figure 20 : Répartition schématique de l'âge de la sage-femme au DE en fonction de son année de naissance



⁵³ On remarquera d'ailleurs que la moyenne d'âge des diplômés en 2000 et 2001 est supérieure à celles diplômées en 2007 et 2008, pourtant passées par le PCEM1.

Dans la figure n°20 portant sur la moyenne d'âge de la sage-femme à l'obtention de son D.E., on distingue clairement deux périodes qui se partagent au niveau du milieu des années 1970 : il y a une époque, pour celles qui sont nées avant 1976 où la sage-femme obtient son diplôme autour de 22 ans, ceci étant facilité il est vrai par une formation en 3 ans et de l'autre les sages-femmes nées après qui sont nombreuses à avoir leur diplôme vers 23 ans.

On peut alors affirmer que les sages-femmes sortant de leur formation sont de plus en plus âgées.

Cependant ce fait en cache un autre tout aussi important, celui de l'homogénéité plus ou moins forte au sein des promotions. Nous avons vu qu'il existait une diversité des âges au D.E., allant en s'accroissant au fil du temps, ce qui caractérise une tendance à l'hétérogénéisation des âges de sages-femmes à leur sortie de la formation. Cela se traduit dans des attentes de la part des étudiantes sages-femmes qui peuvent être diverses. Cependant, cette hétérogénéité semble avoir connu un coup d'arrêt dans la période la plus récente.

Tableau 46 : La moyenne d'âge au DE en fonction l'année d'obtention

Année d'obtention du D.E.	Moyenne d'âge	Part de l'âge le plus représenté
1965/1970	22,1	42%
1971/1975	22,2	43%
1976/1980	22,6	41%
1981/1985	22,9	39%
1986/1990	23,3	31%
1991/1995	23,7	27%
1996/2000	24	23%
2001/2005	24,2	33%
2006/2009	23,9	63%

Comme on le devine dans le tableau ci-dessus, la part de l'âge le plus représenté a eu tendance à s'amenuiser jusque dans les milieux des années 2000 où il a remonté de manière remarquable : 63 % des diplômées entre 2006 et 2009 avaient 24 ans alors que pour la période 2001-2005 elles n'étaient que 33 %⁵⁴. De ce fait, même s'il est encore possible de rencontrer des sages-femmes de plus de 30 ans à leur sortie de l'école, ceci est plus en plus rare. Par exemple sur les 17 qui ont eu leur diplôme à 30 ans ou plus, 14 l'ont obtenu entre 1982 et 2000, 3 entre 2001 et 2005 et aucune après 2006.

De ce fait, on voit poindre une tendance qui sera confirmée ou non dans l'avenir, à savoir un retour à l'homogénéisation des classes d'âge et par conséquent des promotions.

Ceci a sans doute pour effet d'inscrire de plus en plus les cohortes de formation dans une génération bien précise et un vécu commun dès avant l'intégration de l'école. Cette homogénéisation récente dans les générations de sages-femmes en formation n'est sans doute pas étrangère aux récents mouvements de revendication ou de mobilisation relevés çà et là dans les écoles de sages-femmes. Alors que pour les plus anciennes, l'intégration dans une école de sages-femmes rimait avec la fréquentation de camarades qui pouvaient avoir parfois plusieurs années d'écart, les plus jeunes ont elles connu un « noyau » de camarades du même ordre où gravitent parfois quelques rares élèves plus âgées.

⁵⁴ Les effectifs sont respectivement de 139 et 122 sages-femmes.

En définitive, il apparaît que deux rapports à la formation sont identifiables, rapports qui induisent des conséquences importantes sur la manière de vivre ce temps de formation et le souvenir que la sage-femme en a.

D'une part, celles nées avant 1976, reconnaissent avoir connu un mode d'encadrement dur et culturellement ancré dans la profession depuis de nombreuses générations, centré sur l'école, relativement enfermante et auquel elles ont été confrontées assez jeunes et souvent au même âge. L'apprentissage était modelé sur un esprit de corps, et parfois axé sur l'idée d'une formation en direction des femmes. C'est aussi un modèle qui veut se donner les moyens de se reproduire en formant des sages-femmes qui seront à leur tour des encadrantes mobilisées autour des mêmes valeurs et attentes.

D'autre part, celles qui sont nées après le milieu des années 1970 ont connu une socialisation féminine plus précoce, via la scolarité, le passage pour certaines par PCEM1, un rapport à la profession différent et moins centré sur l'idée de profession de femme. Elles se perçoivent plus comme des étudiantes, avec tout ce que cela comporte en termes de vie extra-étudiante. Elles s'imaginent mal ne pas avoir de vie privée en dehors de l'école, et s'accordent moins bien sur des rapports sociaux qui ne soient pas l'objet d'un raisonnement argumenté, un mode d'enseignement qui ne fasse pas une part importante à l'échange et/ou au dialogue. Ainsi les rapports autoritaires, même s'ils sont compris dans leur logique fonctionnelle, sont plus difficilement acceptés par ces sages-femmes⁵⁵.

4.5. Celles qui déclarent ne pas avoir connu de difficultés

Les 151 sages-femmes qui ont déclaré ne pas connaître de difficultés se répartissent équitablement entre les générations, mis à part pour les plus anciennes et les plus jeunes se caractérisant par une sous-représentation pour les premières (mais les effectifs sont assez faibles pour qu'on puisse en tirer des conclusions sûres) et une surreprésentation pour les secondes.

Tableau 47 : Les sages-femmes sans difficulté lors de leur formation en fonction de l'année de naissance

Année de naissance	Observations	% de la tranche d'âge
nées avant 1950	3,3% (5)	35,7%
nées entre 1950/1954	7,9% (12)	21,1%
nées entre 1955/1959	11,3% (17)	18,9%
nées entre 1960/1964	11,9% (18)	16,4%
nées entre 1965/1969	16,6% (25)	23,6 %
nées entre 1970/1974	13,9% (21)	17,5%
nées entre 1975/1979	9,9% (15)	13,3%
nées entre 1980/1984	22,5% (34)	18,6%
nées entre 1985 et 1986	2,6% (4)	22,2%
TOTAL	100% (151)	18,6%

Le tableau ci-dessus porte sur les sages-femmes qui ont signalé aucune difficulté parmi les 9 réponses proposées. Dans l'absolu, les sages-femmes nées entre 1980 et 1984 sont les moins touchées par les difficultés (22,5 %). Cependant, ces sages-femmes ne représentent plus que

⁵⁵ Sans rentrer dans le détail de l'analyse de la question ouverte portant sur les objets de difficultés rencontrées, il est remarquable que tout ce qui touche au domaine relationnel, aux relations hiérarchiques et autoritaires, voire à l'absence de relations d'encadrement sont thèmes qui reviennent fréquemment.

18,6 % de leur tranche d'âge, part équivalente à la proportion de sages-femmes n'ayant pas eu de difficultés sur l'ensemble de l'échantillon. Ainsi, en relativisant l'analyse par tranche d'âge, les écarts en termes d'absence de difficultés sont nettement plus étroits. Les générations où l'absence de difficultés se fait le plus ressentir sont les plutôt celles nées avant (ou durant) les années 1950, puis celles nées dans la seconde partie des années 1960, et enfin les sages-femmes fraîchement sortie de la formation, mais ce sur dernier cas la représentativité est discutable.

Nous avons donc affaire à un paradoxe. Si les plus jeunes sages-femmes sont promptes à souligner avoir rencontré des difficultés lors de la formation, elles fournissent pourtant un volume important de celles qui déclarent de ne pas avoir eu de difficultés. Ce paradoxe nous a conduits à procéder à un regroupement autour des deux grandes générations, avant 1976 et après 1976. En valeur absolu, les deux périodes fournissent un contingent très différent de sages-femmes déclarant n'avoir eu aucune difficulté, de l'ordre du simple au double. Cependant, en proportion de la population de la tranche d'âge (ou de la génération), les écarts se réduisent au point qu'ils ne sont plus statistiquement représentatifs, l'écart par rapport à la moyenne étant à chaque fois de moins d'un point.

Tableau 48 : Les sages-femmes sans difficulté lors de leur formation en fonction de la génération de naissance

Génération de naissance	Nb. cit.	% de la tranche d'âge
nées à partir de 1976	51	17,7%
nées avant 1976	100	19,1%
TOTAL	151	18,6%

En conséquence, il y a une proportion d'un peu moins d'une sage-femme sur 5 qui ne ressent pas de difficultés particulières lors de sa formation et cela de manière relativement constante selon les générations. Ceci tend à confirmer l'idée que quelles que soient générations, les difficultés existent ; mais elles semblent aujourd'hui plus perceptibles, soit en raison de la manière d'encadrer, soit parce que les plus jeunes sages-femmes sont plus sensibles ou réactives, soit enfin une combinaison des deux.

4.6. Des origines sociales partiellement influentes sur la perception des difficultés de formation

Sans être étranger à la perception de la formation et par conséquent aux difficultés rencontrées au cours de ces années de formation, les ascendances tant paternelles que maternelles sont partiellement déterminantes. Tant du côté des pères que des mères, une tendance se fait jour chez les sages-femmes ayant des ascendances parmi les PCS 3 et 4. Même si la corrélation statistique est assez faible, l'écart de 5 points avec la moyenne sur la question des difficultés avec les sages-femmes encadrantes pour la PCS 3 indique une amorce de corrélation. D'autant que pour les mêmes difficultés, les ascendances maternelles sont cette fois nettement corrélées pour les PCS 3 et 4.

Tableau 49 : Les difficultés rencontrées avec les sages-femmes encadrantes en fonction de la PCS du père

difficultés avec les sages-femmes encadrantes PCS du père	Oui	Non	TOTAL
1 – exploitant agricole	41,2% (14)	58,8% (20)	100% (34)
2 – artisans, commerçants	57,3% (63)	40,9% (45)	100% (108)
3 – cadres et professions intellectuelles supérieures	66,5% (143)	32,1% (69)	100% (212)
4 – professions intermédiaires	61,7% (108)	37,1% (65)	100% (173)
5 – employés	55,1% (49)	44,9% (40)	100% (89)
6 – ouvriers	65,7% (90)	32,1% (44)	100% (134)
TOTAL	61,4% (467)	37,2% (283)	100% (750)

Tableau 50 : Les difficultés rencontrées avec les sages-femmes encadrantes en fonction de la PCS de la mère

Difficultés avec les sages-femmes encadrantes PCS de la mère	Oui	Non	TOTAL
1 – exploitante agricole	43,8% (7)	56,3% (9)	100% (16)
2 – artisans, commerçants	63,6% (28)	36,4% (16)	100% (44)
3 – cadres et professions intellectuelles supérieures	72,9% (35)	25,0% (12)	100% (47)
4 – professions intermédiaires	69,6% (156)	29,9% (67)	100% (223)
5 – employées	60,9% (134)	38,2% (84)	100% (218)
6 – ouvrières	58,3% (21)	41,7% (15)	100% (36)
8 – inactives	51,4% (89)	44,5% (77)	100% (166)
TOTAL	61,4% (470)	37,2% (280)	100% (750)

Il semble donc que les sages-femmes issues de ces deux catégories sociales aient une sensibilité particulière et plus accrue à la relation avec les sages-femmes encadrantes. Ceci rejoint l'idée que le niveau de recrutement, en faisant appel de plus en plus à des étudiantes issues de ces milieux sociaux, s'accompagne de l'accroissement de la perception et de la sensibilisation aux problèmes relationnels dans les stages. Il se peut aussi que l'attente en termes d'encadrement dans les lieux de stage soit plus forte que leurs aînées, comme le prouve la récurrence de la thématique du manque d'encadrement recueillit dans les réponses à la question ouverte portant sur les difficultés lors de la formation. Ainsi, parmi les 30 sages-femmes qui ont un père et une mère faisant partie de la PCS 3, 22 signalent des difficultés avec les sages-femmes encadrantes soit un taux supérieur de 12 points à la moyenne. Pour celles dont le père appartient à la PCS 3 et une mère à la PCS 4, le taux d'affirmation de difficultés atteint presque 76 %.

Cependant, ce raisonnement ne vaut que pour les difficultés rencontrées avec les sages-femmes encadrantes. Ceci nous conduit à penser que ce thème possédant le plus d'acuité surtout chez les sages-femmes issues de ces milieux sociaux, il existe une exigence plus forte chez elles en termes d'encadrement.

4.7. La proximité avec le mode libéral accroît la perception des difficultés lors de la formation

Le niveau d'intensité des difficultés rencontrées varie aussi en fonction du mode d'activité libéral. Non seulement le fait d'exercer en libéral au moment de l'enquête tend à accroître les

réponses négatives sur la formation et un vécu plus marqué par les difficultés, mais aussi celui d'avoir déclaré être motivé par l'exercice libéral lors du choix de la profession.

Tableau 51 : Les types de difficulté en fonction de l'attrait pour le libéral et l'exercice libéral

Attrait pour le libéral et exercice en libéral	Sages-femmes exerçant en libéral	Sages-femmes motivées par une activité libérale	Ensemble de l'échantillon (réponse « oui »)
types de difficultés rencontrées			
avec les sages-femmes encadrantes	69,2% (108)	80,6% (25)	62,3% (498)
avec les hommes sages-femmes	2,3% (3)	3,6% (1)	1,4% (10)
avec les médecins/internes femmes	17,2% (26)	33,3% (10)	10,7% (85)
avec les médecins/internes hommes	30,1% (46)	36,7% (11)	17,2% (137)
avec l'entourage des parturientes	11,1% (17)	13,8% (4)	16,9% (135)
avec les enseignants	21,4% (33)	35,5% (11)	19,7% (157)
avec les monitrice/directrice ESF	45,8% (71)	70,2% (17)	41,9% (336)
avec le personnel paramédical	19,1 (29)	20,7% (6)	14,7% (117)
avec les parturientes	5,1% (8)	12,9% (4)	6,1% (49)

Dans le tableau ci-dessus, nous avons regroupé les différentes difficultés rencontrées en les croisant avec les réponses liées au thème de l'exercice libéral (souhaiter exercer en libéral et exercer réellement dans ce mode d'activité). On s'aperçoit que pour pratiquement chacune des difficultés rencontrées, le pourcentage est supérieur tant pour celles qui ont déclaré souhaiter faire ce métier pour l'exercice libéral que celles qui l'exercent réellement. Il est par exemple remarquable que les difficultés avec les médecins hommes atteignent des taux de 30 % pour les sages-femmes libérales alors que ces désagréments ne touchent que 17,2 % de l'ensemble de l'échantillon ; la proportion est encore plus importante lorsqu'on s'arrête sur le choix pour l'exercice libéral (36,7 %).

Il faut comprendre ici que la volonté déclarée d'exercer en libéral, tout comme le fait de le réaliser, dénote un caractère sans doute plus indépendant chez ces sages-femmes. Il se peut que cette corrélation assez inattendue s'explique par une plus forte inadéquation entre le système de formation des écoles de sages-femmes qui laisse (de l'aveu des sages-femmes elles-mêmes) une part relativement limitée à l'indépendance de l'étudiante tout comme à ses initiatives. Or, ce sont là des valeurs propres à l'exercice d'une profession indépendante, valeurs sans doute présentes dès avant l'intégration de l'école chez ces sages-femmes et qui se heurtent chez elles de manière plus prononcée au système de formation.

D'une manière générale, le vécu de formation est assez rarement perçu comme un épisode agréable et les griefs sont nombreux envers la manière dont les sages-femmes sont formées. Cependant, il serait hasardeux de faire reporter tout le problème sur la formation et les formateurs. En effet, il s'agit là d'un domaine où l'interaction entre la formation et la personne formée intervient considérablement dans la production de cette perception. Ces difficultés, qui ne sont pas à mésestimer, sont le témoignage d'une évolution des élèves ou plutôt des étudiantes sages-femmes, tant dans leur profils socio-économique que dans leurs attentes en termes de style de formation. Les étudiantes sages-femmes sont un peu plus âgées, viennent d'horizons plus « privilégiés » socialement et ont parfois déjà un parcours d'étudiant avant l'entrée dans l'école. Sans doute ont-elles aussi plus de ressources pour se mobiliser face à des habitudes de formation qui sont alors connotées comme dépassées (nous pensons notamment à l'intervention de l'école dans la vie privée de l'étudiant).

5. L'IMPLICATION DANS LA PROFESSION

Un certain nombre de questions du questionnaire visaient à évaluer le niveau d'implication de la sage-femme dans les organisations représentatives de la profession. Les syndicats ou bien la participation à l'Ordre des sages-femmes en sont un exemple⁵⁶. En outre, la profession ayant connu son plus grand conflit en 2001, il était donc pertinent de connaître le positionnement des sages-femmes près de 10 ans après cette grève.

5.1. Une syndicalisation plutôt élevée mais portée par les sages-femmes libérales.

Tableau 52 : Taux de syndicalisation

	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	30	3,7%
Oui	146	18,0%
Non	635	78,3%
TOTAL CIT.	811	100%

Le taux de syndicalisation est au global assez élevé. En effet, au niveau national et de l'ensemble de la population active, ce taux s'élève en 2004 à 9,1 % pour les hommes et 7,4 % pour les femmes⁵⁷. Le taux relevé dans notre enquête fait donc état d'un plus fort engagement syndical.

Ce taux est cependant soumis à des fluctuations qui dépendent d'une part de la génération d'appartenance de la sage-femme et d'autre part du mode d'activité exercé.

Tableau 53 : Les sages-femmes syndiquées en fonction de l'âge

Adhésion à un syndicat Classes d'âge	Oui	Non	TOTAL
moins de 25 ans	11,1% (2)	88,9% (16)	100% (18)
de 25 à 29 ans	3,8% (7)	95,1% (174)	100% (181)
de 30 à 34 ans	17,7% (20)	80,5% (91)	100% (111)
de 35 à 39 ans	21,7% (26)	75,0% (90)	100% (116)
de 40 à 44 ans	18,7% (20)	77,6% (83)	100% (103)
de 45 à 49 ans	28,4% (31)	67,9% (74)	100% (105)
de 50 à 54 ans	27,8% (25)	70,0% (63)	100% (88)
de 55 à 59 ans	19,3% (11)	64,9% (37)	100% (48)
60 ans et plus	28,6% (4)	50,0% (7)	100% (11)
TOTAL	18,0% (146)	78,3% (635)	100% (781)

Un constat s'impose : le taux de syndicalisation est toujours au-dessus de la moyenne de l'échantillon pour les sages-femmes de plus de 35 ans. On peut alors se demander s'il s'agit d'un effet d'âge, qui ferait que les sages-femmes attendent d'avoir plus de 10 ans d'activité

⁵⁶ Par participation à l'Ordre des sages-femmes, nous entendons une contribution active, comme le fait d'assumer des responsabilités locales ou nationales et non le simple fait d'être inscrit à cet Ordre, inscription d'ailleurs obligatoire pour exercer.

⁵⁷ Insee, *Enquêtes permanentes sur les conditions de vie des ménages*, 1996 à 2004.

pour s'investir dans le syndicalisme ou bien un effet de génération, ce qui supposerait alors que le taux de syndicalisation devrait progressivement baisser avec le renouvellement des générations. Il est bien difficile de trancher sur ce point dans un sens ou dans l'autre.

En revanche le mode d'activité est intimement lié au taux de syndicalisation. Une fois de plus, l'exercice libéral se distingue. Ainsi, plus de la moitié des sages-femmes libérales déclare être syndiquée. De plus, parmi les 146 sages-femmes ayant signalé une appartenance syndicale, 81 (soit 55 %) sont des sages-femmes exerçant en libéral. En définitive, si on retranche les sages-femmes libérales, c'est-à-dire si on s'intéresse au taux de syndicalisation des seules sages-femmes salariées, le taux chute à 10 %, proportion encore supérieure à la moyenne constatée dans la population active féminine, mais qui replace l'investissement syndical des sages-femmes salariées à un niveau bien moins remarquable.

Tableau 54 : Les sages-femmes syndiquées en fonction du mode d'activité

Adhésion à un syndicat modes d'activité	Oui	Non	TOTAL
non réponse	40,0% (2)	60,0% (3)	100% (5)
CH public	9,5% (49)	88,1% (453)	100% (502)
Clinique privée	7,1% (7)	84,7% (83)	100% (90)
Libéral	51,9% (81)	42,3% (66)	100% (147)
PMI	11,1% (3)	85,2% (23)	100% (26)
École de Sages-femmes	30,8% (4)	69,2% (9)	100% (13)
TOTAL	18,0% (146)	78,3% (637)	100% (783)

Il apparaît donc que le syndicalisme et par conséquent, l'investissement dans les évolutions de la profession (que ce soit du point de vue des revenus, des conditions de travail, etc.) est surtout porté par les sages-femmes libérales, alors que ces dernières ne représentent qu'une partie minoritaire de l'ensemble des sages-femmes françaises.

Tableau 55 : Répartition des affiliations syndicales parmi les sages-femmes syndiquées

Syndicats	Nb. cit.
ONSSF	34,1% (47)
UNSSF	30,4% (42)
UNSFL	2,2% (3)
CFDT	13,0% (18)
CGT	7,2% (10)
FO	7,2% (10)
CGC-CFE	0,7% (1)
CFTC	0,7% (1)
SUD	0,7% (1)
UNSA	1,4% (2)
Autres	2,2% (3)
TOTAL	100% (138)

Les syndicats représentés sont de plus extrêmement diversifiés surtout pour une profession qui compte environ 18 000 praticiennes. En effet, pas moins de 10 syndicats différents sont cités. Les deux les plus représentatifs sont l'Organisation Nationale des Syndicats de Sage-

Femme (ONSSF), regroupant un peu plus d'un tiers des syndiquées de notre échantillon et l'Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes (UNSSF) qui en rassemble 30 %. Ainsi, près des deux tiers des syndiquées se répartissent entre ces deux syndicats.

Le reste des syndiquées, soit 36 %, se répartissent de manière diverse parmi les grandes organisations syndicales connues, avec un poids notable de la CFDT, le syndicat de salariés le plus représenté (13 %).

Tableau 56 : Répartition des sages-femmes syndiquées en fonction du type de syndicat

Type syndicat modes d'activité	Syndicat catégoriel	Syndicat de salariés	TOTAL
CH public	19,1% (18)	66,7% (28)	33,8% (46)
Clinique privée	3,2% (3)	11,9% (5)	5,9% (8)
Libéral	77,7% (73)	4,8% (2)	55,1% (75)
PMI	0,0% (0)	7,1% (3)	2,2% (3)
Ecole de Sages-femmes	0,0% (0)	9,5% (4)	2,9% (4)
TOTAL	100% (94)	100% (42)	100% (136)

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 66,8$, $ddl = 4$, $1-p = >99,9\%$.

Le plus remarquable tient dans le fait que les syndicats catégoriels ou professionnels, ceux qui ont en charge la défense des intérêts propres à l'ensemble de la profession, sont nettement alimentés par des sages-femmes exerçant en libéral, alors qu'il existe un syndicat spécifique aux sages-femmes libérales et que l'UNSSF et l'ONSSF. Ainsi, plus de 77 % des adhérentes de ces syndicats catégoriels sont des sages-femmes libérales. De ce fait, la dynamique syndicale est largement impulsée par ces sages-femmes et l'on peut se demander pour quelles raisons les sages-femmes salariées, lorsqu'elles décident de se syndiquer, s'adressent principalement (à hauteur de 66,7 %), à des organisations syndicales confédérées (CGT, FO, CFDT, SUD, ...). Sans doute que l'appartenance salariale à une organisation de soins (un centre hospitalier ou une clinique) pèse beaucoup dans leur choix et que leur attentes touchent principalement des considérations propres à la situation de salariés avant celle de membre d'une profession médicale. Ainsi, lorsqu'une sage-femme se syndique, c'est plus en raison de son appartenance à une structure hospitalière (parfois salariée de la Fonction Publique Hospitalière) que dans l'objectif de défendre sa profession. Sans doute aussi que les éventuelles avancées ou demandes ont plus de chance d'aboutir si elles émanent de syndicats confédérés que de syndicats professionnels.

Ainsi, cette force du syndicalisme professionnel peut devenir une faiblesse lorsqu'une implication dans les enjeux traversant la profession est attendue de la part des sages-femmes salariées. Dit autrement, il existe sans doute deux formes d'investissement possible pour une sage-femme dans le syndicalisme. La première est une mise en avant de la profession dans sa version indépendante, libérale et autonome. La seconde s'attache plus au statut de la sage-femme, celui de salarié de grandes structures de santé avec des univers de travail complexes ou mouvants.

5.2. Le réseau associatif

L'implication dans la profession s'évalue aussi via la participation d'association de sages-femmes ou bien militant dans le domaine de la naissance et/ou de l'obstétrique. Cette participation est légèrement plus importante que la syndicalisation puisque 161 sages-femmes déclarent adhérer à ce type d'association (soit 19,1 % de l'échantillon).

Tableau 57 : Adhésion à une association

Adhésion à une association	Nb. cit.	Fréq.
oui	152	19,1%
non	645	80,9%
TOTAL CIT.	797	100%

Cette activité associative est extrêmement diverse puisque nous avons recensé 34 associations différentes, celle la plus représentée (Association Nationale des Sages-Femmes Libérales) rassemblant seulement 28 sages-femmes. En outre, la nature de ces associations est hétérogène.

- Il y a celles qui agissent dans le cadre de l'Ordre national ou départemental des sages-femmes, celui-ci n'étant pas proprement dit une association, mais qui peuvent être assimilés à une instance de défense des intérêts des sages-femmes. Ce sont des sages-femmes que l'on peut considérer comme très impliquées dans la profession.
- On relève l'appartenance à des associations qui se réfèrent à un mode d'activité ou un mode d'exercice particulier de la sage-femme, comme l'activité de cadre ou l'exercice libéral.
- Ensuite, on trouve des sages-femmes dans des associations représentant une spécificité ou une compétence singulière, comme les sages-femmes tabacologues.
- On recense aussi des sages-femmes dans des collectifs associatifs définis autour d'un territoire d'exercice, comme le Collectif des sages-femmes de Provence.
- Enfin, certaines sages-femmes sont présentes dans des associations se mobilisant autour d'enjeux en lien avec la périnatalité et qui de fait ne regroupent pas seulement des sages-femmes, comme l'association « Naître aujourd'hui et demain ». Il s'agit d'une contribution plus distanciée par rapport à la profession, les sujets défendus étant moins ancrés dans la réalité de l'activité et de la profession de sage-femme.

Après regroupement, la répartition se fait comme suit :

Tableau 58 : Répartition des appartenances associatives

types associations	Nb. cit.	Fréq.
Association défense ou de promotion liée à un mode d'exercice ou d'activité	50	31,1%
Association de sages-femmes définie par un territoire d'exercice circonscrit	25	15,6%
Ordre des Sages-Femmes	24	14,9%
Associations portant sur les luttes ou des enjeux dans le domaine de la périnatalité	22	13,6%
Groupement des Sages-Femmes libérales lyonnaises	13	8,1%
Collège National des Sages-Femmes	11	6,8%
Association d'Information et de Formation Continue des Praticiennes de l'Obstétrique	5	3,1%
Associations représentant une spécificité ou une compétence singulière	4	2,5%
Association Nationale de Formation Initiale et Continue des sages-femmes	3	1,9%
Groupe de sages-femmes sur Internet	1	0,6%
Association d'anciennes étudiantes sages-femmes	1	0,6%
Amicale des sages-femmes pour la gestion des activités culturelles, pour la formation et la recherche	1	0,6%
Indéterminé	1	0,6%
TOTAL CIT.	161	100%

Tout comme l'engagement syndical, les sages-femmes libérales sont largement surreprésentées, puisqu'on en compte 84 qui sont engagés dans une association liée à la profession (soit 53 % d'entre elles). De plus, ces associations sont avant tout orientées vers la défense de la profession ou bien d'une partie de celle-ci (lorsque les associations portent sur un mode d'exercice particulier) et s'apparentent à une autre voie de défense des intérêts, contournant le type syndical et moins institutionnalisé. D'une certaine manière, bon nombre de ces associations ont une fonction comparable à un syndicat (par exemple l'ANSFL). Un certain nombre de sages-femmes considèrent d'ailleurs que l'Ordre des sages-femmes fait partie de cet ensemble. La plupart de celles qui ont signalé cette « association » assument des responsabilités locales ou nationales. Sachant que l'inscription à l'Ordre est obligatoire pour toute sage-femme, le fait de signaler l'Ordre peut être légitimement considéré comme le signe d'une contribution particulière.

À l'analyse, l'engagement envers la profession, évaluée via ces indicateurs syndicaux et associatifs, rassemble une minorité de sages-femmes qui d'ailleurs n'hésitent pas à multiplier les investissements. Ainsi, 67 des 150 sages-femmes syndiquées (soit 47 %) sont également membres d'une association professionnelle.

Tableau 59 : Les sages-femmes syndiquées en fonction de leur appartenance à une association

Adhésion à une association Syndicat	oui	Non	TOTAL
Oui	47,2% (67)	13,2% (83)	19,4% (150)
Non	52,8% (75)	86,8% (548)	80,6% (623)
TOTAL	100% (142)	100% (631)	100% (773)

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 85,8$, $ddl = 1$, $1-p = >99,9\%$.

Une minorité se dégage, caractérisée par une implication significative dans la profession et qui exercent souvent en libéral. Cela ne va pas sans poser des questions quant au discours syndical et « associatif » que formulent les sages-femmes, sans doute « teinté » par des considérations propres à ce mode d'exercice.

5.3. L'engagement conflictuel

La grève de 2001 a marqué un tournant dans l'histoire de la profession. Première véritable mobilisation massive dans cette profession qui n'en a connu que très peu, elle a porté de nombreux espoirs qui n'ont pas tous été concrétisés. Cependant, ce conflit marque un premier jalon dans un engagement d'ampleur des sages-femmes envers l'avenir de leur profession et mais aussi leur volonté de maîtriser sa destinée.

Tableau 60 : Répartition de la participation à la grève de 2001

Participation à la grève	Nb. cit.	Fréq.
oui	454	57,0%
non	156	19,6%
non, je n'étais pas encore sage-femme	187	23,5%
TOTAL CIT.	797	100%

Près des 3/4 des sages-femmes (74 %) en âge de participer au conflit l'ont fait. Ce taux de participation extrêmement rare dans un conflit social est significatif de la portée qu'a eue ce mouvement.

Tableau 61 : La participation à la grève de 2001 en fonction du mode d'activité

modos d'activité participation au conflit	CH public	Clinique privée	Libéral	PMI	Ecole de Sages-femmes	TOTAL
oui	78,2% (279)	58,8% (40)	73,6% (106)	76,0% (19)	66,7% (8)	74,6% (452)
non	21,8% (78)	41,2% (28)	26,4% (38)	24,0% (6)	33,3% (4)	25,4% (154)
TOTAL	100% (357)	100% (68)	100% (144)	100% (25)	100% (12)	100% (606)

La dépendance est significative. $\chi^2 = 11,8$, $ddl = 4$, $1-p = 98,1\%$.

Cependant, toutes les sages-femmes n'ont pas été impliquées de la même manière. Les sages-femmes travaillant dans les cliniques privées ont nettement moins participé (58 %), sans doute parce qu'elles ressentaient plus pression à se déclarer grévistes, même si le taux de participation demeurent à un niveau plus que respectable pour un conflit du travail. Ceci fait émerger la difficulté que certaines sages-femmes travaillant dans ce secteur rencontrent à se rallier aux mouvements que connaît la profession, en définitive à ancrer leur participation à la vie de la profession.

De même, il semble que les sages-femmes les plus jeunes aient été plus impliquées dans ce conflit que les plus anciennes ; avec un taux de 86 % de participation parmi les premières (alors que certaines sortaient juste de leur formation), elles se distinguent assez nettement de leurs homologues plus âgées (qui avaient plus de 46 ans au moment du conflit).

Tableau 62 : La participation à la grève de 2001 en fonction de l'âge

Classes d'âge Participation au conflit	moins de 35 ans	de 35 à 44 ans	de 45 à 54 ans	55 ans et plus	TOTAL
oui	86,2% (106)	71,5% (158)	74,5% (146)	64,7% (44)	74,7% (454)
non	13,8% (17)	28,5% (63)	25,5% (50)	35,3% (24)	25,3% (154)
TOTAL	100% (123)	100% (221)	100% (196)	100% (68)	100% (608)

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 13,4$, $ddl = 3$, $1-p = 99,6\%$.

Certaines sages-femmes ont par conséquent croisé cet événement très tôt dans leur carrière et qui plus est elles ont eu plutôt tendance à contribuer à son émergence puis à sa vigueur. Une telle entrée dans la profession n'est sans doute pas sans conséquence pour la suite de la carrière et notamment dans la capacité à se mobiliser pour défendre les intérêts de la profession. On peut affirmer sans risque que cette génération née entre 1975 et 1980, possède comme caractéristique d'avoir un vécu de mobilisation plus significatif que les autres générations.

Au-delà des avancées concrètes sur lesquelles le conflit a débouché⁵⁸, la grève de 2001 a surtout marqué aux yeux des sages-femmes une forme de reconnaissance de la profession. Même si le temps écoulé a sans doute atténué ce sentiment, elles sont 57 % à le déclarer :

⁵⁸ La coordination nationale des sages-femmes avait qualifiés les débouchés du conflit « d'avancées sans précédent », notamment pour les sages-femmes libérales. Elles portaient globalement sur le caractère médical de la profession ainsi que sur la reconnaissance de son autonomie professionnelle. A cela se sont ajoutées des hausses significatives de salaires tant pour les hospitalières du public que celles du secteur privé, même si dans ce dernier l'avancement a été moindre.

Tableau 63 : La perception de l'apport de la grève en termes de reconnaissance professionnelle

Apport en termes de reconnaissance professionnelle	Nb. cit.	Fréq.
oui	394	57,1%
non	296	42,9%
TOTAL CIT.	690	100%

Cependant, les perceptions peuvent être plus nuancées selon les situations des sages-femmes en termes de mode d'activité et d'âge. Ainsi, les sages-femmes exerçant en PMI ou en Ecole de Sages-femmes perçoivent nettement plus cette reconnaissance professionnelle à la suite du conflit (avec des taux avoisinant 80 %). Elles sont celles les plus « éloignées » de l'activité centrale et majoritaire de la sage-femme, mais ce sont aussi celles qui portent un discours sur la profession et ce que la sage-femme doit être (les enseignantes). À ce titre, il semble que ce conflit puisse apparaître pour celles-ci comme le symbole d'une nouvelle étape dans l'histoire contemporaine de la sage-femme.

Cette mobilisation n'est pas apparue comme étonnante et inattendue. Les sages-femmes pensent massivement qu'elle est intervenue en quelque sorte comme une évidence, comme si la survenue de cette grève avait traduit la capacité (assez nouvelle à l'époque) des sages-femmes à se mobiliser. De même, l'ampleur de la très forte participation semble correspondre à l'image d'une profession très solidaire.

Tableau 64 : Répartition dans la perception de l'aspect inattendu de la mobilisation de 2001

Perception de l'aspect inattendu de la mobilisation	Nb. cit.	Fréq.
Oui	174	28,4%
Non	439	71,6%
TOTAL CIT.	613	100%

Cependant, bénéficiant aujourd'hui d'un recul de 9 ans, la situation au regard de ce conflit est assez critique, non pas tant du point de vue de la mobilisation mais de celui des résultats. Elles ne sont que 20 % à penser que des avancées significatives ont suivi le mouvement et 76 % à déclarer que les avancées ont été en fin de compte maigres.

Tableau 65 : Répartition dans la perception d'avancées significatives à la suite de la grève de 2001

Perception d'avancées significatives	Nb. cit.	Fréq.
oui	135	20,4%
non	528	79,6%
TOTAL CIT.	663	100%

Tableau 66 : Répartition dans la perception de maigres avancées à la suite de la grève de 2001

Perception de maigres avancées	Nb. cit.	Fréq.
oui	518	76,6%
non	158	23,4%
TOTAL CIT.	676	100%

Cette évaluation des avancées, faisant a priori appel à la subjectivité des sages-femmes, n'est pas tout à fait la même en fonction du mode d'activité exercé au moment de l'enquête. Les sages-femmes de PMI et celles qui exercent en école de sages-femmes se distinguent encore assez nettement⁵⁹ par leur propension à trouver que le conflit a fait avancer les choses.

Tableau 67 : La perception d'avancées significatives suite de la grève en fonction du mode d'activité

Perception d'avancées significatives	CH public	Clinique privée	Libéral	PMI	Ecole de Sages-femmes	TOTAL
oui	18,1% (78)	16,9% (13)	24,0% (30)	40,9% (9)	66,7% (4)	20,3% (134)
non	81,9% (352)	83,1% (64)	76,0% (95)	59,1% (13)	33,3% (2)	79,7% (526)
TOTAL	100% (430)	100% (77)	100% (125)	100% (22)	100% (6)	100% (660)

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 16,6$, $ddl = 4$, $1-p = 99,8\%$.

Encore une fois, il se trouve que le conflit, dans son évaluation, sépare deux types de sages-femmes, les hospitalières et les libérales d'un côté et les sages-femmes de PMI et les enseignantes de l'autre. Il convient d'être prudent avant de porter une analyse définitive à propos de cette distinction. Cependant, des hypothèses peuvent être avancées : le fait d'être au cœur ou non de l'activité de cette profession, ce qui s'incarne notamment par la réalisation d'accouchements, distingue aussi différentes représentations de la profession. Par exemple, parmi les sages-femmes réalisant des accouchements au moment de l'enquête (et ayant répondu à la question) seulement 17 % d'entre elles estiment que le conflit leur a apporté des avancées significatives, alors qu'à l'inverse, parmi celles qui n'en font pas 25 % d'entre elles le pensent. Néanmoins les écarts n'indiquent pas de situation assez nette pour que l'on puisse trancher assurément. L'hypothèse prenant appui sur les classes d'âge est légèrement plus discriminante pour les plus âgées, puisque 34,5 % des plus de 55 ans (ayant plus de 45 ans lors du conflit) estiment que les avancées sont nettes. Cependant, nous savons que les sages-femmes de PMI et des écoles de SF sont aussi en moyenne plus âgées que celles des autres modes d'activité.

Ces sages-femmes situées à la périphérie de la profession de par leur activité, plus âgées et donc qui ont sans doute attendu longtemps des avancées pour leur profession, ont trouvé plus facilement dans les résultats de la grève des éléments de satisfaction.

Ceci ne doit pas faire oublier que c'est globalement une forme d'insatisfaction qui émerge à propos des résultats concrets que les sages-femmes ont pu tirer de cette grève. Il y a aussi un goût d'inachevé lorsque plus de 70 % d'entre elles affirment que les sages-femmes ne sont pas allées assez loin dans ce conflit. Si le mouvement a pu prendre l'ampleur qu'elles souhaitaient lui donner, il transparait ici une forme de regret, qui n'exclut pas la possibilité d'une autre mobilisation d'ampleur.

L'investissement envers la profession en tant qu'organisation est en définitive le fait d'un petit nombre de sages-femmes, émanant principalement de l'exercice libéral. Cependant, le conflit de 2001 marque un tournant de l'aveu des sages-femmes elles-mêmes dans le sens où elles ont visiblement pris conscience qu'elles pouvaient se solidariser pour défendre leurs intérêts, qu'elles avaient la réelle capacité à produire de la mobilisation. Néanmoins, autant cet investissement a été exceptionnel par son ampleur (il est rare d'une telle unanimité se rencontre dans un conflit social), autant cette action collective d'éclat n'a pas eu

⁵⁹ La représentativité statistique pour les sages-femmes enseignantes pose ici problème tant le nombre de répondantes est faible. Cependant, le positionnement de ces sages-femmes (ainsi que celles de PMI) sur les questions portant sur la grève de 2001 étant globalement assez distinct des autres, une opinion divergente pour cette variable est plausible en dehors de la stricte représentativité statistique.

véritablement de suite, notamment en termes d'implication dans la défense ou la mise en avant de la profession. De ce fait, de très nombreuses attentes sont encore aujourd'hui présentes.

6. L'ACTIVITE DE LA SAGE-FEMME

Que font les sages-femmes en France aujourd'hui ? Quelles sont leurs principales activités ? L'activité de la sage-femme contemporaine 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 dépendante du secteur et le mode d'activité.

Parmi les 12 actes que nous avons listés et proposés dans le questionnaire, l'accouchement physiologique ne vient pas en tête des actes pratiqués ; et il est même devancé par 3 autres :

Tableau 68 : Répartition des actes professionnels de la sage-femme

Actes réalisés	oui	non	TOTAL
surveillance grossesse pathologique	79,9% (643)	20,1% (162)	100% (805)
suites de couches	79,7% (643)	20,3% (164)	100% (807)
soins infirmiers	69,5% (559)	30,5% (245)	100% (804)
accouchement physiologique	64,1% (515)	35,9% (289)	100% (804)
participation accouchement pathologique	63,3% (508)	36,7% (295)	100% (803)
réfection épisiotomie	56,2% (451)	43,8% (352)	100% (803)
consultation prénatale	54,4% (439)	45,6% (368)	100% (807)
réanimation nouveau-né	53,1% (426)	46,9% (377)	100% (803)
surveillance/réinjection de péridurale	49,2% (395)	50,8% (408)	100% (803)
délivrance artificielle	45,0% (359)	55,0% (438)	100% (797)
préparation à la naissance	42,4% (341)	57,6% (464)	100% (805)
échographie	14,5% (116)	85,5% (685)	100% (801)

De manière assez surprenante, ce sont les surveillances de grossesse pathologique et les suites de couches qui apparaissent les tâches les plus pratiquées près de 80 % des sages-femmes. La place de l'accouchement tant physiologique que pathologique s'explique par la présence des sages-femmes libérales dans notre échantillon, celles-ci n'en réalisant pas généralement pas. Ceci permet de comprendre du même coup que la surveillance de grossesses pathologiques soit si répandue. Ces résultats donnent tout de même une image quelque peu différente de l'activité avec notamment les suites de couches qui prennent une part importante par rapport à l'enquête réalisée en 1993 par F.-X. Schweyer⁶⁰. De même la surveillance de la grossesse pathologique, réalisée tant en structure hospitalière qu'à domicile, pratique en fort développement ces dernières années, se retrouve en bonne place par les actes les plus pratiqués.

Lorsqu'on observe les évolutions sur 16 ans des actes pratiqués (tableau n°69), il faut tout d'abord noter la croissance des actes à connotation technique. Ainsi, la proportion de participation à des délivrances artificielles passe de 38 % à 45 % et la réinjection de l'analgésique péridurale de 22 % à 49 %. Les autres actes ont des proportions trop proches pour que l'on en déduise des tendances, ou bien s'agit-il plus probablement d'une adaptation des sages-femmes à des évolutions de pratiques plus larges. C'est le cas de la réfection d'épisiotomie, la baisse de sa pratique étant surtout le signe que cet acte est moins

⁶⁰ F.-X. Schweyer, 1996, « La profession de sage-femme : autonomie au travail et corporatisme protectionniste », *Sciences sociales et santé*, n°3, p.67-100.

fréquemment exécuté que dans les années 1990. Il ressort aussi que la sage-femme intervient plus dans le domaine de la pathologie alors qu'elle est présentée comme avant tout compétente dans le domaine de la physiologie. Il semble même que cette distinction entre eutocie et physiologie, distinction sur laquelle se basait la séparation entre le champ d'activité de la sage-femme et celui de l'obstétricien, se soit affaiblie. Cependant, lorsque la sage-femme possède une activité dans le domaine de la pathologie de naissance elle demeure dans une position d'assistante, comme la réinjection de péridurale, où elle intervient sous la responsabilité de l'anesthésiste.

Tableau 69 : Comparaison entre les actes réalisés par les sages-femmes en 1993 et en 2009

Actes réalisés	1993	2009
accouchement	67,5%	64,1%
réfection d'épisiotomie	66,4%	56,2%
réanimation du nouveau-né	57,0%	53,1%
consultation prénatale	50,0%	54,4%
préparation à la naissance	47,0%	42,4%
suites des couches	45,0%	79,7%
délivrance artificielle	38,0%	45,0%
soins infirmiers	34,0%	69,5%
réinjection péridurale	22,0%	49,2%
échographie	13,0%	14,5%

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. Cependant, si cette dépendance est évidente, quelle conséquence celle-ci possède sur les formes d'activité ? Existe-t-il des distinctions telles qu'on peut en déduire l'existence de plusieurs types de sages-femmes ? C'est pour tenter de répondre à ces questions que nous procéderons à une inflexion des actes pratiqués en fonction des modes 4 principaux modes d'activité.

Tableau 70 : Les actes professionnels en fonction du mode d'activité

Actes réalisés	Modes d'activité	CH public	Clinique privée	Libéral	PMI	ESF	TOTAL
accouchement physiologique		77, 1%	80,6%	26,9%	0,0%	0,0%	63,4 %
participation accouchement pathologique		76,7%	83,7%	21,8%	0,0%	0,0%	62,5%
réfection épisiotomie		75,3%	46,9%	12,8%	0,0%	0,0%	55,5%
réanimation nouveau né		62,2%	77,6%	20,5%	0,0%	0,0%	52,4%
consultation prénatale		48,8%	36,7%	82,1%	81,5%	0,0%	53,6%
préparation à la naissance		31,8%	3,1%	94,9%	92,6%	0,0%	41,7%
suites de couches		81,8%	78,6%	82,7%	55,6%	23,1%	79,0%
délivrance artificielle		62,0%	24,5%	12,2%	0,0%	0,0%	44,3%
surveillance grossesse pathologique		80,4%	83,7%	79,5%	88,9%	7,7%	79,0%
soins infirmiers		83,5%	82,7%	30,8%	18,5%	0,0%	69,1%
surveillance/réinjection de péridurale		55,5%	82,7%	19,9%	0,0%	0,0%	48,7%
échographie		17,6%	18,4%	5,1%	0,0%	0,0%	14,3%
TOTAL		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

6.1. La pratique des sages-femmes hospitalières du secteur public

Les sages-femmes hospitalières représentent la majeure partie de l'échantillon. Leurs réponses en ce qui concerne les actes donnent en quelque sorte le « ton » de la pratique de la sage-femme contemporaine.

D'une manière générale, cette sage-femme concentre essentiellement son activité autour de 6 actes qui sont pratiqués par au moins les 3/4 d'entre elles. Par rapport à l'échantillon global, si les suites de couches et les surveillances de grossesse pathologique sont du même niveau, il faut remarquer qu'elles réalisent nettement plus de soins infirmiers alors que cet acte est assez éloigné du cœur de l'activité professionnelle⁶¹. Cependant, elles réalisent aussi beaucoup plus d'accouchement, tant physiologique que pathologique (en termes de participation).

Les réponses fournies par ces sages-femmes donnent lieu à des proportions souvent au-dessus de la moyenne ce qui dénote une grande polyvalence. 9 des 12 actes proposés ont un taux de réalisation supérieur à 50 %. Seule la consultation prénatale et la préparation à la naissance sont moins pratiquées. Les sages-femmes hospitalières du public semblent délaissier (volontairement ou par suite d'injonction de l'organisation hospitalière) les principaux actes que la sage-femme peut endosser dans l'accompagnement de la naissance ante-partum : moins d'un tiers d'entre elles pratique la préparation à la naissance, acte réalisé par 47% des sages-femmes en 1993.

Tableau 71 : Les actes professionnels des sages-femmes hospitalières du secteur public

Actes professionnels des sages-femmes hospitalières	Oui	Echantillon total	TOTAL
soins infirmiers	83,3% (424)	69,5% (559)	100% (509)
suites de couches	81,5% (415)	79,7% (643)	100% (509)
surveillance grossesse pathologique	80,3% (408)	79,9% (643)	100% (508)
accouchement physiologique	76,9% (392)	64,1% (515)	100% (510)
participation accouchement pathologique	76,5% (390)	63,3% (508)	100% (510)
réfection épisiotomie	75,1% (383)	56,2% (451)	100% (510)
réanimation nouveau né	62,2% (316)	53,1% (426)	100% (508)
délivrance artificielle	62,3% (315)	45,0% (359)	100% (506)
surveillance/réinjection de péridurale	55,4% (282)	49,2% (395)	100% (509)
consultation prénatale	48,6% (248)	54,4% (439)	100% (510)
préparation à la naissance	31,7% (161)	42,4% (341)	100% (508)
échographie	17,8% (90)	14,5% (116)	100% (507)

Cependant la réalité du travail chez les sages-femmes hospitalières du public est loin d'être homogène. Contrairement à ce que l'on pouvait s'attendre la proportion de sages-femmes réalisant des accouchements est plus importante chez les sages-femmes de niveau 1 que chez leurs consœurs de niveau 2 et 3 (86 % contre respectivement 79 % et 75 %). Surtout cette tendance se retrouve avec la plupart des actes comme la réanimation du nouveau-né⁶².

⁶¹ On peut se demander aussi dans quelle mesure les sages-femmes hospitalières du secteur public se substituent aux infirmières dans les maternités.

⁶² On peut penser qu'en niveau 3 cet acte est pris en charge par d'autres professionnels.

Tableau 72 : Les actes professionnels des sages-femmes hospitalières du public en fonction du niveau de la maternité

Actes professionnels	Maternité de CPP	Maternité de niveau 1	Maternité de niveau 2	Maternité de niveau 3
soins infirmiers	50,0% (5)	89,4% (59)	85,2% (156)	80,6% (204)
suites de couches	80,0% (8)	90,9% (60)	83,1% (152)	77,1% (195)
surveillance grossesse pathologique	40,0% (4)	87,9% (58)	79,8% (146)	79,1% (200)
accouchement physiologique	0,0% (0)	86,4% (57)	79,2% (145)	75,1% (190)
participation accouchement pathologique	0,0% (0)	84,8% (56)	80,3% (147)	73,9% (187)
réfection épisiotomie	0,0% (0)	83,3% (55)	80,9% (148)	71,1% (180)
réanimation nouveau-né	0,0% (0)	74,2% (49)	76,5% (140)	50,2% (127)
délivrance artificielle	0,0% (0)	72,7% (48)	69,9% (128)	54,9% (139)
surveillance/réinjection de péridurale	0,0% (0)	83,3% (55)	71,0% (130)	38,3% (97)
consultation prénatale	100,0% (10)	72,7% (48)	54,6% (100)	35,6% (90)
préparation à la naissance	100,0% (10)	62,1% (41)	41,0% (75)	13,8% (35)
échographie	20,0% (2)	24,2% (16)	18,6% (34)	15,0% (38)

6.1.1. Entre spécialisation et polyvalence

Au regard des résultats présentés dans ce tableau ci-dessus, une fracture, en termes de réalité du travail, se fait jour :

- *une spécialisation à l'œuvre*. Elle est très nette pour les sages-femmes des Centre Périnataux de Proximité où aucun accouchement ne se déroule et où la sage-femme s'attelle quasi exclusivement aux suites de couches et à la préparation à la naissance. Elle 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 tend aussi à se spécialiser autour de l'acte d'accouchement et des suites de celui-ci, et à délaissier les actes qui lui sont antérieurs comme la consultation prénatale et surtout la préparation à la naissance. Cependant cette spécialisation ne se conjugue pas nécessairement avec un accroissement du domaine d'intervention de la sage-femme dans ces moments là comme le démontre le faible pourcentage de l'acte « surveillance/réinjection de la péridurale » sans doute pris en charge par des anesthésistes ou infirmiers anesthésistes.

- *une polyvalence effective dans les maternités de niveau 1 et 2*. Dans ces maternités les sages-femmes réalisent plus d'actes. Mise à part l'échographie, pour laquelle un diplôme spécialisé est nécessaire, les sages-femmes travaillant dans les maternités de niveau 1 réalisent un seul des 11 actes proposés à moins de 62 % d'entre elles (actes préparation à la naissance) ; tous les autres actes sont pratiqués par la très grande majorité d'entre elles. À l'évidence la polyvalence est un fait pour ces sages-femmes. Il l'est aussi pour celles exerçant en maternité de niveau 2 à la différence près que cette polyvalence semble un peu moins marquée. Elle tend à s'amenuiser (par rapport aux sages-femmes de maternité de niveau 1) pour les actes ante-partum (consultation prénatale 54,6 %, préparation à la naissance 41 %), sans pour autant que ces derniers atteignent des niveaux de réalisation aussi faible qu'en maternité de niveau 3.

Ainsi, la pratique professionnelle de la sage-femme hospitalière du secteur public est hétérogène. Sans doute que les restructurations et les réorganisations que les maternités ont connues dans la dernière décennie ne sont pas étrangères à cette évolution des pratiques professionnelles. On peut d'ailleurs tabler sur une accentuation de cette fracture entre polyvalence et spécialisation surtout dans les maternités de niveau 2. Les sages-femmes

travaillant dans ces structures bénéficient encore d'une polyvalence certaine, mais dont on identifie les prémices d'une spécialisation à l'image des maternités de niveau 3.

6.1.2. L'avancée en âge diminue l'intensification du travail

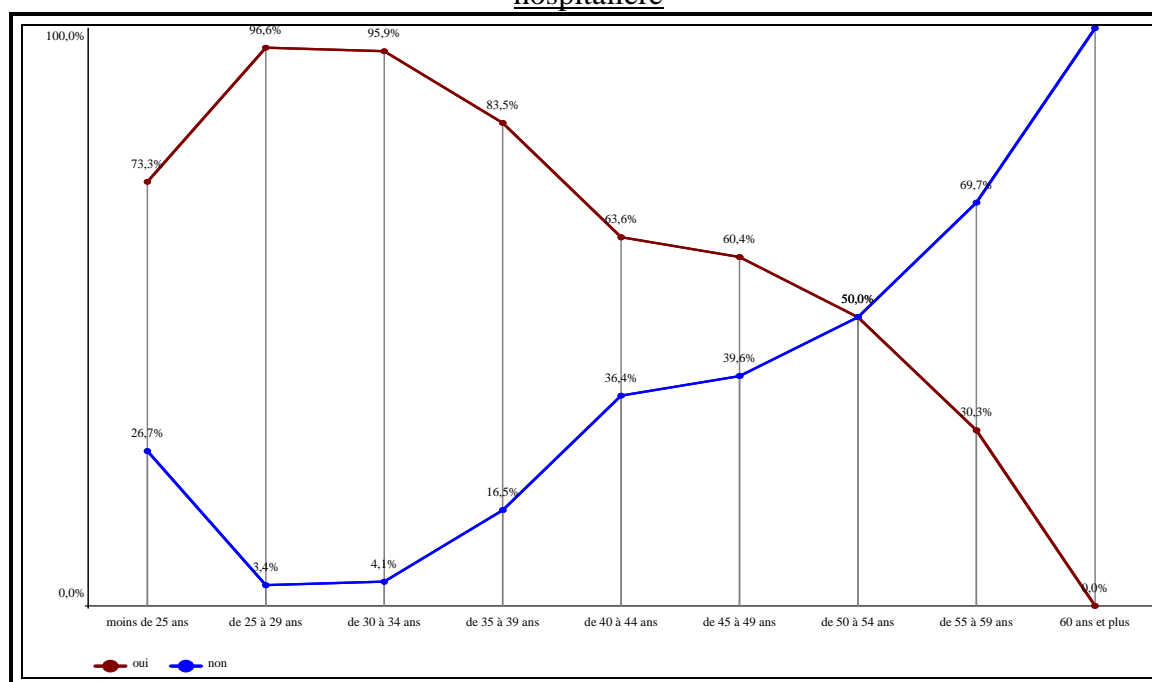
Cependant, la structure de travail n'est pas le seul élément déterminant sur l'activité de la sage-femme hospitalière. En effet, la pratique de l'accouchement tend à s'étioler avec l'avancée en âge. Comme on peut aisément s'en rendre compte dans le tableau n°73, alors que les 3/4 des sages-femmes hospitalières réalisent des accouchements physiologiques, c'est le cas surtout plus les plus jeunes (et particulièrement la tranche d'âge des 35-39 ans) alors que dès 50 ans elles ne sont plus que la moitié à les pratiquer et moins d'un tiers à partir de 55 ans.

Tableau 73 : Réalisation d'accouchement physiologique en fonction de l'âge de la sage-femme hospitalière

Réalisation d'accouchement physiologique	oui	Non	TOTAL
Classes d'âge			
moins de 25 ans	73,3% (11)	26,7% (4)	100% (15)
de 25 à 29 ans	96,6% (141)	3,4% (5)	100% (146)
de 30 à 34 ans	95,9% (71)	4,1% (3)	100% (74)
de 35 à 39 ans	83,5% (66)	16,5% (13)	100% (79)
de 40 à 44 ans	63,6% (35)	36,4% (20)	100% (55)
de 45 à 49 ans	60,4% (32)	39,6% (21)	100% (53)
de 50 à 54 ans	50,0% (26)	50,0% (26)	100% (52)
de 55 à 59 ans	30,3% (10)	69,7% (23)	100% (33)
60 ans et plus	0,0% (0)	100% (3)	100% (3)
TOTAL	76,9% (392)	23,1% (118)	100% (510)

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 133,9$, $ddl = 8$, $1-p = >99,9\%$.

Figure 21 : Réalisation d'accouchement physiologique en fonction de l'âge de la sage-femme hospitalière



Il existe donc un âge où la sage-femme tend à ne plus faire d'accouchement période que l'on situe environ après 40 ans, c'est-à-dire à un moment où la sage-femme atteint entre 15 et 20 ans de carrière, où les enfants (si elles en ont) ne sont généralement plus en bas-âges.

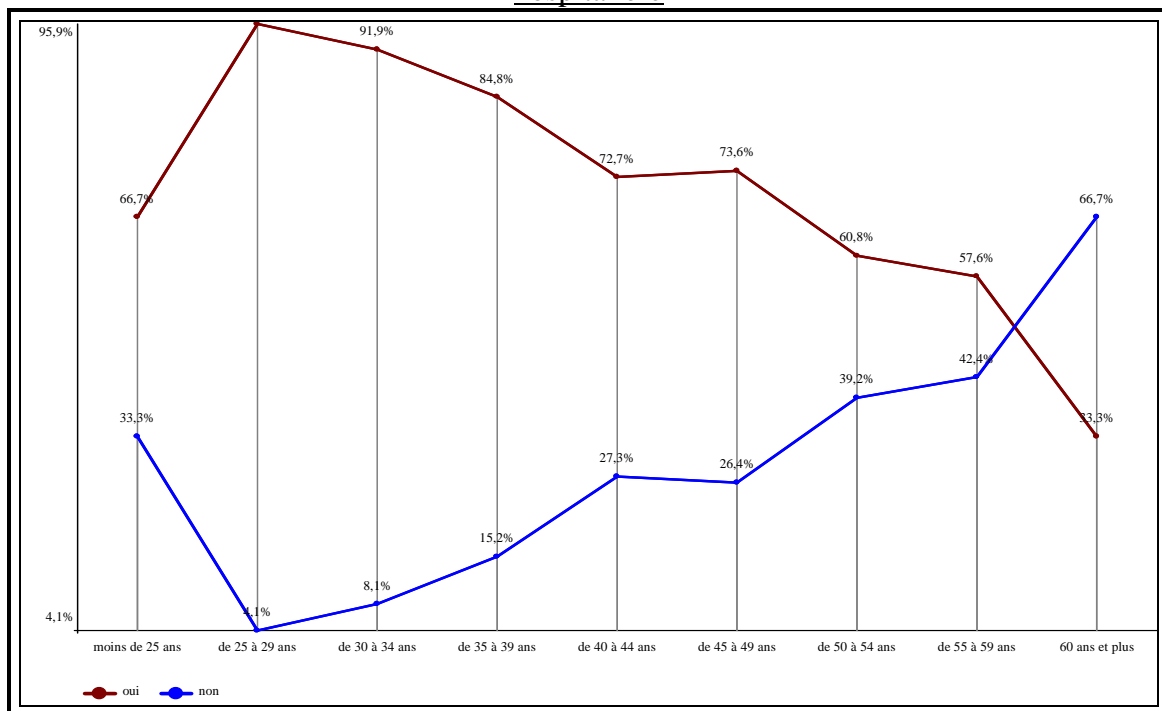
Ce phénomène pourrait être propre à la pratique des accouchements physiologiques. Mais on constate une tendance similaire un des actes les plus réalisés, à savoir les suites de couches. Ici aussi, même si la diminution est plus progressive, on s'aperçoit qu'avec l'âge, les sages-femmes tendent à progressivement diminuer cette pratique, même si une majorité d'entre elles le réalise encore dans les dernières années de leur carrière (tableau n°74). Les comportements sont analogues pour les soins infirmiers qui s'avèrent de moins en moins pratiqués, surtout pour les sages-femmes de plus de 50 ans.

Tableau 74 : Réalisation d'actes de suites de couches en fonction de l'âge de la sage-femme hospitalière

Réalisation de suites de couches Classes d'âge	Oui	Non	TOTAL
moins de 25 ans	66,7% (10)	33,3% (5)	100% (15)
de 25 à 29 ans	95,9% (140)	4,1% (6)	100% (146)
de 30 à 34 ans	91,9% (68)	8,1% (6)	100% (74)
de 35 à 39 ans	84,8% (67)	15,2% (12)	100% (79)
de 40 à 44 ans	72,7% (40)	27,3% (15)	100% (55)
de 45 à 49 ans	73,6% (39)	26,4% (14)	100% (53)
de 50 à 54 ans	60,8% (31)	39,2% (20)	100% (51)
de 55 à 59 ans	57,6% (19)	42,4% (14)	100% (33)
60 ans et plus	33,3% (1)	66,7% (2)	100% (3)
TOTAL	81,5% (415)	18,5% (94)	100% (509)

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 64,9$, $ddl = 8$, $1-p = >99,9\%$.

Figure 22 : Réalisation d'actes de suites de couches en fonction de l'âge de la sage-femme hospitalière



Tous les actes professionnels ne sont pas sensibles comme ceux évoqués plus haut à l'âge de la sage-femme. Ceux qui sont « délaissés » dans les structures de niveau 3, comme la préparation à la naissance ou bien la consultation prénatale, sont en fin de compte assez bien répartis en termes d'âge. Le fait que ces actes soient plus présents dans les petites structures (CPP ou maternité de niveau 1) explique sans doute ce phénomène.

Cette relation à l'âge traduit en définitive une forme d'intensification du travail de la sage-femme qui a cours essentiellement jusqu'à l'âge de 45 ans. À partir de cet âge les sages-femmes hospitalières réalisent moins d'actes et se dirigent vers une spécialisation, même au sein des structures de niveau 3. Transparaît ainsi l'hypothèse de la présence d'étapes multiples dans la carrière de la sage-femme hospitalière du public. Toutefois, on ne peut pas exclure un effet de génération, à savoir que cette pratique est liée à la génération de celles qui ont aujourd'hui plus de 45 ans. Rien n'exclut non plus que les sages-femmes trentenaires vont invariablement se conformer à ce schéma. Seule une analyse sur plusieurs décennies permettrait que trancher avec assurance.

6.2. La pratique des sages-femmes hospitalières du privé

Parmi notre échantillon, une centaine de sages-femmes travaillent dans des structures hospitalières privées. D'une manière générale, leur pratique se distingue significativement de celles des sages-femmes hospitalières pour que l'on procède à une analyse séparée, même si une certaine polyvalence leur est commune.

Tableau 75 : Les actes professionnels des sages-femmes hospitalières du privé

Actes réalisés	Oui	non	TOTAL
surveillance grossesse pathologique	84,5% (82)	15,5% (15)	100% (97)
Participation accouchement pathologique	83,7% (82)	16,3% (16)	100% (98)
surveillance/réinjection de péridurale	83,5% (81)	16,5% (16)	100% (97)
soins infirmiers	82,7% (81)	17,3% (17)	100% (98)
accouchement physiologique	80,6% (79)	19,4% (19)	100% (98)
suites de couches	78,6% (77)	21,4% (21)	100% (98)
réanimation nouveau-né	77,6% (76)	22,4% (22)	100% (98)
réfection épisiotomie	46,9% (46)	53,1% (52)	100% (98)
consultation prénatale	37,1% (36)	62,9% (61)	100% (97)
délivrance artificielle	25,0% (24)	75,0% (72)	100% (96)
Échographie	18,4% (18)	81,6% (80)	100% (98)
préparation à la naissance	3,1% (3)	96,9% (95)	100% (98)

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 409,0$, $ddl = 11$, $1-p = >99,9\%$.

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 concernant 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. 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 », cette action étant avant tout celle de l'anesthésiste. Cette sage-femme apparaît un peu moins polyvalente, davantage dans une position d'appoint dans le domaine de la naissance pathologique sans pour autant délaissier l'accouchement physiologique.

De même, les actes les plus réalisés portent surtout sur le champ de la pathologie, exigeant une technicité particulière, technicité dont on peut penser que ce ne sont pas ces sages-femmes qui la mettent en œuvre mais d'autres professionnels.

L'accouchement physiologique est placé en 5^{ème} position. Ainsi, en proportion, plus de sages-femmes hospitalières du privé réalisent cet acte que celles qui travaillent dans des structures publiques. Cependant, si l'on met de côté celles exerçant dans les CPP (où ne se pratiquent pas d'accouchements) l'écart devient négligeable et peu significatif statistiquement (78,4 % contre 80,6 %). En définitive, il faut retenir que les sages-femmes hospitalières du privé pratiquent autant l'accouchement physiologique que leurs consœurs qui sont en mesure de le faire.

Il n'empêche que certains actes semblent être moins courants chez ces sages-femmes. La faible participation aux délivrances artificielles s'explique sans doute par la présence dans ce domaine des obstétriciens. Il en va sans doute de même pour les réfections d'épisiotomies. Enfin, les actes de l'ante-partum, préparation à la naissance et consultation prénatale sont encore plus délaissés par ces sages-femmes et ne sont sans doute pas souvent pris en charge dans les structures qu'elles fréquentent.

La sage-femme hospitalière du secteur privé, si elle partage des similitudes avec son homologue du secteur public, apparaît moins polyvalente, dans une position d'appoint dans le domaine de la naissance pathologique sans qu'elle délaisse pour autant l'accouchement physiologique.

Tableau 76 : L'accouchement physiologique en fonction de l'âge de la sage-femme hospitalière du secteur privé

Réalisation d'accouchement physiologique Classes d'âge	Oui	Non	TOTAL
moins de 25 ans	50,0% (1)	50,0% (1)	100% (2)
de 25 à 29 ans	88,0% (22)	12,0% (3)	100% (25)
de 30 à 34 ans	100% (18)	0,0% (0)	100% (18)
de 35 à 39 ans	100% (11)	0,0% (0)	100% (11)
de 40 à 44 ans	76,9% (10)	23,1% (3)	100% (13)
de 45 à 49 ans	75,0% (12)	25,0% (4)	100% (16)
de 50 à 54 ans	37,5% (3)	62,5% (5)	100% (8)
de 55 à 59 ans	33,3% (1)	66,7% (2)	100% (3)
60 ans et plus	50,0% (1)	50,0% (1)	100% (2)
TOTAL	80,6% (79)	19,4% (19)	100% (98)

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 24,5$, $ddl = 8$, $1-p = 99,8\%$.

L'activité de la sage-femme hospitalière du privé est aussi dépendante de son âge, mais la corrélation s'avère moins nette qu'avec les hospitalières du public. En effet, on note que de 25 à 40 ans, ces sages-femmes pratiquent quasiment toute l'accouchement physiologique mais qu'au fur et à mesure de l'avancement en âge cette participation diminue. La configuration est quelque peu différente dans le sens où la baisse de cette pratique intervient non pas principalement après 45 ans mais plutôt après 50 ans. La différence est peut-être due à l'échantillon qui n'est que 98 sages-femmes. Il se peut aussi que les opportunités de carrière et/ou le fait de travailler dans de très grandes structures publiques nécessitant de plus en plus de spécialisation offrent une plus grande pluralité dans les évolutions de carrière que dans le secteur des maternités privées. Dès lors, il est compréhensible que les hospitalières du secteur privé pratiquent plus longtemps les accouchements physiologiques.

Cette hypothèse est renforcée par l'étude de l'acte le plus réalisée par les sages-femmes hospitalières de ce secteur, c'est-à-dire la surveillance de la grossesse pathologique.

Tableau 77 : La surveillance de grossesse pathologique en fonction de l'âge (sage-femme hospitalière du secteur privé)

Réalisation de surveillance de grossesse pathologique Classes d'âge	oui	non	TOTAL
moins de 25 ans	50,0% (1)	50,0% (1)	100% (2)
de 25 à 29 ans	96,0% (24)	4,0% (1)	100% (25)
de 30 à 34 ans	100% (18)	0,0% (0)	100% (18)
de 35 à 39 ans	90,9% (10)	9,1% (1)	100% (11)
de 40 à 44 ans	76,9% (10)	23,1% (3)	100% (13)
de 45 à 49 ans	68,8% (11)	31,3% (5)	100% (16)
de 50 à 54 ans	62,5% (5)	37,5% (3)	100% (8)
de 55 à 59 ans	66,7% (2)	33,3% (1)	100% (3)
60 ans et plus	100% (1)	0,0% (0)	100% (1)
TOTAL	84,5% (82)	15,5% (15)	100% (97)

La dépendance est peu significative. $\chi^2 = 15,5$, $ddl = 8$, $1-p = 95,0\%$.

Cet acte est omniprésent chez la plupart des sages-femmes du secteur privé et l'affaiblissement en fonction de l'âge, même s'il n'est pas négligeable, intervient surtout à partir de 45 ans, puisque 8 des 15 sages-femmes qui ne réalisent pas cet acte ont plus de 45 ans. Le décalage de 5 à 10 ans par rapport aux hospitalières du public est bien présent.

6.3. L'activité des sages-femmes libérales en voie de diversification

Nous savons que l'activité des sages-femmes libérales est bien différente de celle des hospitalières, notamment en ce qui concerne la réalisation d'accouchement. Précisons aussi que parmi les 156 sages-femmes libérales de notre échantillon quelques-unes ont une activité mixte qui leur permet parfois de pratiquer des accouchements.

Tableau 78 : Les actes professionnels des sages-femmes libérales

Actes professionnels	Oui	Non	TOTAL
préparation à la naissance	95,5% (149)	4,5% (7)	100% (156)
suites de couches	83,3% (130)	16,7% (26)	100% (156)
consultation prénatale	82,7% (129)	17,3% (27)	100% (156)
surveillance grossesse pathologique	80,1% (125)	19,9% (31)	100% (156)
soins infirmiers	31,4% (48)	68,6% (105)	100% (153)
accouchement physiologique	27,6% (42)	72,4% (110)	100% (152)
participation accouchement pathologique	22,5% (34)	77,5% (117)	100% (151)
réanimation nouveau-né	20,9% (32)	79,1% (121)	100% (153)
surveillance/réinjection de péridurale	20,3% (31)	79,7% (122)	100% (153)
réfection épisiotomie	13,2% (20)	86,8% (131)	100% (151)
délivrance artificielle	12,5% (19)	87,5% (133)	100% (152)
échographie	5,3% (8)	94,7% (144)	100% (152)

Cet acte n'est pas au cœur de l'activité de la sage-femme libérale. Si ce mode d'activité se développe de manière remarquable depuis le début de la décennie 2000⁶³, la logique professionnelle d'accompagnement global n'est pas pour autant mise en place de manière notable. En effet, on peut en déduire que la plupart des nouvelles installations en libérales ne se traduisent pas par l'engagement dans cette philosophie de travail. Seules 42 sages-femmes libérales réalisent des accouchements, mais bien souvent c'est dans le cadre d'une activité parallèle de salariée. Si bien que le nombre de sages-femmes libérales réalisant des accouchements dans ce contexte de travail s'élève à 11 soit 7 % (1,4 % de l'échantillon total). L'accompagnement global, qui apparaît pour certaines sages-femmes comme le type idéal d'exercice de la sage-femme, ne concerne en définitive que très peu de praticiennes. 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 références en matière de suivi de grossesse et surtout du post-partum. Ce mode d'activité s'il évolue considérablement, demeure assez homogène.

Tableau 79 : Les autres actes professionnels chez les sages-femmes libérales

Autres actes professionnels	Nb. cit.	Fréq.
rééducation périnéale	97	61,8%
allaitement maternel	35	22,3%
visite/consultation post-natale	25	15,9%
Massage	8	5,1%
préparation à l'accouchement en piscine	5	3,2%
Acupuncture	4	2,5%
entretien du 4ème mois	4	2,5%
surveillance des suites de couches à domicile	4	2,5%
entretien de parentalité	3	1,9%
consultation planification/contraception	3	1,9%
surveillance de grossesse à domicile	3	1,9%
Sophrologie	3	1,9%
Haptonomie	3	1,9%
sortie précoce	3	1,9%
suivi de grossesse	3	1,9%
Sexologie	2	1,3%
consultation tabacologie	1	0,6%
nurserie/puériculture	1	0,6%

⁶³ La proportion de sages-femmes installée en libéral est passée de 13,6 % en 2001 à 17,1 % en 2009. Pour la même période l'augmentation du nombre de sages-femmes libérales a été de 60,6 % alors que dans le même temps elle était de 28 % pour l'ensemble des sages-femmes. Sources : DRESS.

entretien précoce	1	0,6%
Yoga	1	0,6%
suivi de travail	1	0,6%
Aide opératoire obstétrique / gynécologie	1	0,6%
Portage	1	0,6%
IMG/IVG	1	0,6%
préparation et rééducation en eutonie	1	0,6%
TOTAL OBS.	157	

On peut penser que l'accroissement du nombre de sages-femmes libérales a été possible et dans les proportions que l'on connaît parce que leur pratique professionnelle a pu se diversifier et sortir du stéréotype de la sage-femme en charge des suites de couches. Il semble y avoir une volonté d'apparaître aussi légitime dans la préparation à l'accouchement, préparation qui est par ailleurs parfois délaissée par les structures hospitalières. De ce fait, les sages-femmes libérales ont moins tendance à se spécialiser qu'à acquérir (via des formations) de nouvelles compétences qui peuvent apporter un plus dans l'accompagnement de la parturiente et du bébé, avant et après l'accouchement.

Ce mode d'activité est sans doute celui pour lequel l'âge de la sage-femme a le moins d'influence sur les actes pratiqués. Par exemple, si l'on prend le cas de l'acte le plus communément réalisé par ces sages-femmes, la préparation à la naissance, on note que la corrélation statistique avec l'âge n'est pas significative et qu'il n'y a aucune dépendance d'une variable sur l'autre.

Tableau 80 : La pratique de préparation à la naissance en fonction de l'âge

préparation à la naissance Classes d'âge	Oui	Non	TOTAL
moins de 29 ans	91,7% (11)	8,3% (1)	100% (12)
de 30 à 34 ans	88,2% (15)	11,8% (2)	100% (17)
de 35 à 39 ans	96,0% (24)	4,0% (1)	100% (25)
de 40 à 44 ans	96,8% (30)	3,2% (1)	100% (31)
de 45 à 49 ans	100% (29)	0,0% (0)	100% (29)
de 50 à 54 ans	100% (22)	0,0% (0)	100% (22)
plus de 55 ans	90,0% (18)	10,0% (2)	100% (20)
TOTAL	95,5% (149)	4,5% (7)	100% (156)

La dépendance n'est pas significative. $\chi^2 = 6,5$, $ddl = 6$, $1-p = 62,6\%$.

Il en va de même avec les suites de couches qui ne sont pas le propre d'une classe d'âge, même si celles de plus de 50 ans semblent moins les pratiquer, sans que pour autant que la significativité statistique soit établie.

Tableau 81 : La pratique des suites de couches en fonction de l'âge

Classes d'âge	actes suites de couches		TOTAL
	Oui	Non	
moins de 29 ans	91,7% (11)	8,3% (1)	100% (12)
de 30 à 34 ans	82,4% (14)	17,6% (3)	100% (17)
de 35 à 39 ans	92,0% (23)	8,0% (2)	100% (25)
de 40 à 44 ans	90,3% (28)	9,7% (3)	100% (31)
de 45 à 49 ans	82,8% (24)	17,2% (5)	100% (29)
de 50 à 54 ans	72,7% (16)	27,3% (6)	100% (22)
55 ans et plus	70,0% (14)	30,0% (6)	100% (20)
TOTAL	83,3% (130)	16,7% (26)	100% (156)

La dépendance n'est pas significative. $\chi^2 = 7,4$, $ddl = 6$, $1-p = 71,5\%$.

Même la rééducation du périnée, pratique majoritairement réalisée, n'est pas dépendante de l'âge. Tout au plus, pouvons-nous remarquer que les sages-femmes libérales de 35 à 39 ans la réalisent de manière massive, sans que l'on puisse toutefois en déduire une tendance puisque les classes d'âge supérieures et inférieures le font bien moins.

Tableau 82 : La pratique de rééducation périnéale en fonction de l'âge

Classes d'âge	rééducation périnéale	effectif total	%
moins de 29 ans	6	12	50,0
de 30 à 34 ans	9	17	52,9
de 35 à 39 ans	20	25	80,0
de 40 à 44 ans	19	31	61,3
de 45 à 49 ans	16	29	55,2
de 50 à 54 ans	15	23	65,2
55 ans et plus	12	20	60,0
TOTAL OBS.	97	157	61,8

Moins sujettes à l'influence de l'âge, les pratiques des sages-femmes libérales sont aujourd'hui éloignées de l'accouchement tant physiologique que pathologiques. À l'inverse, on note un foisonnement de nouveaux actes qui sont d'une part une réponse aux attentes des parturientes mais aussi le signe de leur prise en charge croissante de l'avant et l'après accouchement. De cette manière on peut 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 références du suivi de grossesse et surtout du post-partum. Ce mode d'activité s'il évolue considérablement, demeure assez homogène, plus que celui des hospitalières.

6.4. L'activité des sages-femmes des autres modes professionnels

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 (sauf un cas exceptionnel), 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.

Tableau 83 : Les actes professionnels chez les sages-femmes de PMI et enseignantes

Actes professionnels	Oui	Non	TOTAL
accouchement physiologique	2,3% (1)	97,7% (42)	100% (43)
participation accouchement pathologique	2,3% (1)	97,7% (42)	100% (43)
réfection épisiotomie	2,3% (1)	97,7% (42)	100% (43)
réanimation nouveau-né	2,3% (1)	97,7% (42)	100% (43)
consultation prénatale	55,8% (24)	44,2% (19)	100% (43)
préparation à la naissance	64,3% (27)	35,7% (15)	100% (42)
suites de couches	44,2% (19)	55,8% (24)	100% (43)
délivrance artificielle	2,4% (1)	97,6% (41)	100% (42)
surveillance grossesse pathologique	60,5% (26)	39,5% (17)	100% (43)
soins infirmiers	14,0% (6)	86,0% (37)	100% (43)
surveillance/réinjection de péridurale	0,0% (0)	100% (43)	100% (43)
échographie	0,0% (0)	100% (43)	100% (43)

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 203,5$, $ddl = 11$, $1-p = >99,9\%$.

L'activité de ces sages-femmes est nettement concentrée sur 4 actes⁶⁴. 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. Ainsi et de manière détournée, ces sages-femmes rappellent qu'elles ont leur place dans les mois qui précèdent l'accouchement. Cela les éloigne des structures hospitalières, mais elles jouent un rôle notable de représentation de la profession et de diffusion des fonctions et prérogatives de la sage-femme. Pour ce qui est de l'après-accouchement la légitimité, si on se base sur les pratiques professionnelles effectivement réalisées, est moins nette.

Tableau 84 : La pratique de préparation à la naissance en fonction de l'âge (sage-femme de PMI et enseignantes)

Préparation à la naissance Classes d'âge	Oui	Non	TOTAL
Moins de 29 ans	100% (1)	0,0% (0)	100% (1)
de 30 à 34 ans	25,0% (1)	75,0% (3)	100% (4)
de 35 à 39 ans	80,0% (4)	20,0% (1)	100% (5)
de 40 à 44 ans	71,4% (5)	28,6% (2)	100% (7)
de 45 à 49 ans	58,3% (7)	41,7% (5)	100% (12)
de 50 à 54 ans	100% (5)	0,0% (0)	100% (5)
plus de 54 ans	50,0% (4)	50,0% (4)	100% (8)
TOTAL	64,3% (27)	35,7% (15)	100% (42)

La dépendance n'est pas significative. $\chi^2 = 7,6$, $ddl = 6$, $1-p = 73,2\%$.

L'âge a visiblement une faible influence sur les actes professionnels réalisés par ces sages-femmes. Tout au plus, peut-on remarquer que les 30 à 34 ans semblent s'éloigner de la préparation à la naissance comme on peut le lire dans le tableau n°84. Cependant, les effectifs sont trop faibles pour en tirer des conclusions définitives.

⁶⁴ Ceci exclut les missions d'enseignement propres aux enseignantes et qui n'apparaissent donc pas dans ce tableau.

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 leurs conditions d'exercice, sans doute plus fortement que les hospitalières 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.

7. LE PARCOURS PROFESSIONNEL

L'enquête portant sur un grand nombre, nous avons la possibilité d'analyser les types de parcours professionnel que les sages-femmes contemporaines connaissent. Toutefois, il y a une limite à cette analyse : toutes les sages-femmes sont loin d'avoir terminé leur carrière et par conséquent pour la majeure partie d'entre elles le parcours est encore en construction. De ce fait, nous serons amenés à régulièrement nuancer notre analyse au regard de l'ancienneté de la sage-femme dans le métier.

Dans le questionnaire, nous avons demandé à chacune des répondantes de décrire les différentes étapes de leur parcours. Les sages-femmes devaient décrire formellement leur parcours professionnel via le nombre d'emplois exercés, le type de contrat correspondant, le type de structure fréquentée et la durée de chacun de ces emplois. D'une manière générale les sages-femmes ont bien accepté ces contraintes ce qui n'empêche pas que dans certains cas les informations demeuraient incomplètes.

Ainsi, nous avons dû procéder à un recodage de ces données selon différents critères :

- le caractère déterminé dans le temps ou non du contrat de travail. Par exemple, les vacations hospitalières sont classées dans la catégorie des Contrats à Durée Déterminée.
- La distinction entre structures hospitalières publiques et privées (les PSPH entrant dans cette catégorie). À cela s'ajoutent l'activité libérale, en PMI ou en école de Sages-Femmes. Nous avons aussi créé deux catégories « mixtes » pour les sages-femmes exerçant à la fois en libéral et dans une autre structure hospitalière quel que soit son statut, de même que pour celles travaillant dans le même temps en structure publique et privée sans que l'on puisse déterminer la part majoritaire.

7.1. Les données d'ensemble

Ces critères, associés au nombre d'emploi, donnent lieu à des multiples configurations possibles. Si bien qu'il est parfois difficile d'obtenir des types de parcours regroupant un nombre suffisamment significatif de sages-femmes pour être traités statistiquement.

En effet, la principale caractéristique de ces parcours professionnels est leur diversité. Au final, pour les 804 sages-femmes dont nous avons pu recoder le parcours, il existe 387 parcours différents. Qui plus est, 283 d'entre eux (73 %) sont uniques. C'est donc principalement sur la base des parcours qui donnent lieu à plus de récurrences (104) que nous développerons notre analyse.

Par ailleurs, il convient de faire une distinction entre une analyse en termes d'étapes professionnelles et une analyse en termes d'emplois occupés. Que ce soit pour l'une ou pour l'autre, nous avons gardé le critère chronologique c'est-à-dire maintenu en l'état la succession des postes ou des emplois occupés. Cependant, raisonner en étapes ou en position (ou poste occupé) n'implique pas tout à fait la même perspective ni les mêmes résultats. En effet, dans la première option, ce qui importe est le changement intervenu dans le type de contrat même s'il s'agit par exemple d'un nouveau contrat du même type (comme l'enchaînement de CDD). Dans la seconde, la sage-femme demeure dans le même statut, mais dans une structure différente (par exemple, la sage-femme change d'établissement tout en gardant son emploi de la FPH). Pour dernière option, le fait d'être dans le même statut professionnel, indépendant d'un changement de lieu, prend le pas sur l'évolution professionnelle. Ainsi, en raisonnant en

position, on raccourcit les parcours professionnels en les limitant aux évolutions fortes et statutaires. Dans ce qui suit, nous analyserons les données selon les deux optiques.

7.2. Des parcours différenciés selon les générations de sages-femmes

7.2.1. Les sages-femmes ayant le plus d'ancienneté ont des parcours moins complexes

Tableau 85 : Les principaux types de parcours relevé en fonction de niveau d'ancienneté

Types parcours	Echantillon total		SF > 15 ans d'ancienneté		SF < de 15 ans d'ancienneté		SF > de 25 ans d'ancienneté		SF < de 5 ans d'ancienneté	
	Eff	Freq	Eff	Freq	Eff	Freq	Eff	Freq	Eff	Freq
CDD Public, CDI Public	128	15,9%	43	10,6%	85	21,3%	8	3,7%	25	15,2%
CDI public	112	13,9%	50	12,4%	62	15,5%	15	7,0%	32	19,5%
CDD Public	41	5,1%	4	1,0%	37	9,3%	2	0,9%	21	12,8%
CDD privé, CDI Public	23	2,9%	17	4,2%	6	1,5%	5	2,3%	1	0,6%
CDI public, libéral	13	1,6%	12	3,0%	1	0,3%	4	1,9%	0	0,0%
CDD privé, CDD public, CDI Public	10	1,2%	5	1,2%	5	1,3%	0	0,0%	1	0,6%
		40,7%		32,4%		49,0%		15,8%		48,8%

Les 6 parcours les plus fréquents rassemblent moins de la moitié des sages-femmes répondantes. Celui le plus fréquemment emprunté ne concerne que 15,9 % de l'échantillon. C'est un niveau à la fois faible et important. Faible dans le sens où il ne traduit pas une tendance nette et massive. Important dans le sens où il est (avec le second parcours) très significatif de la voie d'entrée « classique » dans la profession, puisqu'il s'agit d'un parcours qui ne comporte que 2 étapes.

Cependant, ce parcours est avant tout le fait des plus jeunes sages-femmes. Les sages-femmes de moins de 15 ans d'ancienneté sont largement représentées dans ce parcours (85/128 soit les 2/3) alors que les sages-femmes possédant plus de 25 ans de carrière sont très rares à avoir connu un tel parcours (8/128). De même, les sages-femmes n'ayant connu comme parcours qu'un CDI public, si elles ne représentent que 13,9 % de l'échantillon, sont très bien représentées chez les plus jeunes ou celles qui ont moins de 15 ans d'ancienneté.

Tableau 86 : Le nombre d'étapes dans le parcours professionnel en fonction de l'ancienneté

Nombre d'étapes Ancienneté	1	2	3	4	5	6 et plus	TOTAL
Moins de 5	36,0% (59)	28,7% (47)	23,2% (38)	7,3% (12)	1,8% (3)	3,0% (5)	100% (164)
de 5 à 10	10,0% (12)	30,0% (36)	27,5% (33)	13,3% (16)	15,0% (18)	4,2% (5)	100% (120)
de 10 à 15	7,8% (9)	19,8% (23)	22,4% (26)	23,3% (27)	16,4% (19)	10,3% (12)	100% (116)
de 15 à 20	2,7% (3)	18,8% (21)	29,5% (33)	15,2% (17)	22,3% (25)	11,6% (13)	100% (112)
de 20 à 25	2,6% (2)	26,3% (20)	18,4% (14)	25,0% (19)	17,1% (13)	10,5% (8)	100% (76)
plus de 25 ans	7,7% (16)	20,1% (42)	22,5% (47)	20,1% (42)	18,7% (39)	11,0% (23)	100% (209)
TOTAL	12,7% (101)	23,7% (189)	24,0% (191)	16,7% (133)	14,7% (117)	8,3% (66)	100% (797)

Il n'empêche que les totaux par colonne nous indique une dynamique qui distingue assez clairement les carrières des plus jeunes (moins de 15 ans d'ancienneté) et des plus anciennes (plus de 15 ans d'ancienneté). En effet, si l'ensemble des effectifs des 6 parcours 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 plus que 15,8 % soit 25 points de moins. À l'inverse ils prennent une place considérables pour les sages-femmes les plus jeunes (+8 points). À l'évidence, ces parcours sont plutôt le fait de jeunes sages-femmes. Ceci pourrait s'expliquer assez logiquement par le fait que les jeunes sages-femmes n'ont pas encore terminé leur évolution professionnelle et qu'à l'inverse, les plus anciennes en sont absentes parce qu'elles ont connu des parcours plus développés et plus complexes (plus d'étapes professionnelles). Or, du point de vue du nombre d'étapes, la différence entre ces jeunes et anciennes sages-femmes n'est pas évidente loin de là.

Tableau 87 : Le nombre d'étapes dans le parcours professionnel en fonction de l'ancienneté (> ou < à 15 ans)

Nombre d'étapes Ancienneté	1	2	3	4	5	6 et plus	TOTAL
moins de 15 ans	20,0% (80)	26,5% (106)	24,3% (97)	13,8% (55)	10,0% (40)	5,5% (22)	100% (400)
plus de 15 ans	5,3% (21)	20,9% (83)	23,7% (94)	19,6% (78)	19,4% (77)	11,1% (44)	100% (397)
TOTAL	12,7% (101)	23,7% (189)	24,0% (191)	16,7% (133)	14,7% (117)	8,3% (66)	100% (797)

Les plus jeunes sages-femmes, notamment celles de moins de 5 ans d'ancienneté, ont rarement connu plus de 3 étapes professionnelles : 87,9 % sont dans ce cas. Cependant, la proportion de sages-femmes ayant connu 3 étapes professionnelles est étonnamment stable selon le niveau d'ancienneté alors qu'on aurait pu penser qu'elle aurait eu tendance à s'amenuiser. Qui plus est, si l'on répartit les sages-femmes en deux groupes selon un niveau d'ancienneté supérieur ou inférieur à 15 ans (tableau 3), on s'aperçoit que les écarts sont très faibles pour celles ayant connu 3 étapes. Les écarts sont peut-être plus marqués pour celles ayant parcouru 2 ou 4 étapes mais ils ne sont pas significatifs statistiquement. Par contre, comme on pouvait s'y attendre, le temps de carrière fait son œuvre au niveau des extrêmes, une carrière courte pour les plus jeunes parce qu'elle ne fait que commencer, et une carrière plus longue du point de vue des étapes (5, 6 ou plus encore) pour les plus anciennes parce qu'elle est bientôt terminée.

De ce fait, il n'est pas acquis que les sages-femmes plus anciennes apparaissent moins dans le tableau des types de parcours parce qu'elles ont des parcours plus complexes et témoigneraient du recours à de multiples étapes. Il semble qu'au contraire il y ait une distinction générationnelle autour de cette question du nombre d'étapes professionnelles. En effet, si l'on raisonne en colonne, à savoir en fonction de l'étape et non de l'ancienneté, on s'aperçoit que parmi celles qui déclarent une seule étape, 15,6 % ont plus de 25 ans d'ancienneté, alors que la proportion tombe à 3 % et 2 % respectivement pour les 15 à 20 ans d'ancienneté et les 20 à 25 ans d'ancienneté (elle est logiquement de 58 % pour les moins de 5 ans d'ancienneté). Ceci indique que ces sages-femmes, diplômées avant 1984 ont connu un parcours professionnel moins complexe en termes d'étapes que celles qui les suivent.

7.2.2. Une entrée dans la carrière passant de plus en plus par un CDD

Sur les types de parcours, un constat se distingue clairement. Conformément à l'évolution du marché du travail et de la société salariale⁶⁵, le passage par un CDD est devenu plus fréquent. Pour la profession de sage-femme il semble même être contournable. En effet, parmi les 6 principaux parcours identifiés 4 débutent par un CDD⁶⁶. Surtout ce passage semble affecter

⁶⁵ R. Castel, *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Fayard, 1995.

⁶⁶ La part des contrats de travail en CDD pour l'ensemble de la population active féminine française est de 10,8 % en 2008. On peut y ajouter 1,4% de contrats intérim. Nous sommes en dessous des proportions rencontrées chez les sages-femmes dans cette enquête : 11,5 % des sages-femmes salariés de l'échantillon bénéficiaient d'un

principalement les plus jeunes sages-femmes. Comme on peut le voir dans le tableau suivant, la moyenne sur l'ensemble de l'échantillon (en termes de situation de contrat pour le premier emploi) donne une répartition de l'ordre de 2/3 de CDD (en ajoutant les contrats d'intérim qui ne peuvent pas être défini comme des contrats stables) pour un peu moins d'1/3 de CDI. Or, cette proportion s'approche ou atteint les 3/4 pour les sages-femmes ayant moins de 15 ans d'ancienneté et ne baisse significativement que pour celles qui justifient aujourd'hui d'au moins 25 ans d'ancienneté (50 %). Ainsi, si le passage par un poste en CDD ou contrat d'intérim est assez courant dans le début de la carrière de sage-femme, ce fait a tendance à se généraliser.

Tableau 88 : Les types de contrat de travail (1er poste) en fonction de l'ancienneté

Ancienneté							TOTAL
Type de contrat de travail (1 ^{er} poste)	Moins de 5	De 5 à 10	De 10 à 15	De 15 à 20	De 20 à 25	plus de 25 ans	
CDI	23,2% (38)	24,2% (29)	23,3% (27)	31,5% (35)	25,3% (19)	50,0% (101)	31,6% (249)
CDD	75,0% (123)	67,5% (81)	75,0% (87)	64,0% (71)	72,0% (54)	45,5% (92)	64,5% (508)
Intérim	0,6% (1)	5,8% (7)	0,9% (1)	3,6% (4)	2,7% (2)	4,5% (9)	3,0% (24)
Libéral	1,2% (2)	2,5% (3)	0,9% (1)	0,9% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,9% (7)
TOTAL	100% (164)	100% (120)	100% (116)	100% (111)	100% (75)	100% (202)	100% (788)

Si l'on ne raisonne non plus en termes d'ancienneté mais en âge (au travers de l'année de naissance), la tendance se confirme nettement puisque seules les sages-femmes nées jusqu'en 1956 (âgées de 54 ans ou plus) ont connu une entrée empruntant peu le CCD (ou l'intérim). Toutes les autres ont intégré majoritairement la profession par un CDD, ce qui est le cas de quasiment 4 jeunes sages-femmes sur 5 (77,8 % pour celles de 24 ans ou moins).

Tableau 89 : Les types de contrat de travail (1er poste) en fonction de l'année de naissance

Type de contrat de travail (1er poste)	CDI	CDD	libéral	TOTAL
Année de naissance				
de 1944 à 1950	84,6% (11)	15,4% (2)	0,0% (0)	100% (13)
de 1950 à 1956	54,7% (35)	45,3% (29)	0,0% (0)	100% (64)
de 1956 à 1960	43,8% (32)	54,8% (40)	1,4% (1)	100% (73)
de 1960 à 1965	35,6% (37)	64,4% (67)	0,0% (0)	100% (104)
de 1965 à 1970	31,7% (33)	67,3% (70)	1,0% (1)	100% (104)
de 1970 à 1975	22,7% (27)	76,5% (91)	0,8% (1)	100% (119)
de 1975 à 1980	27,7% (31)	71,4% (80)	0,9% (1)	100% (112)
de 1980 à 1985	21,5% (39)	76,8% (139)	1,7% (3)	100% (181)
1985 et plus	22,2% (4)	77,8% (14)	0,0% (0)	100% (18)
TOTAL	31,6% (249)	67,5% (532)	0,9% (7)	100% (788)

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 55,4$, $ddl = 16$, $1-p = >99,9\%$.

7.3. Parcours professionnels et modes d'activité

À l'heure actuelle, existe-t-il un lien entre le mode d'activité exercé et la carrière professionnelle en cours ? Est-ce que l'on peut identifier un lien entre l'âge de la sage-femme, sa situation au regard du mode d'activité et sa situation quand au nombre d'étape observé jusqu'alors dans la carrière ?

De cette manière il est envisageable de répartir les sages-femmes de notre échantillon, à l'instant T, selon ces variables (âge, nombre d'étapes dans la carrière et mode d'activité) et d'espérer observer une logique d'ensemble.

Tableau 90 : Le nombre d'étapes professionnelles en fonction du mode d'activité

Modes d'activité Nombre d'étapes professionnelles	CH public	Clinique privée	Libéral	PMI	école de S-F	TOTAL
1	15,5% (78)	18,6% (18)	3,3% (5)	0,0% (0)	0,0% (0)	12,7% (101)
2	27,2% (137)	21,6% (21)	13,7% (21)	29,6% (8)	7,7% (1)	23,7% (188)
3	23,4% (118)	20,6% (20)	31,4% (48)	11,1% (3)	15,4% (2)	24,1% (191)
4	16,3% (82)	16,5% (16)	17,6% (27)	14,8% (4)	23,1% (3)	16,6% (132)
5 et plus	17,7% (89)	22,7% (22)	34,0% (52)	44,4% (12)	53,8% (7)	22,9% (182)
TOTAL	100% (504)	100% (97)	100% (153)	100% (27)	100% (13)	100% (794)

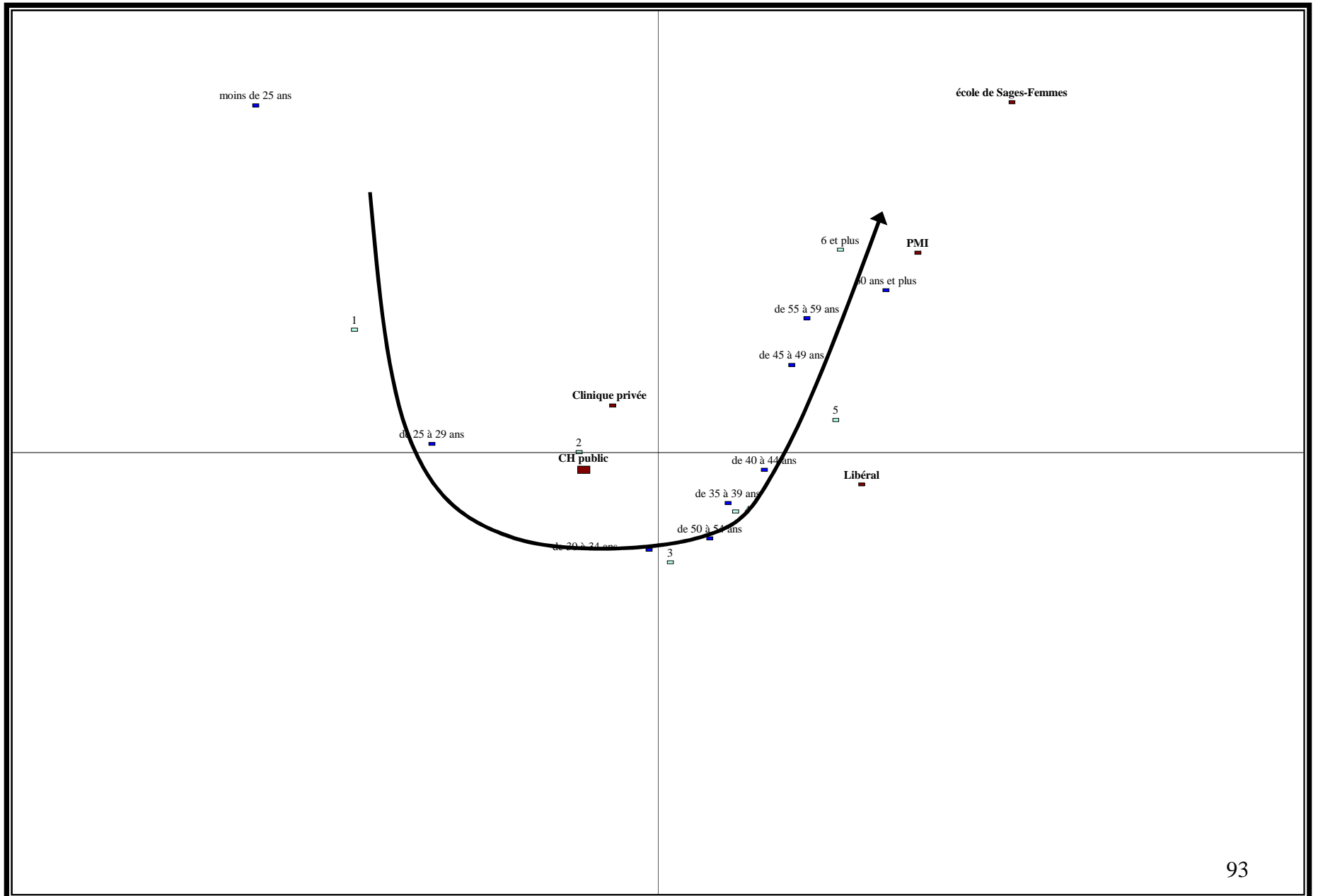
La dépendance est très significative. $\chi^2 = 64,3$, $ddl = 16$, $1-p = >99,9\%$.

Ainsi, 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, avec une nuance pour les cliniques privées qui recèlent un peu plus de sages-femmes réalisant au moins leur 5^{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 qui l'exercent aujourd'hui, plus d'un tiers y est venu après plus de 4 autres étapes professionnelles, comme s'il y avait un nécessaire cheminement dans la carrière pour envisager l'installation en libéral. Le constat est similaire pour les deux autres modes d'exercice, en PMI et en école de SF, de manière encore plus marquée.

Ces résultats laissent à penser que 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. Il y aurait donc comme un chemin à parcourir de la part de la sage-femme qui la confronterait au bout de ce nombre d'étapes à des volontés de changement de mode d'activité, celles qui n'auraient pas atteint ce nombre d'étapes étant beaucoup moins tenté par un changement d'activité.

Il demeure que ce constat doit être mis en corrélation avec l'âge de la sage-femme, car on sait que le nombre d'étapes n'est pas nécessairement lié à cet indicateur. Il se peut que ces sages-femmes de moins de 30 ans aient connu 5 étapes professionnelles ou plus encore. Pour cela, nous avons construit l'analyse factorielle décrite dans le schéma suivant :

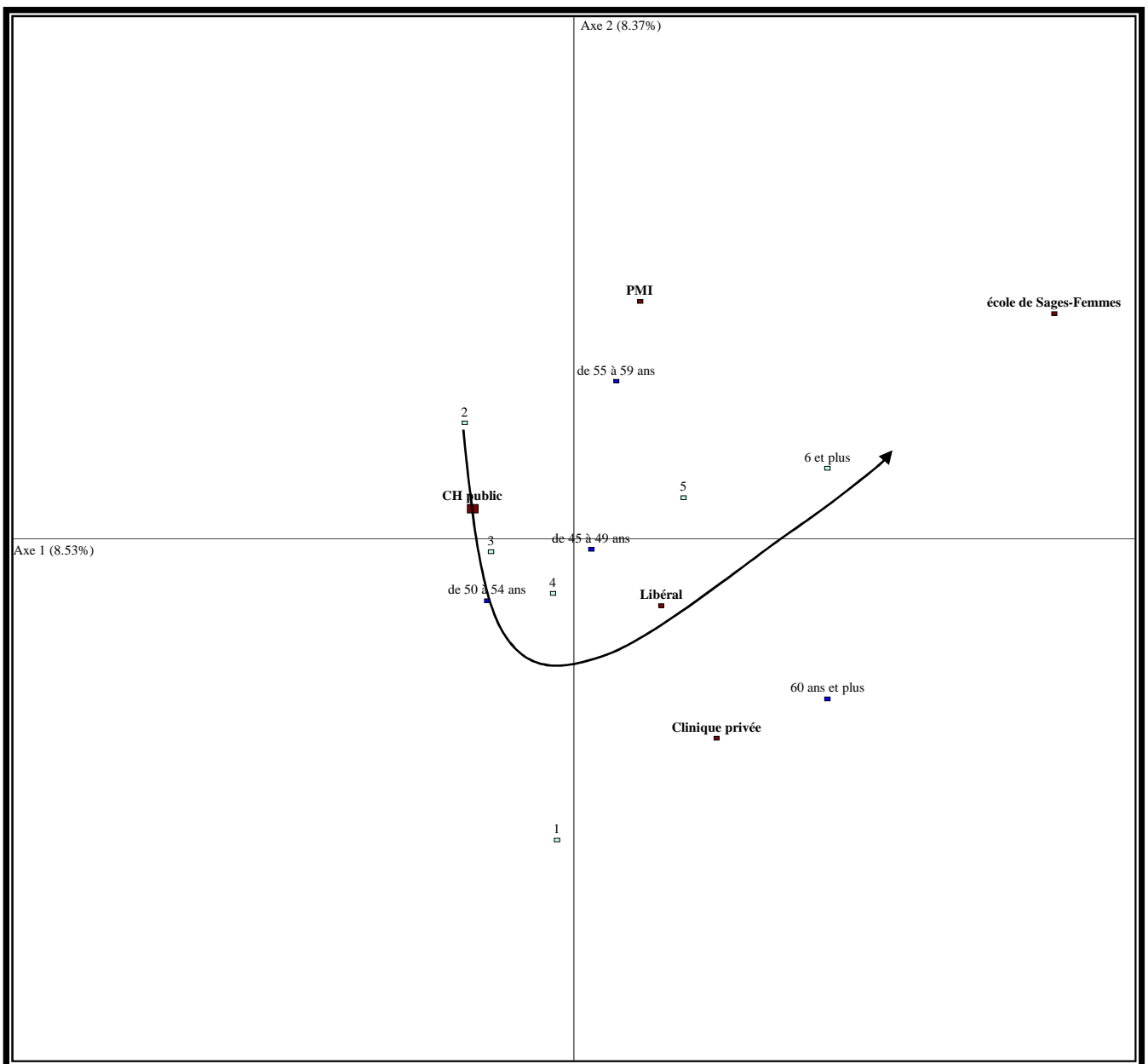
Figure 23 : Corrélation entre le mode d'activité actuel, la classe d'âge et le nombre d'étapes dans la carrière



Nous avons souligné par la courbe fléchée la dynamique qui ressort assez nettement de cette analyse factorielle. Il semble bien qu’une sorte de chemin professionnel se dessine, chemin qui mène les plus jeunes sages-femmes vers les établissements hospitaliers publics et privés, puis vers d’autres formes d’exercice professionnel pour une partie d’entre elles, notamment l’exercice libéral ou, de manière plus avancée dans l’âge, l’exercice en PMI voire en Ecole de sages-femmes. Ainsi donc émerge clairement un cheminement que l’on pourrait qualifier de « classique ».

Pour s’en assurer, il convient de restreindre le raisonnement et le même schéma aux seules sages-femmes ayant entamé de manière significative leur carrière. Nous avons opté pour la borne de 25 ans de carrière minimum qui concerne 217 sages-femmes de notre échantillon, âgées d’au moins 45 ans.

Figure 24 : Corrélation entre le mode d’activité actuel, la classe d’âge et le nombre d’étapes dans la carrière (sages-femmes > 25 ans de carrière)



Le cheminement apparaît semblable mais moins net. En effet, les parcours comportant une seule étape étant relativement rares, ils pèsent beaucoup moins sur la courbe et semblent surtout être possibles dans le cadre de l'exercice hospitalier privé. Cela conforte le constat relevé plus haut où l'on notait que les établissements privés employaient plus nettement des sages-femmes n'ayant connu qu'une seule étape professionnelle. Ils semblent donc qu'une partie non négligeable de celles-ci demeurent depuis longtemps à ce stade de leur carrière. En dehors de ce fait, la courbe qui retrace le cheminement professionnel est bien présente. Il apparaît donc que l'âge de 45-49 ans se présente comme une croisée des chemins : soit la sage-femme se maintient dans sa situation professionnelle et ne connaît pas d'autres étapes, c'est-à-dire une 4ème, 5ème étape, soit elles enclenchent des changements qui l'orientent vers une diversification professionnelle : exercice libéral, PMI, écoles de SF.

7.4. Désir de changements d'activité

Sur la question du changement d'activité, les sages-femmes interrogées sont globalement assez prudentes voire frileuses. En effet, seules 7,5 % d'entre elles (en moyenne) songent à un changement dans leur activité d'ici 5 ans.

Lorsque la volonté de changement se manifeste, elle s'interprète principalement comme un moyen de faire évoluer sa carrière, puisque pour beaucoup il s'agit de faire évoluer son statut notamment via le type de contrat de travail. Il s'agit du premier motif de changement envisagé : 58,8 % de celles qui l'évoquent ont moins de 30 ans et 60,8 % sont en CDD ou en intérim.

Tableau 91 : Les types de changements envisagés par les sages-femmes d'ici 5 ans

	oui	non	TOTAL
changement d'établissement	10,8% (84)	89,2% (691)	100% (775)
changement type de contrat	12,5% (97)	87,5% (678)	100% (775)
changement profession ré-orientation	7,9% (61)	92,1% (713)	100% (774)
changement installation libéral	7,0% (50)	93,0% (663)	100% (713)
changement activité salariée	1,1% (6)	98,9% (542)	100% (548)
changement vers activité mixte	12,4% (91)	87,6% (641)	100% (732)
changement formation cadre SF	3,7% (29)	96,3% (746)	100% (775)
changement enseignante ESF	2,8% (22)	97,2% (758)	100% (780)
Ensemble	7,5% (440)	92,5% (5432)	100% (5872)

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 139,5$, $ddl = 7$, $1-p = >99,9\%$.

Viennent ensuite les changements qui affectent le mode d'activités, comme le passage d'une activité salariée à une activité libérale ou l'inverse. Sur ce point, on constate que 12,4 % des sages-femmes songent à accéder à une activité mixte, 7 % à une installation en libéral et seulement 2,8 % exprime le souhait de devenir enseignante. Le passage vers le libéral est essentiellement le souhait de sage-femme de moins de 40 ans (68 %), pour un tiers travaillant dans des CH de niveau 3, pour 20 % dans des structures privées, 10 % dans un CH niveau 1 et 8 % dans un CH de niveau 2⁶⁷. L'évolution vers le libéral est donc plutôt une demande de sages-femmes travaillant actuellement dans des structures les plus technicisées. Le passage vers l'activité mixte attire elle des sages-femmes de différents horizons : près de la moitié

⁶⁷ Notons aussi que 20 % des répondantes à cette question sont des sages-femmes actuellement en activité mixte, donc souhaitant basculer complètement vers le libéral.

travaillent actuellement dans un Centre hospitalier (46,6 %), 24,4 % dans un CH de niveau 3, 16,7 % dans un établissement privé.

Enfin, il y a les sages-femmes qui souhaitent changer d'établissement. Les hospitalières, particulièrement celles travaillant dans des structures de niveau 3 se distinguent. 68,3 % de celles qui répondent oui à cette question viennent des centres hospitaliers publics (en légère surreprésentation par rapport au poids de ces sages-femmes dans l'échantillon total, 63,2 %) et 17,7 % viennent d'établissements privés (12,1 % pour l'échantillon). Surtout, 42,4 % travaillent dans un établissement de niveau 3, alors que ces dernières ne représentent que 30,7 % de l'échantillon, soit un écart de 12 points.

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'années. 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.

8. LES COMPETENCES MOBILISEES PAR LA SAGE-FEMME

Le rapport à la profession se construit aussi dans le lien que la sage-femme entretient avec les compétences qu'elle mobilise et l'importance relative qu'elle leur accorde. Ainsi, nous leur avons demandé de se positionner au regard de domaines de compétences aussi différents que l'aspect technique ou relationnel⁶⁸. Nous étudierons également la place accordée à des ressources en matière de compétence comme l'expérience, la polyvalence ou l'aptitude empathique envers les femmes.

Avant d'entrer plus précisément dans l'analyse, nous devons souligner combien chacun de ces aspects de la compétence semble être déterminant puisque pour la très grande majorité des sages-femmes ils sont « très importants », avec, sans surprise, une pointe à 90 % pour le contact relationnel avec la parturiente. C'est donc plus dans les cas où l'importance apparaît moindre mais pas absente que nous allons porter toute notre attention.

8.1. Compétences relationnelles et compétences techniques

Que ce soit l'une ou l'autre de ces compétences, elles sont très largement mobilisées. Néanmoins, on discerne une minorité de sages-femmes tentant de donner la primeur aux compétences relationnelles envers la parturiente.

8.1.1. La compétence technique est exigée mais discutée

Les compétences techniques mobilisées par les sages-femmes sont reconnues comme très importante pour les 2/3 des sages-femmes et sont au minimum importantes pour 95% d'entre elles. Ainsi, on peut affirmer que la compétence technique fait partie intégrante de l'environnement de travail et même qu'il s'agit là d'une exigence professionnelle.

Tableau 92 : répartition du niveau d'importance des compétences techniques

	Nb. cit.	Fréq.
non réponse	10	1,2%
sans importance	0	0,0%
peu important	26	3,2%
assez important	222	27,4%
très important	553	68,2%
TOTAL CIT.	811	100%

Ce tableau général conduit tout de même à émettre des nuances. Des écarts d'appréciation apparaissent entre celles qui exercent une activité directe autour de la naissance et particulièrement des accouchements et les autres. Globalement, l'exigence technique semble plus peser sur les sages-femmes hospitalières que celles des autres modes d'activité, particulièrement les sages-femmes de PMI (72 % de « très important » contre 58 % pour les autres modes d'activité).

⁶⁸ Cette distinction en deux ensembles de compétences, relationnelles et techniques, est assez classique parmi les professions (para)médicales et massivement exercées par des femmes (cf. A. Véga, « Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles », *Sciences Sociales et Santé*, n°3, 1997, p.103-132). Elle demeure surtout une séparation propre aux sages-femmes elles-mêmes qu'il convient d'objectiver, travail que nous n'effectuerons pas dans ce présent rapport.

Tableau 93 : L'importance de la compétence technique en fonction du mode d'activité

Compétence technique Modes d'activité	peu important	assez important	très important	TOTAL
CH public	2,6% (13)	22,7% (115)	74,8% (379)	100% (507)
Clinique privée	1,0% (1)	28,6% (28)	70,4% (69)	100% (98)
Libéral	5,2% (8)	42,2% (65)	52,6% (81)	100% (154)
PMI	11,1% (3)	33,3% (9)	55,6% (15)	100% (27)
École de Sages-femmes	8,3% (1)	33,3% (4)	58,3% (7)	100% (12)
TOTAL	3,3% (26)	27,7% (221)	69,0% (551)	100% (798)

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 36,2$, $ddl = 8$, $1-p = >99,9\%$

Des nuances significatives apparaissent aussi avec le critère de l'âge de la sage-femme. Les plus âgées, précisément celles de plus de 45 ans, plus prompts à accorder une moindre importance à la compétence technique. Il y a sans doute un lien avec les modes d'activité quand on sait que les activités qui exigent moins de compétences techniques sont aussi celles qui ont une moyenne d'âge plus élevée que l'ensemble de l'échantillon (PMI, libérales, enseignantes).

Tableau 94 : L'importance de la compétence technique en fonction de l'âge

Classes d'âge Compétence technique	Moins de 29 ans	de 30 à 39 ans	de 40 à 49 ans	de 50 à 54 ans	de 55 et plus	TOTAL
peu important	0,5% (1)	2,1% (5)	7,0% (15)	2,2% (2)	4,5% (3)	3,2% (26)
assez important	26,6% (53)	23,2% (54)	31,9% (68)	31,5% (28)	28,4% (19)	27,7% (222)
très important	72,9% (145)	74,7% (174)	61,0% (130)	66,3% (59)	67,2% (45)	69,0% (553)
TOTAL	100% (199)	100% (233)	100% (213)	100% (89)	100% (67)	100% (801)

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 22,8$, $ddl = 8$, $1-p = 99,6\%$.

Mais la valeur accordée à la compétence sépare aussi les sages-femmes comme élément d'évaluation de la mission professionnelle. Ainsi, il semble d'une partie minoritaire mais significatives des sages-femmes fasse un lien entre une trop grande place de la compétence technique et leur insatisfaction professionnelle (tableau 11). Celles qui estiment que la sage-femme joue bien son rôle actuellement sont massivement celles qui mettent particulièrement en exergue la compétence technique. À l'inverse, celles qui ne sont pas satisfaites de leur rôle minorent la compétence technique (62 %). Sans être un refus de la dimension technique du rôle professionnel, elles refusent surtout de réduire les compétences mobilisées par la sage-femme à la compétence technique.

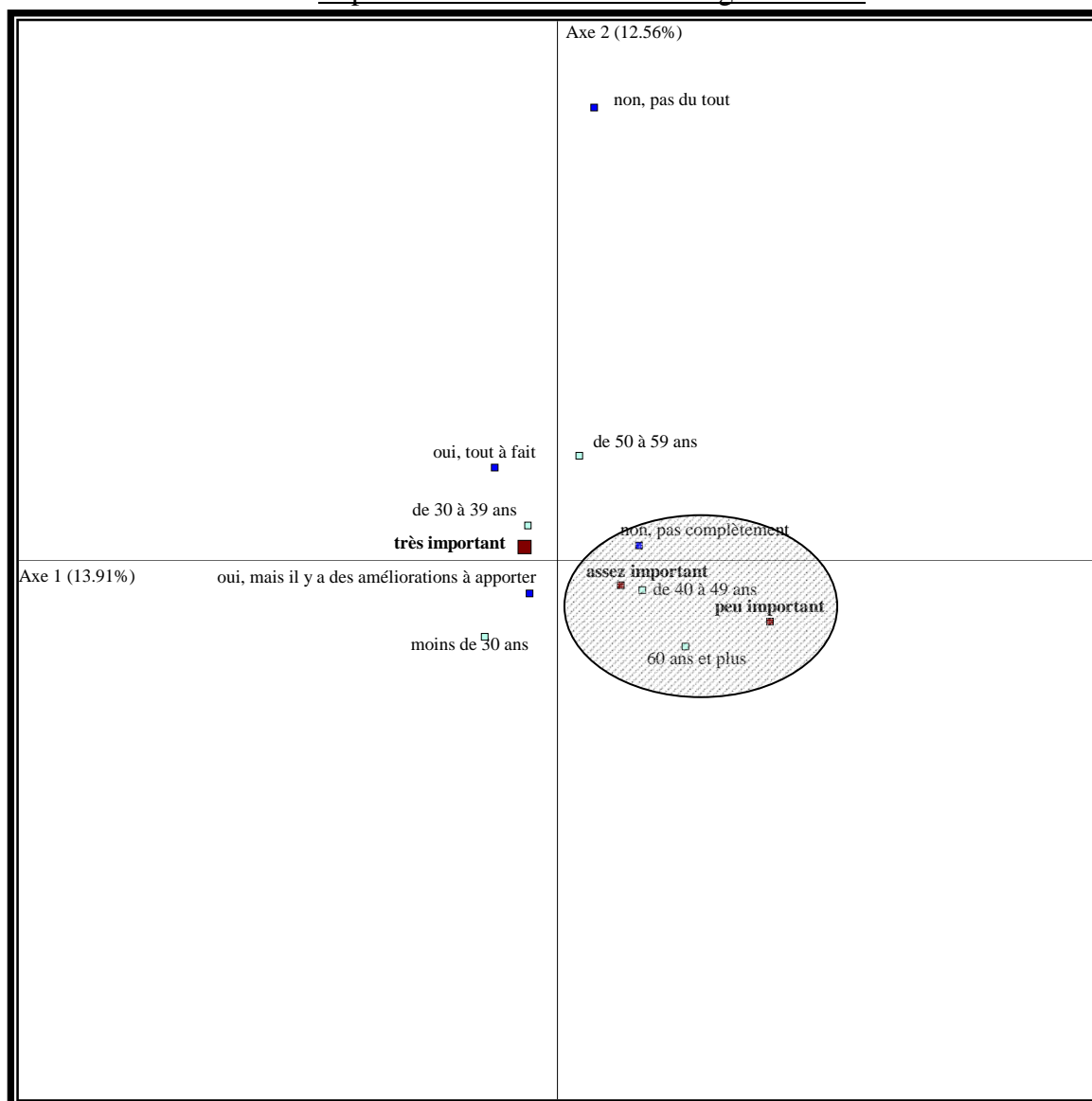
Tableau 95 : L'importance de la compétence technique en fonction de l'opinion sur le rôle actuel de la sage-femme

Satisfaction quant au rôle actuel de la sage-femme	Oui, tout à fait	non, pas complètement	oui, mais il y a des améliorations à apporter	non, pas du tout	TOTAL
peu important	2,4% (2)	4,0% (9)	3,2% (15)	0,0% (0)	3,3% (26)
assez important	12,2% (10)	33,8% (76)	27,1% (126)	27,3% (3)	27,5% (215)
très important	85,4% (70)	62,2% (140)	69,7% (324)	72,7% (8)	69,2% (542)
TOTAL	100% (82)	100% (225)	100% (465)	100% (11)	100% (783)

La dépendance est significative. $\chi^2 = 15,8$, $ddl = 6$, $1-p = 98,5\%$.

Dans le schéma qui suit, on situe assez bien (en grisé) un espace positionnement où les sages-femmes, parmi les plus âgées, combine une proximité avec à la fois une moindre importance pour la compétence technique et une moindre satisfaction quant au rôle des sages-femmes.

Figure 25 : Corrélation entre l'importance accordée aux compétences techniques, l'âge et l'opinion sur le rôle actuel des sages-femmes



8.1.2. La compétence relationnelle jugée indispensable

La référence à la compétence relationnelle envers la parturiente est quasi unanime. C'est d'ailleurs une des rares réponses où l'on atteint ce tel niveau d'unanimité (90 % de « très important »). À l'évidence, il s'agit là d'une compétence indispensable à toute sage-femme. Elle l'est d'autant plus que l'âge de la sage-femme n'a pas d'influence sur ce point.

Tableau 96 : Répartition de l'importance de la compétence relationnelle

	Nb. cit.	Fréq.
non réponse	7	0,9%
sans importance	0	0,0%
peu important	5	0,6%
assez important	70	8,6%
très important	729	89,9%
TOTAL CIT.	811	100%

Cependant, le mode d'activité n'est pas neutre dans l'évaluation que les sages-femmes font de cette compétence. Quelques nuances émergent dans cette quasi-unanimité, assez comparables aux lignes de séparations constatées pour la compétence technique. Les libérales et les sages-femmes de PMI (celles qui n'interviennent pas directement dans l'accouchement) tiennent encore plus à cette dimension relationnelle, alors qu'elle s'affaiblit quelque peu pour les sages-femmes travaillant en structure (publique et privée) où elles sont environ 10 % à ne pas choisir l'item « très important ». Surtout, les sages-femmes enseignantes soulignent moins cette évidence, chose assez intéressante lorsque l'on sait qu'elles sont au cœur de la transmission et de l'apprentissage des compétences des sages-femmes.

Tableau 97 : L'importance de la compétence relationnelle en fonction du mode d'activité

Modes d'activité Compétence relationnelle envers la parturiente	CH public	Clinique privée	Libéral	PMI	école de S-F	TOTAL
peu important	0,4% (2)	0,0% (0)	0,0% (0)	3,7% (1)	15,4% (2)	0,6% (5)
assez important	10,6% (54)	8,2% (8)	3,9% (6)	0,0% (0)	15,4% (2)	8,7% (70)
très important	89,0% (452)	91,8% (90)	96,1% (149)	96,3% (26)	69,2% (9)	90,6% (726)
TOTAL	100% (508)	100% (98)	100% (155)	100% (27)	100% (13)	100% (801)

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 62,3$, $ddl = 8$, $1-p = >99,9\%$.

Les sages-femmes n'ont donc pas les mêmes exigences envers ces deux grands axes de compétence de la profession. S'ils sont tous les deux largement essentiels même indispensables, ils permettent également de distinguer des ensembles minoritaires de sages-femmes qui minimisent soit l'une autre l'autre des compétences, voire les deux. Ainsi, au croisement de ces compétences, 4 catégories de rapports à la compétence (voire à la mission professionnelle au sens de Hughes⁶⁹) chez les sages-femmes peuvent être observées :

- celles qui jugent nécessaire de combiner les deux compétences en leur accordant un niveau d'importance évident. Il s'agit de la part la plus significative des sages-femmes (69 %). Par conséquent c'est cette attitude que l'on peut considérer comme la norme.

⁶⁹ E.C. Hughes, *Le regard sociologique*, (textes réunis par J.-M. Chapoulie, Paris, EHESS, 1996.

- celles qui accordent une faible importance aux deux compétences essentielles, technique et relationnelle. Elles sont très minoritaires (2,9 % soit 23 sages-femmes) et ne peuvent être considérées comme 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 représente une minorité non négligeable (6,5 %). Il s'agit d'un cas de figure plutôt limité où la sage-femme revendique en quelque sorte la dimension technique de son exercice professionnelle. Elles ont pour caractéristique d'être très massivement des sages-femmes travaillant 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 envers la compétence relationnelle tout en minimisant la compétence technique. Cela concerne 225 sages-femmes (28,1 %) soit une part significative de l'échantillon qui en fait groupe particulier, une sorte de minorité potentiellement active, ce qui nécessite qu'on s'y arrête plus longuement.

Tableau 98 : L'importance des compétences techniques en fonction de l'importance des compétences relationnelles avec la parturiente

importance relationnelle parturiente importance compétence technique	faible importance	très important	TOTAL
faible importance	2,9% (23)	28,1% (225)	31,0% (248)
très important	6,5% (52)	62,5% (501)	69,0% (553)
TOTAL	9,4% (75)	90,6% (726)	100% (801)

8.1.3. Une minorité active

Qui sont ces sages-femmes qui privilégient sciemment la compétence relationnelle au détriment de la compétence technique ? Quel est le sens de ce positionnement qui est loin d'être anecdotique ?

Il s'agit surtout de sages-femmes qui exercent en libéral, les hospitalières étant nettement sous-représentées dans ce groupe (62,5 % contre 75,7 % pour l'échantillon). Dans le détail, on notera tout de même que les sages-femmes travaillant en structure de niveau 1 ou en Centre Périnatal de Proximité sont bien plus présentes que leurs homologues des établissements de niveau 2 et surtout 3. C'est la preuve que l'activité exercée, notamment en termes de rapport à l'usage de technique joue un rôle déterminant dans le fait d'accorder une place particulière aux compétences relationnelles et de minimiser celles impliquant les techniques.

Tableau 99 : Les modes d'activité parmi les sages-femmes privilégiant la compétence relationnelle au détriment de celle technique

Modes d'activité	Nb. cit.	Fréq.	Nb. cit.	Fréq.	Ecart
CH public	116	51,8%	514	63,6%	- 11,8
Clinique privée	24	10,7%	98	12,1%	- 1,4
Libéral	70	31,3%	156	19,3%	+ 12
PMI	12	5,4%	27	3,3%	+ 2,1
École de S-F	2	0,9%	13	1,6%	- 0,7
TOTAL CIT.	224	100%	808	100%	

Cette minorité active est aussi celle qui utilise le moins souvent ces compétences techniques dans son exercice professionnel. Cette situation se transforme pour une partie de ces sages-

femmes en un éthos professionnel qu'elles finissent par revendiquer et qui s'exprime indirectement dans notre étude. Elles représentent plus d'un quart des sages-femmes de notre échantillon. De plus on peut constater une présence affirmée des sages-femmes de plus de 40 ans au détriment surtout de celles âgées de 30 à 39 ans.

Tableau 100 : La répartition des âges parmi les sages-femmes privilégiant la compétence relationnelle au détriment de celle technique

Classes d'âge	Nb. cit.	Fréq.	Nb. cit.	Fréq.	Ecart
moins de 30 ans	51	22,7%	201	24,8%	-2,1
de 30 à 39 ans	55	24,4%	233	28,7%	- 4,3
de 40 à 49 ans	73	32,4%	216	26,6%	+ 5,8
de 50 à 59 ans	42	18,7%	147	18,1%	+ 0,6
60 ans et plus	4	1,8%	14	1,7%	+ 0,1
TOTAL CIT.	225	100%	811	100%	

On peut donc penser qu'une partie minoritaire des sages-femmes remet en cause la prépondérance de la compétence technique sur les compétences relationnelles. Qui plus est, au vu de leur âge moyen (40,2 ans), qui n'est pas éloigné de celui de l'échantillon, voit-on se manifester un effet de génération ? Il se peut que cette minorité active qui insiste sur la spécificité de la compétence relationnelle avec la parturiente émerge aussi en réaction avec la prépondérance accordée aux solutions techniques proposées dans les grands centres hospitaliers, qui les a incité pour certaine à quitter ce type de structure (la moitié de ces sages-femmes de cette minorité (51 %) n'effectue des pas d'accouchement physiologique, alors pour l'ensemble de la l'échantillon le taux de pratique se situe à 63,5 %). Si l'on suit cette hypothèse, il s'agit bien là d'un groupe en émergence proposant un autre rapport aux compétences dans l'espace professionnel.

8.1.4. Importance du contact relationnel collègues

Sur cette question les sages-femmes ne sont pas logées à la même enseigne du simple fait de leur contexte de travail. Bien entendu, pour celles qui sont plongées dans une organisation comme un centre hospitalier, les relations aux collègues sont d'une importance plus accrue. C'est pour cette raison que l'on recueille un taux relativement important de sages-femmes libérales qui accordent peu ou pas d'importance à cette relation (9,4 %).

Au-delà de cette variation, si le contact relationnel avec les collègues est certes logiquement important, il est cependant moins marqué que celui développé avec la parturiente. Il y a plus de nuances avec 43,5 % des sages-femmes qui précisent que ce relationnel est assez important, une manière de marquer un écart entre les deux types de relations.

Tableau 101 : L'importance accordée au contact avec les collègues

Contact relationnel avec les collègues	Nb. cit.	Fréq.
non-réponse	11	1,4%
Sans importance	2	0,2%
peu important	22	2,7%
assez important	353	43,5%
très important	423	52,2%
TOTAL CIT.	811	100%

De plus ces relations professionnelles sont nettement dépendantes de l'activité exercée par la sage-femme. En effet, celles qui sont intégrées dans une relation organisationnelle de travail soulignent un peu plus cette relation, surtout si elles exercent dans le secteur public. C'est aussi le cas des sages-femmes appartenant à un réseau professionnel institué comme les sages-femmes de PMI. Ici, le contact relationnel avec les collègues est déterminant mais aussi plus compliqué à mettre en place du fait de la distance.

Tableau 102 : L'importance accordée au contact avec les collègues en fonction des modes d'activité

modos d'activité Contact relationnel avec les collègues	CH public	Clinique privée	Libéral	PMI	école de S-F	TOTAL
sans importance	0,0% (0)	0,0% (0)	0,7% (1)	0,0% (0)	7,7% (1)	0,3% (2)
peu important	1,8% (9)	0,0% (0)	8,7% (13)	0,0% (0)	0,0% (0)	2,8% (22)
assez important	42,2% (215)	46,9% (46)	47,3% (71)	44,4% (12)	61,5% (8)	44,2% (352)
très important	56,0% (285)	53,1% (52)	43,3% (65)	55,6% (15)	30,8% (4)	52,8% (421)
TOTAL	100% (509)	100% (98)	100% (150)	100% (27)	100% (13)	100% (797)

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 62,5$, $ddl = 12$, $1-p = >99,9\%$.

Les sages-femmes enseignantes ne font pas de la relation avec leurs collègues une priorité. Est-ce qu'il faut ne conclure que le travail d'équipe en Ecole de sages-femmes n'est pas primordial ? Sans pouvoir trancher sur cette question, on peut avancer en guise d'hypothèse que le rapport à la pédagogie et à l'enseignement semble plutôt appréhendé dans sa conception personnalisée. Qui plus est, on peut aussi en déduire que l'apprentissage de la profession laisse un peu de côté la question du collectif de travail ce qui suscite le questionnement lorsqu'on sait que la plupart des jeunes sages-femmes vont rapidement intégrer des organisations collectives de travail où cette dimension est cruciale.

Cette perception du contact relationnel avec les collègues est nettement corrélée avec l'âge de la sage-femme. Les moins de 30 ans semblent y accorder une très grande importance. Ceci s'explique sans doute par un souci d'intégration notamment dans les structures hospitalières, souci auquel elles sont confrontées dans leur très grande majorité. Au-delà de 40 ans, la qualité des contacts avec les collègues apparaît moins déterminante puisque sur les 22 sages-femmes qui déclarent cette relation peu importante, 14 ont plus de 40 ans. Cette tendance s'explique principalement par la plus forte présence de sages-femmes libérales ou enseignantes. Cependant, on ne peut exclure l'hypothèse qu'avec l'âge c'est l'autonomie dans le travail et l'indépendance qui sont privilégiées au détriment du travail d'équipe.

Tableau 103 : L'importance accordée au contact avec les collègues en fonction de l'âge

Classes d'âge Contact relationnel avec les collègues	Moins de 29 ans	de 30 à 39 ans	de 40 à 49 ans	de 50 à 59 ans	60 ans et plus	TOTAL
sans importance	0,0% (0)	0,0% (0)	0,5% (1)	0,7% (1)	0,0% (0)	0,3% (2)
peu important	1,5% (3)	2,2% (5)	3,8% (8)	2,8% (4)	14,3% (2)	2,8% (22)
assez important	36,5% (73)	53,7% (124)	44,3% (93)	38,6% (56)	50,0% (7)	44,1% (353)
très important	62,0% (124)	44,2% (102)	51,4% (108)	57,9% (84)	35,7% (5)	52,9% (423)
TOTAL	100% (200)	100% (231)	100% (210)	100% (145)	100% (14)	100% (800)

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 28,3$, $ddl = 12$, $1-p = 99,5\%$.

Au global, cette compétence relationnelle en direction des collègues de travail est une question qui se pose surtout pour les sages-femmes se situant dans un travail soumis à une

organisation du travail instituée et complexe. De plus, la croissance de l'âge a tendance à amenuiser cette importance.

8.2. Les autres domaines de compétence

Au-delà de l'apprentissage des compétences réalisé en école de sages-femmes, il y a plusieurs autres aspects parmi les compétences disponibles et exercées par la sage-femme. La première se base sur l'expérience acquise.

Elle concerne bien entendu a priori les sages-femmes bénéficiant d'une grande ancienneté. Ceci se vérifie aisément dans le tableau 20, où l'on s'aperçoit que pour les sages-femmes de moins de 5 ans ancienneté cette ressource est très importante à hauteur de 40 % d'entre elles. Elle le devient de manière plus manifeste pour celles qui justifient de plus de 30 ans d'expérience. Ce poids de l'expérience croît logiquement avec l'ancienneté, mais son rythme de croissance connaît une rupture significative au-delà de 20 ans d'ancienneté, puisque qu'à partir de ce niveau cet argument est mobilisé à hauteur d'au moins 2/3 des répondantes.

Tableau 104 : L'importance accordée à l'expérience en fonction de l'ancienneté

Expérience	Ancienneté	Moins de 5 ans	De 5 à 10 ans	De 10 à 15 ans	De 15 à 20 ans	De 20 à 25 ans	De 25 à 30 ans	30 ans et plus	TOTAL
peu ou pas d'importance		8,6%	4,1%	3,4%	2,7%	1,3%	0,8%	4,4%	4,0%
assez important		51,5%	52,1%	55,2%	40,0%	21,5%	32,0%	19,8%	41,0%
très important		39,9%	43,8%	41,4%	57,3%	77,2%	67,2%	75,8%	55,0%
TOTAL		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 78,3$, $ddl = 12$, $1-p = >99,9\%$.

Cependant, le recours à l'expérience comme source de compétence est plus mobilisé dans certains modes d'activité. Particulièrement, l'exercice libéral et de PMI, c'est-à-dire des activités où les sages-femmes sont assez éloignées d'une structure organisée et concentrée. Il faut aussi souligner que ce sont aussi les mêmes qui ont insisté sur l'importance de la compétence relationnelle avec la parturiente.

Tableau 105 : L'importance accordée à l'expérience en fonction du mode d'activité

Expérience	modes d'activité	CH public	Clinique privée	Libéral	PMI	école de S-F	TOTAL
pas ou peu d'importance		4,3% (22)	3,1% (3)	3,9% (6)	0,0% (0)	7,7% (1)	4,0% (32)
assez important		42,7% (217)	56,7% (55)	28,6% (44)	25,9% (7)	38,5% (5)	41,1% (328)
très important		53,0% (269)	40,2% (39)	67,5% (104)	74,1% (20)	53,8% (7)	54,9% (439)
TOTAL		100% (508)	100% (97)	100% (154)	100% (27)	100% (13)	100% (799)

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 25,8$, $ddl = 8$, $1-p = 99,9\%$.

Une autre forme de compétence réside dans l'aptitude à la polyvalence. Elle est sans doute celle la moins fédératrice. Seule ma moitié des sages-femmes répondant à la question y accorde une grande importance. Plus de 5% juge qu'elle a une faible importance voire qu'elle n'en a aucune.

Tableau 106 : L'importance de la polyvalence comme source de compétence

polyvalence	Nb. cit.	Fréq.
sans importance	7	0,9%
peu important	37	4,7%
assez important	350	44,1%
très important	400	50,4%
TOTAL CIT.	794	100%

Dans ce domaine, on relève également une forte variation en fonction de la situation professionnelle. En effet, celles les plus attachées à la polyvalence sont aussi celles qui peuvent la mettre en œuvre concrètement, c'est-à-dire les hospitalières du secteur public, surtout celles travaillant dans des structures de niveau 1 (68,2 % la jugent très importante). Toutes les autres ne marquent pas un tel attachement. Les enseignantes jugent même cette compétence comme très importante seulement à hauteur de 16,7 %⁷⁰. Tout cela nous conduit à placer cette source de compétence comme secondaire notamment au regard du relationnel et de la dimension technique.

Tableau 107 : L'importance de la polyvalence comme source de compétence en fonction du mode d'activité

modes d'activité Polyvalence	CH public	Clinique privée	Libéral	PMI	école de SF	TOTAL
sans importance	1,0% (5)	0,0% (0)	1,3% (2)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,9% (7)
peu important	4,0% (20)	4,1% (4)	5,3% (8)	11,5% (3)	8,3% (1)	4,6% (36)
assez important	39,9% (202)	59,8% (58)	46,7% (70)	42,3% (11)	75,0% (9)	44,2% (350)
très important	55,1% (279)	36,1% (35)	46,7% (70)	46,2% (12)	16,7% (2)	50,3% (398)
TOTAL	100% (506)	100% (97)	100% (150)	100% (26)	100% (12)	100% (791)

La dépendance est significative. $\chi^2 = 25,1$, $ddl = 12$, $1-p = 98,5\%$.

Logiquement cette analyse se retrouve dans la distinction entre fonction de l'âge, les plus jeunes, qui sont aussi plus souvent des hospitalières du secteur public, sont celles qui jugent plus prioritaire l'exercice de cette compétence.

La polyvalence est en fin de compte plutôt une compétence de jeunes sages-femmes travaillant dans des structures hospitalières où se réalisent de nombreux actes et missions liés à la naissance. Elle correspond sans doute à la volonté chez certaines de réaliser de multiples missions et d'être capables de les mener à bien. C'est donc plus une compétence induite par les conditions d'exercice de l'activité qu'une exigence professionnelle.

⁷⁰ Notons tout de même que la faiblesse des effectifs doit conduire à relativiser le constat.

Tableau 108 : L'importance de la polyvalence comme source de compétence en fonction de l'âge

Classes d'âge Polyvalence	moins de 29 ans	de 30 à 39 ans	de 40 à 49 ans	de 50 à 59 ans	60 ans et plus	TOTAL
sans importance	0,0% (0)	0,9% (2)	1,9% (4)	0,7% (1)	0,0% (0)	0,9% (7)
peu important	1,0% (2)	3,0% (7)	8,1% (17)	7,0% (10)	8,3% (1)	4,7% (37)
assez important	47,0% (93)	45,3% (105)	39,2% (82)	44,1% (63)	58,3% (7)	44,1% (350)
très important	52,0% (103)	50,9% (118)	50,7% (106)	48,3% (69)	33,3% (4)	50,4% (400)
TOTAL	100% (198)	100% (232)	100% (209)	100% (143)	100% (12)	100% (794)

La dépendance est significative. $\chi^2 = 21,9$, $ddl = 12$, $1-p = 96,2\%$.

La dernière forme de compétence est sans doute celles la plus souvent mobilisée : l'empathie envers les femmes et au premier chef la parturiente. Nous abordons celle-ci au travers des réponses fournies par les sages-femmes à la question de l'importance accordée à la capacité à comprendre les femmes.

Cette compétence que l'on peut qualifier de « compétence de genre »⁷¹ devrait être mobilisée par celles qui ont une vocation pour cette profession ou bien celles qui recherche à exercer une profession de femmes. Ces dernières sont certes surreprésentées (76,3 % contre 69,1 % en moyenne), mais celles qui ont déclaré leur vocation n'ont pas plus de propension à juger cette compétence comme très importante que la moyenne de celles qui répondent à cette question. Ceci s'explique sans doute parce que la profession touche à la fois à la compréhension de la femme mais aussi celle de la parturiente et du nouveau-né.

Il se trouve que cette « compétence de genre » est mobilisée plus souvent par des sages-femmes déclarant avoir le sentiment de ne pas remplir leur rôle professionnel (en partie ou complètement) (tableau 25). Cette surreprésentation (environ 10 points) révèle, comme nous l'avions déjà vu plus haut pour les compétences relationnelles et techniques, une minorité de sages-femmes pour lesquelles cette compétence typiquement féminine n'est pas assez mobilisée et/ou mobilisable, tant et si bien qu'elles n'ont pas le sentiment de jouer complètement leur rôle.

Tableau 109 : L'importance de la compréhension des femmes comme compétence en fonction de l'opinion sur le rôle de la sage-femme

Satisfaction quant au rôle actuel de la sage-femme capacité à comprendre les femmes	oui, tout à fait	non, pas complètement	oui, mais il y a des améliorations à apporter	non, pas du tout	TOTAL
sans importance	0,0% (0)	0,4% (1)	0,6% (3)	9,1% (1)	0,6% (5)
peu important	1,2% (1)	2,7% (6)	3,0% (14)	9,1% (1)	2,8% (22)
assez important	30,5% (25)	17,5% (39)	30,2% (141)	0,0% (0)	26,2% (205)
très important	68,3% (56)	79,4% (177)	66,2% (309)	81,8% (9)	70,4% (551)
TOTAL	100% (82)	100% (223)	100% (467)	100% (11)	100% (783)

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 32,1$, $ddl = 9$, $1-p = >99,9\%$.

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 sage-femme constituée de celles qui travaillent en PMI et installées en libéral insistent plus sur la dimension relationnelle comme compétence tout en l'inscrivant comme une compétence qui

⁷¹ F.-X. Schweyer, « La profession de sage-femme : autonomie au travail et corporatisme protectionniste » *Sciences sociales et sociétés*, n°3, 1996, p.67-100.

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.

Mais la compétence de la sage-femme ne se perçoit pas de la même manière selon son âge. Encore une fois, on constate une distinction s'opère autour de l'âge 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 intervient, les sages-femmes justifiant plus leur action à l'aide des compétences relationnelles envers la parturiente, l'expérience qu'elles possèdent alors et la compétence de genre.

Cependant, ce modèle dépend-il de l'âge ou bien de la génération ? En effet, nous avons recueilli une opinion parmi les sages-femmes bénéficiant d'une certaine ancienneté, 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 femme⁷². Or, ces reproches ne sont-ils pas explicables parce que ces sages-femmes ne se situent pas dans les mêmes « âges » de la vie professionnelle ou bien parce qu'elles appartiennent à des 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 donnent moins de place au développement de compétence relationnelle⁷³. Cependant celle des « âges de la vie professionnelle » n'est pas dénuée de tout intérêt dans le sens où l'expérience ne peut s'acquérir qu'avec les années d'exercice et surtout de la diversification professionnelle s'enclenche principalement à partir de 40 à 45 ans, moment où l'expérience est réelle et indubitable. Ainsi, la distinction générationnelle, observée notamment au travers d'un nouveau rapport à la formation⁷⁴, n'est pas une explication constamment mobilisable et surtout unique.

⁷² Cela rejoint le modèle proposé par Béatrice Jacques (*Sociologie de l'accouchement*, PUF, 2007), qui distingue la sage-femme « technicienne » et la « relationnelle ». Cependant, l'auteur ne fait pas état d'une distinction générationnelle sur ce point.

⁷³ Les modalités de travail dans les grandes structures de naissance comme les Centres Hospitaliers de niveau 3, donnent lieu de plus en plus à la production de « protocoles » qui enserrant le travail des sages-femmes dans des normes laissant peu de place et temps à l'expression d'une compétence relationnelle. D. Carricaburu, « De la gestion technique du risque à celle du travail : l'accouchement en hôpital public », *Sociologie du Travail*, n°2, 2005, p. 245-262.

⁷⁴ Voir point 4.

9. LES RAPPORTS AVEC LES AUTRES PROFESSIONS DE LA NAISSANCE : UN PROBLEME DE HIERARCHIE

Comment se situent les sages-femmes dans leur environnement professionnel ? Comment se positionnent-elles par rapport aux autres professionnels de la naissance ? C'est toute la question de la position hiérarchique des sages-femmes par rapport aux autres professions intervenant dans la naissance qui est en cause.

Au premier chef, il y a bien entendu les liens développés avec les gynécologues-obstétriciens. Or, dans ce domaine, les sages-femmes privilégient la relation d'aide et de coopération : plus de la moitié d'entre elles déclarent se situer dans cette relation.

Tableau 110 : Les relations avec les gynécologues-obstétriciens

	Nb. cit.	Fréq.
non réponse	44	5,4%
je les aide dans leurs actions	447	55,1%
je leur donne des conseils	27	3,3%
je les aide à prendre des décisions	190	23,4%
j'interviens peu ou pas aux côtés des gynécologues-obstétriciens	103	12,7%
TOTAL CIT.	811	100%

Cependant, si on restreint le raisonnement à celles qui sont potentiellement dans une relation de travail quotidien avec les obstétriciens (sages-femmes travaillant en Centre Hospitalier public et en clinique), on obtient un taux de 61,6 % de relation coopérative, contre 3,5 % de relation de conseil et surtout 29 % d'aide à la prise de décision. Or, ce dernier item marque une relation plus indépendante de la part de la sage-femme envers l'obstétricien.

Tableau 111 : Les relations avec les gynécologues-obstétriciens en fonction du mode d'activité

Relations avec les gynécologues-obstétriciens modes d'activité	Je les aide dans leurs actions	Je leur donne des conseils	Je les aide à prendre des décisions	J'interviens peu ou pas aux côtés des G.-O	TOTAL
CH public	58,1% (286)	3,5% (17)	32,3% (159)	6,1% (30)	100% (492)
Clinique privée	79,2% (76)	4,2% (4)	12,5% (12)	4,2% (4)	100% (96)
Libéral	52,4% (75)	2,8% (4)	9,8% (14)	35,0% (50)	100% (143)
PMI	37,5% (9)	4,2% (1)	4,2% (1)	54,2% (13)	100% (24)
École de Sages-femmes	11,1% (1)	0,0% (0)	33,3% (3)	55,6% (5)	100% (9)
TOTAL	58,5% (447)	3,4% (26)	24,7% (189)	13,4% (102)	100% (764)

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 165,8$, $ddl = 12$, $1-p = >99,9\%$.

Néanmoins, on constate des écarts notables au sein même de cette population. En effet, les situations où la sage-femme se sent en position de prise de décision (preuve d'une forme d'autonomie consciente voire revendiquée dans le travail) sont très variables selon les structures fréquentées. Ainsi, l'aide à la prise de décision n'est que de 12,5 % pour les sages-femmes salariées des cliniques alors qu'elles sont 34,4 % à l'envisager de cette manière parmi les hospitalières travaillant dans le secteur public. Le taux grimpe même à 35,2 % pour les

sages-femmes exerçant dans les Centres Hospitaliers de niveau 2. Par contre, la relation de conseil, où la sage-femme se positionne au minimum d'égal à égal avec l'obstétricien voire dans une position dominante, n'est pas aussi dépendante du mode d'exercice, sans doute parce que ce mode relationnel se construit à partir d'une volonté personnelle d'indépendance, isolément du contexte.

L'âge croissant, les sages-femmes ont non seulement tendance à être moins présentes auprès des obstétriciens, mais aussi, ce qui va dans le même sens, moins dans une relation d'aide envers eux.

Tableau 112 : Les relations avec les gynécologues-obstétriciens en fonction de l'âge

Classes d'âge relations gynécologues-obstétriciens	moins de 29 ans	de 30 à 39 ans	de 40 à 49 ans	50 ans et plus	TOTAL
je les aide dans leurs actions	67,2% (131)	58,6% (129)	56,4% (115)	48,6% (72)	58,3% (447)
je leur donne des conseils	2,6% (5)	3,2% (7)	4,4% (9)	4,1% (6)	3,5% (27)
je les aide à prendre des décisions	27,7% (54)	28,2% (62)	18,6% (38)	24,3% (36)	24,8% (190)
j'interviens peu ou pas aux côtés des G.-O.	2,6% (5)	10,0% (22)	20,6% (42)	23,0% (34)	13,4% (103)
TOTAL	100% (195)	100% (220)	100% (204)	100% (148)	100% (767)

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 56,1$, $ddl = 12$, $1-p = >99,9\%$.

A priori, les plus jeunes sages-femmes sont plus promptes à l'accompagnement dans la décision. Cependant, si l'on restreint l'analyse aux seules sages-femmes qui travaillent actuellement avec les gynécologues-obstétriciens (tableau 29), on s'aperçoit que cette relation d'aide est relativement constante, ce qui signifie que la baisse globale observée dans le temps s'explique essentiellement par le fait qu'une partie des sages-femmes n'a pas ou peu de contacts professionnel avec les gynécologues-obstétriciens.

Tableau 113 : Les relations effectives avec les gynécologues-obstétriciens en fonction de l'âge

Classes d'âge relations gynécologues-obstétriciens	moins de 29 ans	de 30 à 39 ans	de 40 à 49 ans	50 ans et plus	TOTAL
je les aide dans leurs actions	68,9% (131)	65,2% (129)	71,0% (115)	63,2% (72)	67,3% (447)
je leur donne des conseils	2,6% (5)	3,5% (7)	5,6% (9)	5,3% (6)	4,1% (27)
je les aide à prendre des décisions	28,4% (54)	31,3% (62)	23,5% (38)	31,6% (36)	28,6% (190)
TOTAL	100% (190)	100% (198)	100% (162)	100% (114)	100% (664)

La dépendance n'est pas significative. $\chi^2 = 5,6$, $ddl = 6$, $1-p = 52,8\%$.

L'attitude très indépendante (« je leur donne des conseils ») a tendance à s'accroître avec l'âge, même si la proportion de sages-femmes qui adoptent une telle position est dans l'absolu faible et relève d'une attitude minoritaire. Il semble toutefois que l'expérience acquise fournit à cette minorité de sage-femme une plus grande capacité à se positionner de cette manière.

La seconde profession intervenant directement dans l'espace professionnel où se trouvent les sages-femmes rassemble les puéricultrices. Attachées spécifiquement aux soins envers le bébé, il se trouve que dans certains cas, les sages-femmes endossent des missions qui leur sont attribuées. De ce fait, il peut exister des configurations donnant lieu à des ajustements, plus ou moins bien régulés en termes de tâches professionnelles, entre les deux ensembles professionnels.

Le travail significatif avec les puéricultrices ne concerne qu'une minorité de sages-femmes (37,9 %). On constate un peu plus de relations de conseil envers les puéricultrices (5,6 % de

celles qui répondent à la question), mais sur ce point, les écarts avec les gynécologues-obstétriciens sont faibles, notamment en termes d'effectif (27 contre 37). De ce fait on ne perçoit pas de réel positionnement hiérarchique revendiqué envers les puéricultrices alors que le niveau de connaissances et de responsabilité pourrait entraîner ce type de rapport.

Tableau 114 : Les relations avec les puéricultrices

	Nb. cit.	Fréq.
Je les aide dans leurs actions	194	29,1%
Je leur donne des conseils	37	5,6%
Je les aide à prendre des décisions	76	11,4%
j'interviens peu ou pas aux côtés des puéricultrices	359	53,9%
TOTAL CIT.	666	100%

L'absence de relation hiérarchique avec les puéricultrices est valable particulièrement dans le cas des sages-femmes de PMI, puisque ces dernières, de par leur organisation du travail, sont amenées à collaborer très régulièrement avec elles. Or, elles se positionnent nettement de manière égalitaire (74 % « d'aide dans leurs actions ») et optent finalement assez peu pour la délivrance de conseils, et ce, de manière moins fréquente que la moyenne des sages-femmes répondantes. Ainsi, si le mode d'activité joue sur la relation développée avec les puéricultrices, ce n'est pas pour autant que les sages-femmes affirment une position hiérarchique particulière et supérieure à celles-ci (tableau 115).

Tableau 115 : Les relations avec les puéricultrices en fonction des modes d'activité

relations avec les puéricultrices modes d'activité	Peu ou pas de relations avec les puéricultrices	je les aide dans leurs actions	je leur donne des conseils	je les aide à prendre des décisions	TOTAL
CH public	60,5% (311)	24,3% (125)	4,7% (24)	10,5% (54)	100% (514)
Clinique privée	57,1% (56)	24,5% (24)	7,1% (7)	11,2% (11)	100% (98)
Libéral	75,0% (117)	16,7% (26)	2,6% (4)	5,8% (9)	100% (156)
PMI	14,8% (4)	74,1% (20)	3,7% (1)	7,4% (2)	100% (27)
École de Sages-femmes	92,3% (12)	0,0% (0)	0,0% (0)	7,7% (1)	100% (13)
TOTAL	61,9% (500)	24,1% (195)	4,5% (36)	9,5% (77)	100% (808)

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 57,9$, $ddl = 12$, $1-p = >99,9\%$.

Les pédiatres sont aussi des médecins intervenants dans la naissance. Même s'ils interviennent principalement en aval de l'accouchement, les sages-femmes collaborent régulièrement avec eux. Mais cela concerne essentiellement celles travaillant en Etablissements Hospitaliers, puisque 43,4 % des sages-femmes qui répondent interviennent peu ou pas auprès d'eux (tableau 32). Cette relation professionnelle est essentiellement le fait des hospitalières (86,3 %). Cependant, à l'intérieur de cet ensemble, celles qui exercent en clinique semblent avoir plus de latitude pour donner des conseils aux pédiatres, d'autant qu'elles sont le plus souvent enclines à un travail en commun avec les pédiatres (69,3 % contre 56,6 % pour les sages-femmes hospitalières du secteur public). Sachant qu'il s'agit d'un espace de travail où la distinction hiérarchique entre les professions est marquée, cela démontre que paradoxalement, cette situation peut parfois être renversée et devenir un espace où elles peuvent revendiquer une position hiérarchique valorisante.

Tableau 116 : Les relations avec les pédiatres

	Nb. cit.	Fréq.
je les aide à prendre des décisions	57	7,7%
je leur donne des conseils	13	1,8%
je les aide dans leurs actions	348	47,2%
j'interviens peu ou pas aux côtés des pédiatres	320	43,4%
TOTAL CIT.	738	100%

Tableau 117 : Les relations avec les pédiatres en fonction du mode d'activité

relations avec les pédiatres modes d'activité	Peu ou pas de relations avec les pédiatres	je les aide à prendre des décisions	je leur donne des conseils	je les aide dans leurs actions	TOTAL
CH public	43,4% (223)	7,6% (39)	0,8% (4)	48,2% (248)	100% (514)
Clinique privée	30,6% (30)	7,1% (7)	6,1% (6)	56,1% (55)	100% (98)
Libéral	70,5% (110)	5,1% (8)	1,3% (2)	23,1% (36)	100% (156)
PMI	74,1% (20)	3,7% (1)	0,0% (0)	22,2% (6)	100% (27)
École de Sages-femmes	69,2% (9)	7,7% (1)	7,7% (1)	15,4% (2)	100% (13)
TOTAL	48,5% (392)	6,9% (56)	1,6% (13)	42,9% (347)	100% (808)

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 75,9$, $ddl = 12$, $1-p = >99,9\%$.

Un constat s'impose : les sages-femmes mobilisent assez peu la relation hiérarchique, tant pour les professions dont elles sont dépendantes que celles qu'elles dominent symboliquement, notamment dans la hiérarchie des professions hospitalières. Cela se résume dans une sorte de négation de la relation hiérarchique. L'idée d'une collaboration n'est pas nécessairement un atout dans l'espace organisationnelle hospitalier, notamment public. Cette négation peut se révéler contreproductive pour l'indépendance des sages-femmes, puisqu'elles sont assez peu à revendiquer une position de supériorité (via la notion de conseil) face aux autres professionnels de la naissance. Ce décalage (culturel ?) par rapport à la notion de hiérarchie n'est pas sans conséquence parce qu'au final cela peut être un élément qui joue contre la reconnaissance de la profession de sage-femme.

10. LA PRESENCE DES HOMMES SAGES-FEMMES

La présence des hommes dans profession est récente ; les premiers diplômés sortent des écoles de sages-femmes en 1985. Comment les sages-femmes perçoivent-elles cette évolution ? Comment envisagent-elles les motivations de ces hommes ?

La problématique masculine fait ressurgir des aspects fondamentaux de la profession, comme la difficulté à l'envisager comme une profession en tant que telle, plus ou moins détachée de son rapport au genre féminin, mais aussi comme une profession digne d'attirer des hommes. Ainsi, c'est bien indirectement la reconnaissance de la profession qui est en jeu au travers du positionnement sur la présence des hommes sages-femmes

Dans un premier temps, nous avons tenté d'évaluer leur connaissance du phénomène « hommes sages-femmes » pour ensuite voir comment les sages-femmes jugent leur intégration, ce qui nous renseigne sur l'accueil qu'elles leur réservent.

10.1. Travailler avec un homme sage-femme

Tableau 118 : La fréquentation d'un homme sage-femme dans le travail

	Nb. cit.	Fréq.
non réponse	7	0,9%
oui	619	76,3%
non	185	22,8%
TOTAL CIT.	811	100%

La grande majorité des sages-femmes interrogées a travaillé avec un ou plusieurs hommes sages-femmes. Cela signifie que leur présence n'est pas du tout marginale même si leur nombre est très faible (1,8 %⁷⁵). Cependant cette fréquentation est se révèle différente selon le mode d'exercice. En effet, si l'on met de côté le fait qu'une sage-femme peut avoir changé de mode d'activité, les hospitalières sont celles qui sont le plus confrontées au travail avec un collègue masculin, qui plus les celles travaillant dans les Centres Hospitaliers publics (84,5 %) alors que celles exerçant en PMI sont mêmes minoritaires (48,1 %) à avoir eu cette expérience. Ceci s'explique sans doute par le fait que ces hommes sont aussi des étudiants ou des jeunes sages-femmes qui suivent la voie de formation passant par l'exercice hospitalier ; ils sont donc plus « visibles » dans ces espaces de travail⁷⁶.

Tableau 119 : La fréquentation d'un homme sage-femme dans le travail en fonction du mode d'activité actuel

modes d'activité travail avec un homme SF	CH public	Clinique privée	Libéral	PMI	école de S-F	TOTAL
oui	84,8% (431)	73,2% (71)	61,5% (96)	48,1% (13)	61,5% (8)	77,3% (619)
non	15,2% (77)	26,8% (26)	38,5% (60)	51,9% (14)	38,5% (5)	22,7% (182)
TOTAL	100% (508)	100% (97)	100% (156)	100% (27)	100% (13)	100% (801)

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 54,4$, $ddl = 4$, $1-p = >99,9\%$.

Du point de vue des âges, les plus jeunes sages-femmes croisent plus souvent des hommes sages-femmes. Celles qui ont moins de 30 ans sont 96 % à avoir travaillé avec un ou plusieurs hommes

⁷⁵ Daniel Sicart, *Les professions de santé au 1^{er} janvier 2010*, Série Statistiques, n° 144, DRESS, mai 2010.

⁷⁶ A l'heure actuelle et selon les chiffres de la DRESS (D. Sicart, *op. cit.*) 82,6% des hommes sages-femmes travaillent en centres hospitaliers (publics et privés).

sages-femmes. Parmi les plus de 60 ans elles ne sont plus que 35,7 %. Ceci reste une exception puisque pour les générations précédentes les sages-femmes ayant croisé professionnellement un homme sage-femme sont au minimum 2 sur 3. Ainsi, on peut affirmer que l'expérience de travail avec un collègue masculin se rapproche de la banalité.

10.2. Connait-on les hommes sages-femmes ?

Il est acquis que les sages-femmes contemporaines côtoient des collègues masculins. Cependant quel est leur niveau de connaissance du phénomène « homme sage-femme » ? Autrement dit, prennent-elles la pleine mesure de cette évolution ? Nous avons proposé trois indicateurs de cette connaissance ; d'une part la date d'autorisation d'exercice de cette profession pour les hommes (par conséquent le début de leur présence) ; d'autre part leur nombre actuel ; enfin, leur dénomination.

10.2.1. Un phénomène identifié en fonction de la génération de la sage-femme

Concernant le premier indicateur, un peu moins des 2/3 des sages-femmes identifient correctement le commencement de la présence des hommes. Le tiers restant se répartit en deux positions : soit la sage-femme a tendance à juger le phénomène comme plus récent (18,8 %) soit au contraire comme très anciens (3,5 %) ou bien même qu'il n'a pas connu de véritable commencement, les hommes ayant toujours pu exercer cette profession (14,2 %). Or, ces sages-femmes se répartissent assez équitablement entre celles qui le juge comme étant acquis depuis très longtemps (17,7 %) et celles qui l'envisagent comme un phénomène résolument contemporain (18,8 %).

Tableau 120 : Evaluation de la période d'autorisation d'exercer la profession pour un homme en France

	Nb. cit.	Fréq.
depuis toujours	109	14,2%
50 ans environ	27	3,5%
depuis 25 ans	487	63,5%
depuis 10 ans	135	17,6%
depuis moins de 5 ans	9	1,2%
TOTAL CIT.	767	100%

Sur ce point, un effet de génération se manifeste. Parmi les sages-femmes qui jugent que l'autorisation d'exercer pour les hommes est soit très ancienne, soit qu'elle a toujours existé, la surreprésentation des sages-femmes de moins de 40 ans est nette (tableau 37). Plus la sage-femme qui répond à la question est âgée, moins elle aura tendance à placer cette autorisation dans une période lointaine et à y voir un phénomène contemporain. À l'inverse, plus les sages-femmes sont jeunes, plus elles auront tendance à penser que l'autorisation d'exercer pour les hommes est acquise depuis longtemps : un quart des moins de 30 ans juge que cette autorisation est intervenue il y a plus de 25 ans.

Ceci s'explique sans doute par un effet de génération : l'éloignement générationnel de l'année d'ouverture à l'exercice masculin (1982) rend la détermination de cet événement plus floue. Ainsi il est logique que les plus jeunes sages-femmes perçoivent ce phénomène comme ancien puisqu'elles sont entrées dans la profession alors que les hommes sages-femmes existaient déjà. Les générations plus anciennes de sages-femmes, plus éloigné du temps de leur étude, exerçant moins dans les structures où vont venir les hommes, sont parfois en décalage et découvrent la

présence de ces hommes alors qu'ils sont en place depuis assez longtemps. La génération des 40/49 ans, celle qui a connu concrètement l'ouverture aux hommes de la profession est celle qui se « trompe » le moins : 71,4 % des sages-femmes diplômées entre 1985 et 1990 ont identifié que la date d'autorisation remontait à 25 ans alors qu'elles ne sont par exemple que 47,5 % pour celles diplômées en 1975 et 1979.

Tableau 121 : L'évaluation de la période d'autorisation d'exercer la profession pour un homme en France et l'âge

Classes d'âge autorisation HSF	moins de 29 ans	de 30 à 39 ans	de 40 à 49 ans	de 50 à 59 ans	60 ans et plus	TOTAL
antérieur	25,7% (49)	23,4% (52)	12,9% (26)	6,5% (9)	0,0% (0)	17,7% (136)
depuis 25 ans	64,4% (123)	67,1% (149)	67,8% (137)	51,1% (71)	53,8% (7)	63,5% (487)
postérieur	9,9% (19)	9,5% (21)	19,3% (39)	42,4% (59)	46,2% (6)	18,8% (144)
TOTAL	100% (191)	100% (222)	100% (202)	100% (139)	100% (13)	100% (767)

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 95,3$, $ddl = 8$, $1-p = >99,9\%$.

10.2.2. Une sous-évaluation du nombre d'hommes sages-femmes

Pour ce qui est du nombre d'hommes sages-femmes, information plus difficile dans l'absolu à connaître, les sages-femmes se répartissent logiquement de manière plus éclatée. Ainsi, seules 12,1 % des répondantes connaissent leur bon effectif, qui est de 345 en 2010⁷⁷. Surtout elles sont majoritaires à juger que les hommes sages-femmes sont au mieux 200 sur toute la France (57,3 %) mais seulement 10,5 % à évaluer le nombre d'hommes sages-femmes au-dessus de leur effectifs réel.

Tableau 122 : Evaluation de nombre d'hommes sages-femmes en France

	Nb. cit.	Fréq.
non réponse	41	5,1%
moins de 50	43	5,3%
de 50 à 100	195	24,0%
de 100 à 200	203	25,0%
de 200 à 300	150	18,5%
de 300 à 400	98	12,1%
plus de 400	81	10,0%
TOTAL CIT.	811	100%

On assiste donc plutôt à une sous-évaluation du nombre d'hommes sage-femme, ce qui dénote une difficulté à estimer l'ampleur du phénomène, voire à le connaître. Ceci conduit les sages-femmes à minimiser leur présence, attitude qui peut donner lieu à deux formes d'interprétations. Soit, il faut y voir une forme au mieux de désintéret ou au pire de rejet de la présence masculine dans la profession, soit on l'interprète comme le signe qu'au contraire, ne considérant pas la présence des hommes comme un problème, peu importe aux sages-femmes de chiffrer leur effectif. De ce fait, cette sous-estimation peut être autant compris comme un manque d'intégration de la part des sages-femmes (femmes) que l'inverse, à savoir le signe d'un accueil positif réservé aux hommes sages-femmes.

⁷⁷ D. Sicart, *op.cit.*

10.2.3. Absence d'une réelle volonté de distinguer les hommes par leur dénomination

Dans nos précédentes recherches, nous n'avons pas relevé de réelle revendication pour une dénomination distinguée pour les hommes sage-femme⁷⁸. Les réponses à la question sur cette dénomination nous conduisent à confirmer cette attitude de la part des femmes sages-femmes. En effet, les réponses fournies ne traduisent pas l'émergence d'une logique de distinction entre les praticiens hommes et femmes. En effet, 73,1 % des répondantes choisissent des items où le terme de sage-femme est attribué à l'homme. Les items qui dénotent une séparation nette entre le praticien masculin et féminin sont très éclatés : seul le maïeuticien semble pouvoir devenir une dénomination pour les hommes, dénomination qui est parfois utilisée par les institutions du marché du travail comme les agences d'intérim.

Tableau 123 : Répartition des dénominations attribuées aux hommes de la profession

	Nb. cit.	Fréq.
le sage-femme	259	32,9%
le parturologue	13	1,6%
la sage-femme	97	12,3%
le maïeuticien	71	9,0%
le sage-femme homme ou l'homme sage-femme	239	30,3%
l'accoucheur	10	1,3%
la sage-femme homme	79	10,0%
autre précisez	20	2,5%
TOTAL CIT.	788	100%

De toute évidence, si les sages-femmes connaissent assez peu le nombre d'hommes sages-femmes en France, cela ne signifie pas pour autant qu'elles souhaitent se distinguer d'eux ou même que ces hommes se distinguent d'elles, via leur dénomination. Il semble plutôt que leur présence va de soi sans que cela entraîne une différenciation nette entre les praticiens hommes et femmes.

Il n'empêche que les 114 sages-femmes (14 %) qui pensent que les hommes de la profession seraient plus enclins à porter une dénomination sans référence au terme de sage-femme, sont certes minoritaires, mais ne peuvent être négligées. C'est une population où sont surreprésentées les sages-femmes de plus de 50 ans (29,8 % contre 19,8 % pour l'ensemble de l'échantillon), donc peut-être plus sensible à la distinction de genre sur le marché du travail qu'elle a souvent expérimentée, parfois à ses dépens. De même, on dénotera une plus forte présence de sages-femmes libérales (25,4 %), ce qui est attendu dans le sens où ces dernières sont plus âgées que la moyenne de l'échantillon. Enfin, et de manière paradoxale, la proportion de sages-femmes enseignante est de 5,3 % alors qu'elles ne représentent que 1,6 % sur l'ensemble de l'échantillon. Ce qui caractérise celles qui souhaitent une distinction de dénomination sont donc plus souvent des sages-femmes des anciennes générations et exerçant en libérales ou en école de sages-femmes. Cependant, les écarts ne sont pas assez marqués pour que l'on puisse conclure à une sous-population assez homogène, se singularisant par une hostilité à l'usage du terme de sage-femme par des hommes.

⁷⁸ Philippe Charrier, *op.cit.*, 2004 et 2007. Béatrice Jacques affirme que les hommes de la profession ont successivement revendiqué les dénominations de sage-homme, maïeuticien ou sage-femme homme, sans nous fournir la source de ses informations (*op.cit.*).

10.3. Quelles motivations, quels hommes ?

Les sages-femmes ne remettent pas en cause les motivations des hommes sages-femmes à exercer la profession ; elles sont assez peu à l'interpréter comme le résultat du hasard (9,6% des réponses et 14,7 % de l'échantillon). Les hommes sages-femmes sont plutôt perçus comme des individus qui vont s'investir dans la profession sur la durée.

Il est à remarquer que l'item le plus choisi, tant sur l'ensemble des réponses, que sur le nombre d'observations, est celui qui évoque une présence légitime des hommes : 52,8 % des répondantes à la question et 26,7 % des réponses. Il apparaît aussi que les sages-femmes sont assez nombreuses à les voir s'investir durablement (50,8 % des répondantes) et beaucoup moins à interpréter leur présence comme épisodique (17,8 % de celles qui répondent à la question). Qui plus est, $\frac{3}{4}$ des répondantes choisissent soit l'item « ils sont et resteront sage-femme » soit l'item « il est logique qu'ils existent dans la profession » et 27,7 % combinent les deux items⁷⁹.

Tableau 124 : répartition des explications possibles quant au choix des hommes sages-femmes

	Nb. cit.	Fréq.	Fréq. Obs	Fréq. Rep
non réponse ⁸⁰	183	14,7%	22,5%	0,0%
C'est le hasard qui explique leur choix	119	9,6%	14,7%	18,9%
ils sont des pionniers	128	10,3%	15,8%	20,4%
ils se sont « égarés »	51	4,1%	6,2%	8,1%
ils sont aujourd'hui sage-femme mais ils vont bifurquer vers une autre activité	112	9,0%	13,8%	17,8%
ils sont et resteront sage-femme	319	25,6%	39,3%	50,8%
il est logique qu'ils existent dans la profession	332	26,7%	40,9%	52,8%
TOTAL CIT.	1244	100%	811	628

De ce tableau général, il ressort le sentiment que la présence des hommes sages-femmes est acquise pour une majorité de sages-femmes. Cependant, cela ne doit nous occulter une frange minoritaire de sages-femmes, celles qui répondent aux items « ils se sont égarés » ou « ils vont bifurquer vers une autre activité », réponses marquant un doute quant à la motivation de ces hommes, et que l'on peut évaluer à 20 % des réponses et un peu plus de 25 % de celles répondant à la question. Si l'on ajoute celles qui jugent que le hasard est pour beaucoup dans leur motivation, la proportion de sages-femmes exprimant au moins un brin de scepticisme envers les hommes sages-femmes monte à 44,8 %. De ce fait, si la majorité des sages-femmes pensent que la motivation des hommes pour s'investir dans la profession n'est pas à mettre en doute, une forte minorité n'est pas encore complètement acquise à cette idée.

À l'intérieur de ces sages-femmes « septiques », certaines rejettent nettement la présence des hommes, mais elles sont alors bien plus minoritaires ; de l'ordre de 8 % des répondantes (réponse « ils se sont égarés »). C'est la preuve que la nouveauté du phénomène peut en partie expliquer ces doutes plus ou moins forts quant aux motivations des hommes sages-femmes.

Si on analyse dans le détail, les hommes sages-femmes ne sont pas réellement considérés comme des pionniers. Cette vision des choses ne rassemble que 12,1 % des réponses (et 15,8 % des sages-femmes). Surtout elle ne semble pas convenir aux plus jeunes sages-femmes, celles de

⁷⁹ La sage-femme pouvait choisir jusqu'à 3 réponses.

⁸⁰ Après vérification et recoupement, il se trouve que le fort taux de non réponse s'explique essentiellement par le positionnement des sages-femmes qui n'ont pas eu d'expérience de travail avec des hommes sages-femmes. Ainsi, sur les 183 non réponse, 167 sont dans ce cas-là. Le taux de réponse réel pour cette question est donc de 1,5 % de l'ensemble de réponses et de 2,5 % des répondantes.

moins de 30 ans (6,4 %), lesquelles ont souvent côtoyé un ou plusieurs hommes sages-femmes au cours de leur formation (tableau 125). Avec le temps cette attitude pionnière déjà peu marquée s'estompe nettement.

Tableau 125 : Les explications possibles quant au choix des hommes sages-femmes et l'âge de la sage-femme

Classes d'âge	moins de 30 ans	de 30 à 39 ans	de 40 à 49 ans	de 50 ans et plus	TOTAL
caractérisation choix HSF					
c'est le hasard qui explique leur choix	12,0% (41)	12,2% (37)	8,2% (19)	12,1% (22)	11,2% (119)
ils sont des pionniers	6,4% (22)	14,2% (43)	14,6% (34)	15,9% (29)	12,1% (128)
ils se sont « égarés »	2,9% (10)	4,3% (13)	4,7% (11)	9,3% (17)	4,8% (51)
ils sont aujourd'hui sage-femme mais ils vont bifurquer vers une autre activité	6,7% (23)	8,9% (27)	15,9% (37)	13,7% (25)	10,6% (112)
ils sont et resteront sage-femme	37,0% (127)	30,0% (91)	26,6% (62)	21,4% (39)	30,1% (319)
Il est logique qu'ils existent dans la profession	35,0% (120)	30,4% (92)	30,0% (70)	27,5% (50)	31,3% (332)
TOTAL	100% (343)	100% (303)	100% (233)	100% (182)	100% (1061)

Par contre, une partie des répondantes semble douter de la permanence de la motivation des hommes et de son inscription dans la durée (« ils sont aujourd'hui sage-femme mais ils vont bifurquer vers une autre activité »). Ces sages-femmes, surreprésentées parmi les plus anciennes (50 ans et plus), sans remettre en cause la présence des hommes par principe, estiment qu'il subsiste un doute sur le fait que cet investissement soit durable ; elles représentent une sage-femme répondantes sur 6 et 55% d'entre elles ont plus de 40 ans. Ce positionnement est indirectement révélateur du rapport à la profession de ces sages-femmes :

- soit elle la conçoit comme une profession de femme exercée par des femmes, cet élément étant déterminant ;
- soit à l'inverse, en doutant que des hommes puissent avoir assez d'intérêt à exercer un tel métier sur la durée, elles dévoilent et accèdent à une forme de dévalorisation de leur métier. Si exercer la profession de sage-femme n'a pas assez satisfaisant pour qu'un homme s'y investisse pleinement et surtout sur le long terme, cela relègue la profession au rang de « profession accessoire ».
- Soit elles entérinent le fait qu'il s'agit d'une profession où l'on ne peut pas réellement faire carrière, où il existe invariablement des périodes de latence voire d'arrêt, rapport à la carrière avec lequel les hommes ont a priori des difficultés à s'accorder⁸¹.

Les constats sur l'évaluation de la motivation des hommes sages-femmes sont en partie confirmés par les réponses à la question sur légitimité de la présence de ces derniers. Les sages-femmes la jugent majoritairement légitime (86,1 %). Mais il faut y apporter des nuances, dans le sens où c'est l'item « assez légitime » qui recueille le plus de suffrages. La proportion de celles qui mettent en cause la présence des hommes est de l'ordre de 13 à 14 %, part un peu plus importante que celles qui pensent que ces hommes « se sont égarés », écart qui s'explique sans doute par un taux plus faible de non-réponse dans la seconde question.

On parvient donc à identifier une partie minoritaire de sages-femmes (environ 1 sur 8) qui se positionne de manière plutôt hostile (voire très hostile) à la présence d'hommes.

⁸¹ Cette attitude se rencontre dans des professions comme celle d'infirmière où des périodes de réduction du temps de travail sont prévisibles ou même souhaitables aux yeux des professionnels. Voir par exemple P. Bouffartigue et J. Bouteiller J., 2003, « Jongleuses en blouse blanche. La mobilisation des compétences temporelles chez les infirmières hospitalières », *communication aux IXèmes journées de sociologie du travail*, 27- 28 novembre.

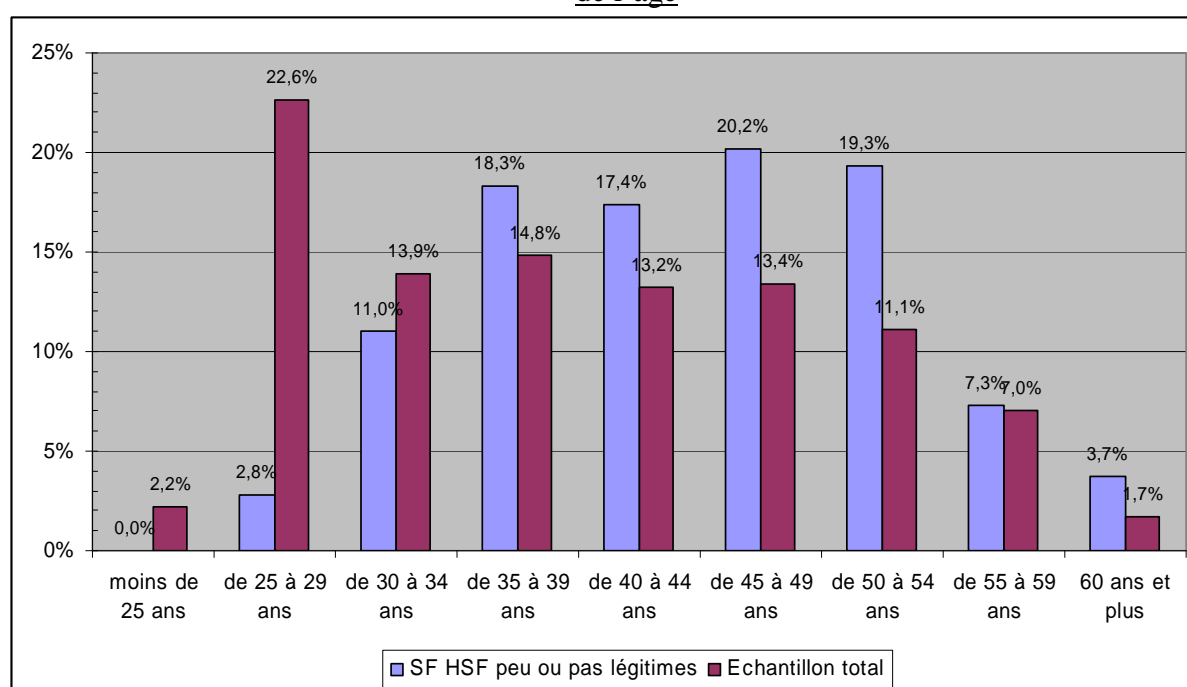
Tableau 126 : Evaluation de la légitimité de la présence des hommes sages-femmes

	Nb. cit.	Fréq.
très légitime	307	39,3%
assez légitime	366	46,8%
peu légitime	95	12,1%
pas du tout légitime	14	1,8%
TOTAL CIT.	782	100%

Le tableau est construit sur 811 observations.

Si l'on se base sur celles qui jugent leur présence comme illégitime (réponses peu et pas du tout légitime à la question ci-dessus), cela regroupe 109 sages-femmes. Ces dernières se distinguent principalement (comme on peut s'en rendre compte dans la figure 4) par un âge plus avancé. En effet, elles sont surreprésentées parmi les classes d'âge allant de 35 à 55 ans. De même, elles ont plus souvent une mère inactive que l'ensemble de la population de l'échantillon (35,3 % contre 27,2 %) mais cela s'explique principalement par cette moyenne d'âge plus forte ; la probabilité d'avoir une mère inactive est plus forte du fait même de la structuration du marché du travail qu'ont connu ces mères.

Figure 26 : Les sages-femmes jugeant peu ou pas légitime la présence des hommes en fonction de l'âge

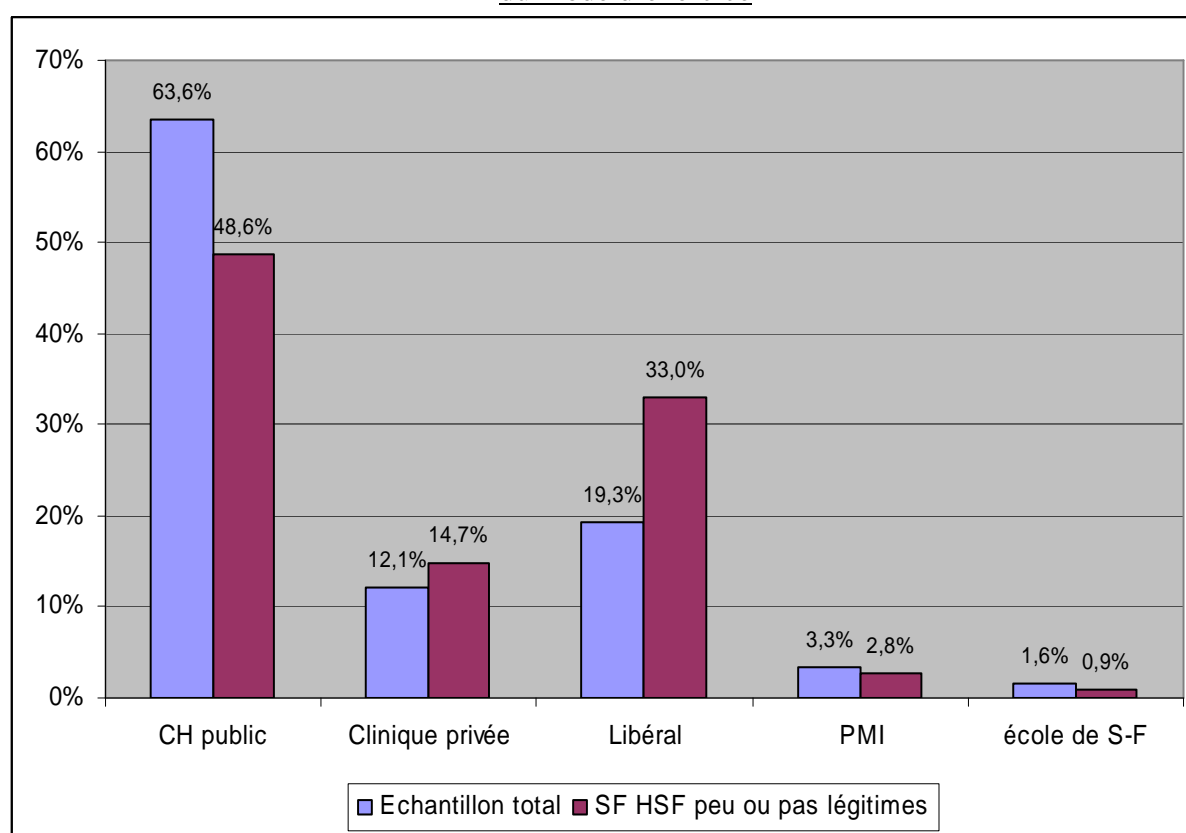


Surtout, on rencontre plus souvent cette sous-population de sages-femmes hostiles à la présence des hommes sages-femmes parmi celles qui exercent en libéral ; elles représentent un tiers de cette sous-population alors qu'elles ne représentent que 19,3 % de l'échantillon⁸². Certes, ces dernières ont une moyenne d'âge plus élevée que la moyenne de l'échantillon (43,6 ans contre 39,2 ans) et l'on peut trouver ici un élément d'explication. Néanmoins, ces écarts ne se

⁸² Les sages-femmes exerçant une activité mixte (salariée et libérale) sont ici incluses parmi les libérales. Les sages-femmes libérales stricto sensu représentent 14% de l'échantillon ; elles pèsent pour 25,6 % parmi la sous-population des sages-femmes jugeant la présence des hommes illégitimes, soit un écart équivalent (11,6 points).

rencontrent pas chez les sages-femmes de PMI ou les enseignantes qui sont elles aussi en moyenne plus âgées (respectivement 45,8 et 44,6 ans de moyenne d'âge). Ainsi, il se confirme que la conception et la réalité du travail de la sage-femme libérale ont une influence sur leur perception de la présence des hommes. Nous ne pouvons rester ici qu'à un niveau hypothétique. Toutefois, sachant que ces sages-femmes insistent particulièrement sur la dimension relationnelle de leur exercice, les hommes ne sont-ils pas perçus par les libérales comme potentiellement trop éloignés de cette dimension et trop axés *a priori* sur la dimension technique du métier ? D'autre part, sachant qu'un des actes spécifiques de la sage-femme libérale est la rééducation périnéale, qui touche à l'intimité féminine, ne pensent-elles pas que les hommes vont manquer de tact à ce propos ? Il est difficile de à ce stade de trancher définitivement, mais il demeure que les résistances à la venue des hommes sont sensibles à ce mode d'exercice de la sage-femme.

Figure 27 : Les sages-femmes jugeant peu ou pas légitime la présence des hommes en fonction du mode d'exercice



10.4. Quelles difficultés pour des hommes sages-femmes ?

Lorsqu'on interroge les sages-femmes à propos des difficultés rencontrées par les hommes sages-femmes, c'est la relation avec les parturientes qui semble être la plus indéniable à leurs yeux, même si cet item rassemble moins de la majorité des sages-femmes répondantes. Néanmoins, cela confirme que la profession est encore perçue comme la mise en pratique de « compétences de genre »⁸³, l'empathie au premier chef.

⁸³ F.-X. Schweyer, *op.cit.*

Tableau 127 : Les types de difficultés rencontrés par les hommes sages-femmes selon leurs consœurs

	Nb. cit.	Fréq.	Fréq. Obs
non réponse	61	4,4%	7,5%
l'acceptation par la parturiente	354	25,5%	43,6%
l'acceptation par la famille de la parturiente	290	20,9%	35,8%
l'intégration parmi les autres professionnels travaillant dans les maternités	152	10,9%	18,7%
l'intégration par la direction et les cadres de la maternité ou de la structure	80	5,8%	9,9%
l'intégration parmi les autres sages-femmes	110	7,9%	13,6%
les mêmes que pour toute sage-femme	343	24,7%	42,3%
TOTAL CIT.	1390	100%	

Le tableau est construit sur 811 observations.

Cet attachement à la « compétence de genre » n'est pas propre à une classe d'âge particulière, mais semble être le fait d'une partie constante des sages-femmes. Il n'est pas non plus notablement variable selon le mode d'activité de la sage-femme.

Au-delà de ce tableau général, il faut tout de même distinguer les sages-femmes de moins de 30 ans de leurs aînées dans les sens où ces premières jugent que les hommes ont moins de difficultés en ce qui concerne l'intégration professionnelle stricto sensu, à savoir avec les autres sages-femmes, les cadres ou les autres professions de la naissance. Par contre elles sont plus sensibles aux difficultés que les hommes pourraient rencontrer avec l'entourage de la parturiente, difficultés auxquelles elles sont elles-mêmes confrontées et qui apparaissent aujourd'hui comme un sujet sensible dans les maternités.

Tableau 128 : Les types de difficultés rencontrés par les hommes sages-femmes et l'âge de la sage-femme

Classes d'âge difficultés des hommes sages-femmes	moins de 30 ans	de 30 à 39 ans	de 40 à 49 ans	de 50 à 59 ans	60 ans et plus	TOTAL
l'acceptation par la parturiente	27,9% (96)	28,4% (113)	24,5% (86)	25,0% (55)	25,0% (4)	26,6% (354)
l'acceptation par la famille de la parturiente	29,1% (100)	21,1% (84)	17,1% (60)	19,5% (43)	18,8% (3)	21,8% (290)
l'intégration parmi les autres professionnels travaillant dans les maternités	7,8% (27)	12,6% (50)	12,8% (45)	12,3% (27)	18,8% (3)	11,4% (152)
l'intégration par la direction et les cadres de la maternité ou de la structure	6,7% (23)	6,0% (24)	6,6% (23)	3,6% (8)	12,5% (2)	6,0% (80)
l'intégration parmi les autres sages-femmes	4,7% (16)	7,8% (31)	12,8% (45)	7,7% (17)	6,3% (1)	8,3% (110)
les mêmes que pour toute sage-femme	23,8% (82)	24,1% (96)	26,2% (92)	31,8% (70)	18,8% (3)	25,8% (343)
TOTAL	100% (344)	100% (398)	100% (351)	100% (220)	100% (16)	100% (1329)

Notons aussi que l'intégration auprès des autres sages-femmes n'est pas perçue comme problématique pour une très grande majorité des sages-femmes, esquissant ainsi une image accueillante de la profession. L'exception des sages-femmes de 40 à 49 ans, qui déclarent à 12,8% que les hommes ont des difficultés à être intégrés parmi leurs collègues, pose question. Est-ce parce que ces sages-femmes sont celles qui ont connu les premiers hommes sages-femmes et donc ont pu observer concrètement les résistances qu'ils déclenchaient ? On ne peut à l'état trancher nettement sur ce point.

10.5. Les hommes sages-femmes ont-ils un avenir ?

La croissance quantitative des hommes sages-femmes ne semble pas devoir s'arrêter selon les $\frac{3}{4}$ des sages-femmes (74,6 %). On peut traduire cela comme le signe qu'elles sont prêtes à accepter une part plus importante d'hommes, même si, rappelons-le, celle-ci est encore extrêmement faible. Surtout, elles sont très peu à envisager une tendance à la décroissance (1,4 %).

Tableau 129 : Répartition de l'évaluation de l'avenir quantitatif des hommes sages-femmes

	Nb. cit.	Fréq.
non réponse	24	3,0%
plutôt augmenter	605	74,6%
plutôt stagner	171	21,1%
plutôt diminuer	11	1,4%
TOTAL CIT.	811	100%

Ceci démontre que la présence des hommes est perçue comme un phénomène encore dynamique. En fin de compte 1 sage-femme sur 5 juge que la situation va évoluer et la plupart d'entre elles dans le sens d'une augmentation des effectifs masculins. Les hommes sages-femmes ont donc un avenir aux yeux des sages-femmes elles-mêmes, ce qui permet de mesurer indirectement le niveau de réception favorable de ces hommes, qui se situe environ entre 1/4 et 1/5 de la profession.

L'influence de l'âge de la répondante sur ce positionnement est très importante. En effet, si les sages-femmes s'entendent globalement pour minorer une diminution du nombre d'hommes dans l'avenir, elles ne sont pas en accord au sujet de l'augmentation ou de la stagnation.

Tableau 130 : L'évaluation de l'avenir quantitatif des hommes sages-femmes et l'âge de la sage-femme

Classes d'âge Avenir quantitatif des hommes SF	Classes d'âge				TOTAL
	moins de 30 ans	de 30 à 39 ans	de 40 à 49 ans	de 50 ans et plus	
plutôt augmenter	88,3% (173)	85,3% (197)	65,6% (137)	64,9% (98)	76,9% (605)
plutôt stagner	10,7% (21)	14,3% (33)	31,1% (65)	34,4% (52)	21,7% (171)
plutôt diminuer	1,0% (2)	0,4% (1)	3,3% (7)	0,7% (1)	1,4% (11)
TOTAL	100% (196)	100% (231)	100% (209)	100% (151)	100% (787)

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 56,3$, $ddl = 6$, $1-p = >99,9\%$.

Les sages-femmes de plus de 40 ans sont nettement moins nombreuses à prédire une augmentation de la présence masculine ; si près de 9 sages-femmes sur 10 de moins de 30 ans anticipent une telle dynamique, elles ne sont plus que 2 sur 3 lorsqu'elles sont âgées de plus de 50 ans. À l'inverse, les sages-femmes les plus jeunes, celles de moins de 40 ans croient bien moins en une stagnation alors que celles de plus de 40 ans sont un tiers à entrevoir cette situation.

Nous enregistrons ici une nette distinction entre deux générations (les sages-femmes de plus de 40 ans et celles qui ont moins de 40 ans) l'une étant acquise à l'idée que les hommes sages-femmes vont faire partie de leur environnement professionnel et ce de façon de plus en plus marquée, l'autre étant encore réservée quant à l'avenir de la présence des hommes. Cette distinction est avant tout liée à l'âge puisque qu'on ne dénote pas de divergences en fonction du mode d'activité exercé.

11. LES ENJEUX ET L'AVENIR DE LA PROFESSION

11.1. Une attente de reconnaissance sociale et économique

L'attente en termes de reconnaissance sociale de la profession est nettement présente lorsqu'on interroge les sages-femmes sur les enjeux contemporains les concernant. Nous avons perçu ce constat dès nos premiers contacts et il se confirme statistiquement.

Tableau 131 : Répartition des enjeux de la profession

	Nb. cit.	Fréq.	Fréq. obs
non réponse	14	0,6%	1,7%
l'usage des techniques médicales dans la naissance	70	3,1%	8,6%
la reconnaissance effective comme profession médicale	685	30,8%	84,5%
les conditions de travail, les salaires	623	28,0%	76,8%
la visibilité des sages-femmes auprès du public	405	18,2%	49,9%
acquérir plus d'autonomie dans le travail	153	6,9%	18,9%
pratiquer une palette d'actes médicaux plus large	56	2,5%	6,9%
clarifier la responsabilité juridique de la sage-femme	221	9,9%	27,3%
TOTAL CIT.	2227	100%	

Dans le même temps la question des conditions de travail et des salaires vient tout de suite en seconde préoccupation (76,8 % des répondantes). Ceci indique clairement que les enjeux contemporains 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 qu'ils prennent (au moins 3 sur 4 sages-femmes les signalent), on peut affirmer qu'un consensus très large se fait sur ces points.

Tableau 132 : Les enjeux de la profession en fonction du mode d'activité

Enjeux de la profession	Modes d'activité						TOTAL
	CH public	Clinique Privée	Libéral	PMI	école de Sage-femme		
l'usage des techniques médicales dans la naissance	9,5%	12,2%	4,5%	3,7%	7,7%	8,6%	
la reconnaissance effective comme profession médicale	86,0%	77,6%	83,3%	88,9%	76,9%	84,5%	
les conditions de travail, les salaires	77,8%	84,7%	71,2%	63,0%	69,2%	76,8%	
la visibilité des sages-femmes auprès du public	46,5%	35,7%	65,4%	70,4%	61,5%	49,9%	
acquérir plus d'autonomie dans le travail	14,8%	21,4%	28,2%	22,2%	53,8%	18,9%	
pratiquer une palette d'actes médicaux plus large	6,6%	8,2%	7,1%	11,1%	0,0%	6,9%	
clarifier la responsabilité juridique de la sage-femme	30,4%	28,6%	18,6%	11,1%	15,4%	27,3%	
TOTAL	100%	100%	100% (434)	100% (73)	100% (37)	100% (2203)	

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 55,1$, $ddl = 24$, $1-p = >99,9\%$.

Les % sont calculés en fonction du nombre d'observations

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 actuellement dans la profession.

Ce consensus ne doit pas pour autant occulter des distinctions apparaissant à propos des enjeux contemporains mais 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. Cependant, au regard de son importance moindre en fonction du nombre de sages-femmes concernées (49,9 % des répondantes), il devient opportun d'opérer une séparation. D'autant que cet enjeu ne semble pas avoir le même poids quelque soit l'âge ou le mode d'activité. En effet, cette visibilité est surtout un enjeu pour les sages-femmes libérales (65,4 % de celles qui soulignent cet enjeu), celles travaillant en PMI (70,4 %) et les enseignantes (69,2 %). À l'inverse les hospitalières, qui plus est celles qui travaillent dans des structures privées, y sont beaucoup moins attachées (35,7 %). L'explication se situe sans doute dans les conséquences que peut avoir la visibilité de la sage-femme dans son activité. 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 assez 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 rendre visible la figure professionnelle de la sage-femme, puisque c'est une garantie à la fois pour l'intégration professionnelle des futures étudiantes et pour le recrutement de nouvelles (nouveaux) candidates.

L'enjeu de la responsabilité juridique répond à une logique diamétralement opposée. En effet, sur ce point ce sont les sages-femmes hospitalières qui sont les plus sensibles. Certes, cette sensibilité se situe à 30 % des répondantes hospitalières, ce qui ne place pas cet enjeu comme primordial. Néanmoins, il exprime un doute quant aux régulations juridiques qui se mettent en place dans la profession. La confrontation à ces nouvelles régulations (qui entraîne parfois des mises en cause juridique dans le cadre de l'activité des sages-femmes) n'est pas dépendante de l'âge de la sage-femme, constat assez logique (entre 23 et 29 % des sages-femmes dans chaque catégorie d'âge), puisque le risque juridique ne concerne *a priori* pas plus une génération ou qu'une autre.

Tableau 133 : Les enjeux de la profession en fonction du mode d'activité

Enjeux de la profession	CH public	Clinique Privée	Libéral	PMI	école de Sage-femme	TOTAL
l'usage des techniques médicales dans la naissance	3,5% (49)	4,6% (12)	1,6% (7)	1,4% (1)	2,7% (1)	3,2% (70)
la reconnaissance effective comme profession médicale	31,7% (442)	28,9% (76)	30,0% (130)	32,9% (24)	27,0% (10)	31,0% (682)
les conditions de travail, les salaires	28,7% (400)	31,6% (83)	25,6% (111)	23,3% (17)	24,3% (9)	28,1% (620)
la visibilité des sages-femmes auprès du public	17,1% (239)	13,3% (35)	23,5% (102)	26,0% (19)	21,6% (8)	18,3% (403)
acquérir plus d'autonomie dans le travail	5,4% (76)	8,0% (21)	10,1% (44)	8,2% (6)	18,9% (7)	7,0% (154)
pratiquer une palette d'actes médicaux plus large	2,4% (34)	3,0% (8)	2,5% (11)	4,1% (3)	0,0% (0)	2,5% (56)
clarifier la responsabilité juridique de la sage-femme	11,2% (156)	10,6% (28)	6,7% (29)	4,1% (3)	5,4% (2)	9,9% (218)
TOTAL	100% (1396)	100% (263)	100% (434)	100% (73)	100% (37)	100% (2203)

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 55,1$, $ddl = 24$, $1-p = >99,9\%$.

Les % sont calculés en fonction du nombre de citations

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 autour de l'autonomie est aujourd'hui dépassé pour ces dernières au point

qu'elles ne le revendiquent pas ? Ou bien ont-elles intégré qu'elles sont plongées dans une organisation du travail où l'on ne peut espérer que peu d'autonomie, les résultats statistiques traduisant alors une sorte de renoncement ? Pour les enseignantes, au travers de leurs réponses il est probable qu'elles parlent de l'autonomie future de leurs étudiantes sages-femmes. Cependant, cela signale un paradoxe : ces dernières, dont beaucoup passeront par un centre hospitalier public et/ou une clinique privée ne semblent pas vraiment développer cette revendication. Est-ce que le discours des enseignantes à ce sujet passe difficilement ? Pour les autres modes d'exercice (libérales et PMI), la légère surreprésentation (qui n'est pas assurée statistiquement) de cet enjeu s'explique sans doute par la crainte que l'autonomie connue dans le travail puisse être remise en cause par des interventions ou des contrôles extérieurs.

Tableau 134 : Les enjeux de la profession en fonction de l'âge

Enjeux de la profession	Classes d'âge	moins de 30 ans	de 30 à 39 ans	de 40 à 49 ans	50 ans et plus	TOTAL
l'usage des techniques médicales dans la naissance		7,5%	9,9%	9,7%	6,8%	8,6%
la reconnaissance effective comme profession médicale		91,0%	85,8%	78,2%	82,6%	84,5%
les conditions de travail, les salaires		77,6%	79,4%	78,2%	70,2%	76,8%
la visibilité des sages-femmes auprès du public		53,7%	46,4%	49,1%	51,6%	49,9%
acquérir plus d'autonomie dans le travail		13,9%	16,3%	18,5%	29,2%	18,9%
pratiquer une palette d'actes médicaux plus large		6,5%	5,6%	6,5%	9,9%	6,9%
clarifier la responsabilité juridique de la sage-femme		29,4%	28,3%	27,3%	23,0%	27,3%
TOTAL		100%	100%	100%	100%	100%

La dépendance n'est pas significative. $\chi^2 = 22,5$, $ddl = 18$, $1-p = 78,8\%$.

Les valeurs du tableau sont les pourcentages en colonne établis sur 811 observations.

11.2. La sage-femme ne remplit pas complètement son rôle

La question portant sur les enjeux de la profession a aussi fortement mobilisée les sages-femmes puisque non seulement peu d'entre elles n'ont pas souhaité y répondre (seulement 14 sur 811), mais aussi parce qu'elles y ont souvent répondu en utilisant le maximum de réponses possibles (nous avons limité à 3 le nombre d'items à cocher)⁸⁴. Ceci reflète, à nos yeux, le niveau d'intérêt que les sages-femmes portent aux enjeux traversant profession, niveau qui donne du poids aux constats qui vont suivre sur le présent et l'avenir du groupe professionnel.

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

Tableau 135 : Répartition de la satisfaction de remplir son rôle de sage-femme

	Nb. cit.	Fréq.
oui, tout à fait	82	10,3%
non, pas complètement	229	28,9%
oui, mais il y a des améliorations à apporter	471	59,4%
non, pas du tout	11	1,4%
TOTAL OBS.	793	100%

⁸⁴ La moyenne des réponses par sage-femme est de 2,76.

Si une majorité se dégage, si celles-ci préfèrent déclarer que la sage-femme joue globalement son rôle, elles sont aussi nombreuses à préciser que la situation est loin d'être satisfaisante. Celles qui sont les plus catégoriques sont certes très minoritaires (11 sur 793 répondantes), mais plus d'une répondante sur 5 pensent que les sages-femmes (et sans doute elle-même) ne remplissent pas leur rôle ou de manière partielle. Ainsi, il y a plus d'un quart des sages-femmes (28,9 %) qui ne se retrouvent pas complètement dans leur rôle ce qui marque une inquiétude certaine, d'autant que celles qui pensent que les sages-femmes remplissent complètement leur rôle représentent seulement 10 %.

Ces réponses permettent indirectement d'identifier une crainte quant à la position 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 porteur.

Tableau 136 : Répartition de l'évaluation de l'avenir quantitatif des sages-femmes

	Nb. cit.	Fréq.
plutôt augmenter	398	51,1%
plutôt stagner	351	45,1%
plutôt diminuer	30	3,9%
TOTAL OBS.	779	100%

Les 45,1 % de sages-femmes qui envisagent une stagnation expriment également de cette manière leur inquiétude face à l'avenir et surtout laissent émerger leurs interrogations au sujet de la place des sages-femmes dans le champ professionnel de la naissance. Mais il n'existe pas de corrélation entre les deux populations. Autrement dit, parmi les sages-femmes inquiètes pour leur rôle professionnel, il n'y a pas de surreprésentation de celles qui pensent que leurs effectifs vont stagner voire diminuer.

Mais toutes les sages-femmes ressentent-elles cette inquiétude et au même niveau d'intensité ? À l'évidence, comme on peut le lire dans le tableau 53, celles âgées de moins de 30 ans se distinguent de leurs 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, puisque aucune sage-femme de moins de 30 ans n'a choisi cet item.

Tableau 137 : La satisfaction de remplir son rôle en fonction de l'âge de la sage-femme

Satisfaction de remplir son rôle	Classes d'âge moins de 30 ans	de 30 à 39 ans	de 40 à 49 ans	50 ans et plus	TOTAL
oui, tout à fait	9,0% (18)	11,2% (26)	9,3% (20)	11,2% (18)	10,1% (82)
oui, mais il y a des améliorations à apporter	69,2% (139)	58,4% (136)	51,4% (111)	52,8% (85)	58,1% (471)
non, pas complètement	19,9% (40)	27,5% (64)	34,7% (75)	31,1% (50)	28,2% (229)
non, pas du tout	0,0% (0)	1,7% (4)	0,9% (2)	3,1% (5)	1,4% (11)
TOTAL	100% (197)	100% (230)	100% (208)	100% (158)	100% (793)

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 23,0$, $ddl = 9$, $1-p = 99,4\%$.

On peut comprendre cette distinction par l'âge comme l'absence d'une usure au travail qui plaide en faveur d'un espoir d'amélioration dans les rapports au travail, lorsque ceux-ci ne sont perçus comme entièrement satisfaisants. Pour celles de plus de 40 ans, qui possèdent au moins 15 ans d'ancienneté, le basculement vers une insatisfaction quant au rôle joué traduit sans doute

l'amenuisement de cet espoir. Il est d'ailleurs notable de l'item « non, pas complètement » est le plus élevée chez les sages-femmes âgées de 40 à 49.

Mais le sentiment que sage-femme joue seulement partielle son rôle est aussi particulièrement porté par les sages-femmes exerçant en libéral, comme on peut le lire dans le tableau 54.

Tableau 138 : La satisfaction de remplir son rôle en fonction du mode d'activité

Modes d'activité	CH public	Clinique Privée	Libéral	PMI	école de Sage-femme	TOTAL
Satisfaction de remplir son rôle						
oui, tout à fait	12,1% (62)	10,2% (10)	4,5% (7)	11,1% (3)	0,0% (0)	10,1% (82)
oui, mais il y a des améliorations à apporter	60,1% (309)	64,3% (63)	50,6% (79)	63,0% (17)	23,1% (3)	58,1% (471)
non, pas complètement	24,3% (125)	22,4% (22)	41,0% (64)	25,9% (7)	69,2% (9)	28,2% (227)
non, pas du tout	1,2% (6)	0,0% (0)	2,6% (4)	0,0% (0)	7,7% (1)	1,4% (11)
TOTAL	100% (502)	100% (95)	100% (154)	100% (27)	100% (13)	100% (791)

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 41,2$, $ddl = 12$, $1-p = >99,9\%$.

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 s'explique par les difficultés que ces sages-femmes rencontrent dans leur installation ainsi que dans le manque d'entrain de leurs collègues à voir dans l'exercice libéral, un mode d'activité d'avenir. En effet, elles expriment ici l'opinion maintes fois relevée dans nos divers contacts que la sage-femme peut et devrait s'épanouir dans l'exercice libéral, exercice où l'autonomie et l'indépendance professionnelle leur semble la plus forte. De la sorte, les sages-femmes libérales jugent que les sages-femmes ne remplissent pas assez leur rôle parce qu'elles ne sont pas assez à adopter ce mode d'exercice.

Au global, les sages-femmes doutent sur le fait de collectivement répondre de manière satisfaisante à leur mission professionnelle. Au-delà de l'inquiétude qui en émane, il s'agit d'y discerner un débat en cours sur le rôle et la place de la sage-femme en France. À l'évidence, une forte proportion de sages-femmes ne se retrouve pas complètement dans leur activité actuelle.

12. LE PROBLEME DE L'USAGE DES TECHNIQUES A DISPOSITION DE LA SAGE-FEMME

L'usage des techniques dans le domaine de l'obstétrique est devenu courant. Le travail de la sage-femme a connu un accroissement de sa technicisation, avec par exemple les techniques qui accompagnent l'anesthésie péridurale ou l'usage d'instrument comme de petites ventouses permettant une aide à l'expulsion. Cette tendance, qui rapproche la pratique professionnelle des sages-femmes d'une approche médicale (ou médicalisation), induit qu'aujourd'hui la parole et les mains ne sont plus les seuls outils à dispositions des sages-femmes.

Si les sages-femmes ne remettent pas fondamentalement en cause ces techniques (2,2 % pensent qu'elle n'est pas nécessaire et 13,4 % qu'on devrait s'en passer), cela ne signifie pas qu'elles en acceptent constamment l'usage. En effet, si la nécessité de leur présence (50,9 %) et leur utilité (77,4 %) ne fait pas de doute, il existe à l'évidence une attitude qui entraîne une mise en discussion de ces techniques. Elle est nette chez 42,7 % qui affirment qu'il faudrait trouver des alternatives, voire qu'on devrait mieux la contrôler (30,1 %). Ainsi, si nous n'assistons pas à un rejet des techniques et de la technologie, c'est sur l'usage de ces techniques que porte le débat.

Tableau 139 : Les opinions à propos de la place de la technique et de la technologie dans la naissance

	Nb. cit.	Fréq. Obs
non réponse	6	0,7%
qu'il faudrait la développer	22	2,7%
qu'elle n'est pas encore assez performante	14	1,7%
qu'elle est nécessaire	413	50,9%
qu'on devrait mieux la contrôler	244	30,1%
qu'elle est utile mais trop systématique	628	77,4%
qu'on devrait au maximum s'en passer	109	13,4%
qu'il faudrait trouver d'autres alternatives à cette médicalisation	346	42,7%
qu'elle entraîne des difficultés dans votre travail	108	13,3%
qu'elle n'est pas nécessaire	18	2,2%
TOTAL CIT.	1908	

L'idée de maîtrise de ces usages ressort pour près d'un tiers des répondantes. Celles d'un recours trop systématique rassemblent un peu plus des $\frac{3}{4}$ des sages-femmes. Autrement dit, il apparaît que face à la multiplication de ces techniques, deux voies sont possibles, sans que celles-ci soient irréductibles :

- soit les sages-femmes tentent de maîtriser et de définir un usage « raisonné » et réfléchi des techniques et technologie de la naissance, ce qui suppose une implication plus forte de leur part dans la production et la normalisation de ces techniques
- soit elles proposent des solutions alternatives et limitent donc le champ d'intervention de la technologie.

La place des sages-femmes « technophobes » (seconde voie) est l'ordre de 15 %. Il s'agit donc d'une minorité mais donc l'importance ne peut être négligée. À l'inverse, les sages-femmes « technophiles » (première voie) sont elles bien peu nombreuses (environ 4 à 5 %). On y voit le signe que les sages-femmes acceptent massivement la place des techniques dans leur champ de

compétence mais que face à leur effervescence elles tiennent à posséder une maîtrise et un contrôle, ce qu'elles ne semblent pas toujours avoir.

Le croisement de l'opinion de la répondante avec son mode d'exercice nous livre un certain nombre d'enseignements quant à la perception différenciée de la technique.

Tableau 140 : Les opinions à propos de la place de la technique et de la technologie en fonction du mode d'activité

Opinion technique/technologie	CH public	Clinique privée	Libéral	PMI	école de Sage-femme	TOTAL
qu'il faudrait la développer	2,5% (13)	4,1% (4)	3,2% (5)	0,0% (0)	0,0% (0)	2,7% (22)
qu'elle n'est pas encore assez performante	2,3% (12)	1,0% (1)	0,6% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	1,7% (14)
qu'elle est nécessaire	51,4% (264)	66,3% (65)	41,7% (65)	44,4% (12)	46,2% (6)	50,9% (412)
qu'on devrait mieux la contrôler	29,6% (152)	23,5% (23)	35,9% (56)	37,0% (10)	23,1% (3)	30,1% (244)
qu'elle est utile mais trop systématique	74,3% (382)	80,6% (79)	84,0% (131)	88,9% (24)	92,3% (12)	77,4% (628)
qu'on devrait au maximum s'en passer	12,3% (63)	4,1% (4)	25,0% (39)	7,4% (2)	0,0% (0)	13,4% (108)
qu'il faudrait trouver d'autres alternatives à cette médicalisation	38,7% (199)	39,8% (39)	53,8% (84)	66,7% (18)	38,5% (5)	42,7% (345)
qu'elle entraîne des difficultés dans votre travail	14,0% (72)	5,1% (5)	17,9% (28)	3,7% (1)	7,7% (1)	13,3% (107)
qu'elle n'est pas nécessaire	1,9% (10)	1,0% (1)	3,8% (6)	3,7% (1)	0,0% (0)	2,2% (18)
TOTAL	100% (1167)	100% (221)	100% (415)	100% (68)	100% (27)	100% (1898)

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 56,3$, $ddl = 32$, $1-p = 99,5\%$.

Les sages-femmes libérales se distinguent assez nettement par un plus fort rejet de cette technique : elles sont seulement 41,7 % à se résoudre à sa nécessité, un quart d'entre elles pensent qu'elles devraient s'en passer et 53,8 % qu'il faudrait trouver des alternatives. Elles alimentent pour près d'un tiers les sages-femmes qui se positionnent de manière « technophobes » alors qu'elles ne représentent 19,2 % de l'échantillon total. Elles sont globalement accompagnées dans leur position par les sages-femmes de PMI, même si ces dernières sont nettement moins « technophobes » et plus promptes à chercher des alternatives. Il en va de même des enseignantes qui insistent plus sur l'usage bien trop systématique de la technologie. Il est à souligner que ce sont les trois catégories de sages-femmes les moins utilisatrices de ces techniques, de par leur type d'activité, qui se révèlent les plus critiques.

Les sages-femmes hospitalières, principales utilisatrices de ces techniques, proposent un positionnement quelque peu différent. L'acceptation de la technique est plus grande, encore plus explicitement pour celles qui travaillent dans les cliniques privées (66,3 %). Mais cela n'affaiblit pas pour autant la dimension critique dont on a vue qu'elle est générale. Si les sages-femmes hospitalières du secteur public sont en fin de compte représentatives du positionnement moyen des sages-femmes sur cette question, il est à souligner que celles des établissements privés ont une opinion de la technique sans doute plus favorables que le reste des sages-femmes parce qu'elles la vivent au quotidien d'une manière plus marquée.

Ces dernières sont nettement moins technophobes (10,2 %), envisage un peu moins la nécessité du contrôle de cette technologie (23,5 %). Cela correspond assez bien à l'image du rôle d'aide technique qui peut correspondre parfois à la sage-femme dans de tels établissements, une partie du travail d'expulsion leur étant dans certains cas enlevés.

Tableau 141 : Les opinions à propos de la place de la technique et de la technologie en fonction du mode d'activité (après regroupement d'item)

Modes d'activité Opinion technique/technologie naissance	CH public	Clinique privée	Libéral	PMI	école de Sage-femme	TOTAL
« technophiles » ⁸⁵	4,9% (25)	5,1% (5)	3,8% (6)	0,0% (0)	0,0% (0)	4,4% (36)
qu'elle est nécessaire	51,4% (264)	66,3% (65)	41,7% (65)	44,4% (12)	46,2% (6)	50,9% (412)
qu'on devrait mieux la contrôler	29,6% (152)	23,5% (23)	35,9% (56)	37,0% (10)	23,1% (3)	30,1% (244)
qu'elle est utile mais trop systématique	74,3% (382)	80,6% (79)	84,0% (131)	88,9% (24)	92,3% (12)	77,4% (628)
« technophobes » ⁸⁶	28,2% (145)	10,2% (10)	46,8% (73)	14,8% (4)	7,7% (1)	29,0% (233)
qu'il faudrait trouver d'autres alternatives à cette médicalisation	38,7% (199)	39,8% (39)	53,8% (84)	66,7% (18)	38,5% (5)	42,7% (345)
TOTAL	100% (1167)	100% (221)	100% (415)	100% (68)	100% (27)	100% (1898)

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 48,8$, $ddl = 20$, $1-p = >99,9\%$.

Les valeurs du tableau sont les pourcentages en colonne établis sur 811 observations.

Tableau 142 : Les opinions à propos de la place de la technique et de la technologie en fonction de l'âge (après regroupement d'item)

Classes d'âge Opinion technique/technologie naissance	moins de 30 ans	de 30 à 39 ans	de 40 à 49 ans	50 ans et plus	TOTAL
« technophiles »	7,5% (15)	5,6% (13)	3,2% (7)	0,6% (1)	4,4% (36)
qu'elle est nécessaire	55,2% (111)	47,2% (110)	50,0% (108)	52,2% (84)	50,9% (413)
qu'on devrait mieux la contrôler	26,4% (53)	29,6% (69)	32,4% (70)	32,3% (52)	30,1% (244)
qu'elle est utile mais trop systématique	74,1% (149)	75,5% (176)	81,5% (176)	78,9% (127)	77,4% (628)
« technophobes »	26,9% (54)	25,3% (59)	31,0% (67)	34,2% (55)	29,0% (235)
qu'il faudrait trouver d'autres alternatives à cette médicalisation	38,8% (78)	41,2% (96)	41,2% (89)	51,6% (83)	42,7% (346)
TOTAL	100% (460)	100% (523)	100% (517)	100% (402)	100% (1902)

La dépendance n'est pas significative. $\chi^2 = 18,4$, $ddl = 15$, $1-p = 76,0\%$.

Les valeurs du tableau sont les pourcentages en colonne établis sur 811 observations.

Si cette opinion sur la technique est nettement dépendante du contexte de travail, l'influence de l'âge ne vient pas ici s'ajouter. D'un point de vue de la représentativité, les résultats statistiques ne sont pas significatifs. Cependant, on perçoit une évolution, qui demanderait confirmation, et laissant supposer que l'âge n'est pas complètement neutre dans la perception de la technique (tableau 59).

On distingue notamment que les réponses « technophiles » s'estompent avec l'âge pour n'être plus qu'anecdotiques chez les plus de 50 ans (1 seule sage-femme). À l'inverse la proportion de sages-femmes « technophobes » croît de 7,3 points entre les plus jeunes et les plus anciennes. Enfin le recours à d'autres alternatives bondit de 12,8 points entre ces mêmes populations. Ainsi, il semble bien que l'âge entraîne un prise de recul par rapport à la technique et une attitude plus méfiance ou plus raisonnée par rapport à ses usages. Pour preuve, parmi les 25 sages-femmes hospitalières du secteur public « technophiles », 12 ont moins de 30 ans et aucune n'a plus de 50 ans. Chez les hospitalières du privé, aucune des « technophiles » n'a plus de 39 ans.

Dans ces conditions, il apparaît probablement, sur le long terme, une mise en question de l'usage des techniques et de la technologie autour de la naissance. Celle-ci est d'autant plus aigüe que la sage-femme s'éloigne des modes d'activités hospitaliers, surtout celui en établissement privé.

⁸⁵ Technophobes = item « qu'il faudrait la développer » + « qu'elle n'est pas encore assez performante ».

⁸⁶ Technophiles = item « qu'on devrait au maximum s'en passer » + « qu'elle entraîne des difficultés dans votre travail » + « qu'elle n'est pas nécessaire ».

CONCLUSION

Nous avons amorcé cette recherche à partir du constat relevé maintes fois par les sages-femmes elles-mêmes jugeant 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. À la lumière des éléments d'analyse présentés dans ce rapport, l'appel à plus de reconnaissance sociale doit être interprété comme une manière de mettre en mots ces évolutions, de les comprendre et de leur donner une signification. Le regard 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 en cerner de nombreux signes multiformes.

Le choix professionnel des sages-femmes s'effectue en fonction de raisons assez variées et ce phénomène est maintenant bien établi. Il n'est certes pas nouveau d'affirmer que l'insertion dans cette profession suit des raisons diverses. Cependant les modalités pour lesquelles on explique avoir choisi cette profession diffèrent nettement chez les nouvelles générations de praticiennes. Certes, l'idée de vocation n'est pas absente, mais elle est loin d'expliquer l'intérêt des sages-femmes actuelles pour cette profession, et ce depuis longtemps. Le choix professionnel s'explique aujourd'hui davantage par l'attrance pour les structures hospitalières (et l'image du travail qui s'y déroule), cette justification étant nettement plus présente chez les plus jeunes générations.

La diversité des choix professionnels entraîne logiquement la diversité des parcours professionnels. Les différentes possibilités de carrières, les modes d'activités multiples conduisent les sages-femmes à adopter des parcours différenciés. Cependant, l'ancienneté joue ici un rôle encore majeur : cette diversité n'intervient réellement que dans la seconde partie de la carrière, principalement lorsque la sage-femme justifie d'une ancienneté supérieure ou égale à 20 ans. Avant cela, les parcours sont plus « monochromes », passant classiquement par une activité en établissements hospitaliers tant privés que publics. De même, la situation des sages-femmes est plus conforme aux évolutions contemporaines du marché du travail, comme le prouve l'accroissement sensible des situations précaires en termes de contrat de travail (CDD, intérim).

L'activité elle-même connaît de nouvelles évolutions. Il est remarquable que malgré les différents modes d'activité possibles pour une sage-femme, des tensions profondes apparaissent à propos de la mission de la sage-femme. Comme on a pu s'en rendre compte, l'intégration dans les systèmes organisés hospitaliers confronte la majorité des sages-femmes à une tension entre spécialisation et polyvalence. Qui plus est, c'est la question de leur autonomie et de leur indépendance, thématique dont F.-X. Schweyer a montré toute l'importance dans cet espace professionnel⁸⁷, qui est en cause. Si la reconnaissance sociale est l'enjeu le plus cité, celui de l'indépendance professionnel n'est pas pour autant oublié. Tout se passe comme s'il existait une tension entre le modèle d'une sage-femme salariée, dont les conditions d'exercice (et les attentes qui en découlent) se rapprochent progressivement des salariés du secteur de la santé, et un autre modèle, plus éloigné des contraintes des systèmes organisés hospitaliers (même si elle peut en être une salariée) et plus sensible à l'autonomie dans son exercice professionnel, repérable notamment dans l'exercice libéral. D'ailleurs, il n'est pas étonnant de constater que les sages-femmes ont globalement le sentiment de ne pas répondre de manière satisfaisante à leur mission professionnelle. Nous y voyons une manifestation de cette tension. Dans le même ordre d'idées,

⁸⁷ F.-X. Schweyer, *op.cit.*

la difficulté à raisonner de manière hiérarchique avec les autres professionnels de la naissance trahit cette possibilité toujours présente chez les sages-femmes d'un exercice indépendant qui ferait fi des contingences de l'action collective organisée.

Les situations de crises dans les écoles de sages-femmes et les difficultés parfois aiguës exprimées à ce propos par celles qui ont moins de 40 ans relèvent aussi du même raisonnement sociologique. Nous interprétons aussi ce phénomène comme un autre signe de l'évolution de la profession, ici plus particulièrement des professionnelles. La sensibilité des plus jeunes sages-femmes aux modalités d'apprentissage prouve qu'elles ont développé de nouvelles attentes dans ce domaine, attentes qui entrent souvent en contradiction avec les conditions d'études proposées en école de sages-femmes. C'est pour cela qu'elles jugent très majoritairement leur passage dans ces écoles (et dans les lieux d'apprentissage) comme des moments difficiles et douloureux.

Le profil et les origines sociales des plus jeunes sages-femmes ne sont plus les mêmes. Nous avons mis en évidence un basculement important qui se dégage pour les générations nées après 1980. L'origine sociale des sages-femmes – c'est-à-dire les professions et catégories sociales d'où elles sont issues en prenant comme référence la situation de leurs parents – diffère nettement selon les générations, avec une tendance à une plus forte présence des catégories socio-professionnelles supérieures. Cette évolution s'explique en partie par l'augmentation des exigences requises au concours d'entrée à l'École de sages-femmes ou, à l'heure actuelle pour réussir son PCEM1. Mais elle symbolise aussi la complexification croissante du contenu de la formation et des connaissances à maîtriser pour exercer la profession, élément qui entre en adéquation de manière privilégiée avec le bagage culturel et cognitif d'étudiants issus des catégories socio-professionnelles supérieures.

Ces changements sont aussi portés par les sages-femmes elles-mêmes et en premier lieu les nouvelles promues. Nous avons établi que celles âgées de moins de 40 ans, qui plus est celles de moins de 30 ans, 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 en la matière est moins évidente.

On comprend alors que la présence des hommes soit globalement vécue comme un élément allant de soi pour ces jeunes générations. S'il n'existe pas véritablement de mouvement contre leur présence, nous avons enregistré une séparation entre deux générations, l'une étant davantage acquise à l'idée que les hommes sages-femmes vont faire partie de leur environnement professionnel et ce de manière non différenciée et l'autre développant plus de réserves quant à leur avenir voire la pertinence pour un homme d'exercer une telle profession.

Il nous semble que l'on peut analyser l'ensemble de ces mouvements comme le signe d'une véritable dynamique de professionnalisation en cours. Cette dernière se manifeste aussi par une moindre référence à tout ce qui peut rappeler « la compétence de genre » (Schweyer, 1996), notamment chez les plus jeunes sages-femmes. À ce titre, il est remarquable que la référence à une vocation professionnelle (sous-entendant que le fait d'embrasser une telle activité professionnelle est déterminé par une proximité de genre) est globalement stable et n'apparaît pas comme un sorte de pré-requis pour s'engager dans une telle voie professionnelle.

Cependant, des aspects de ces évolutions peuvent apparaître pour certaines comme des possibles freins à la reconnaissance professionnelle et à cette dynamique de professionnalisation⁸⁸.

Ainsi, mis à part lors de la grève de 2001, l'investissement des sages-femmes envers leur profession n'est pas en tout point acquis. Certes, cette mobilisation collective marque une première étape. Cependant elle ne s'est pas concrétisée par une action collective continue et

⁸⁸ R. Bourdoncle, 2000, « Autour des mots : professionnalisation, formes et dispositifs », *Recherche et Formation*, n°35, p. 117-132.

surtout reconnue. L'implication dans la profession, via l'adhésion syndicale, demeure limitée et surtout déséquilibrée au regard des réalités d'exercice de la profession, avec une présence remarquable mais disproportionnée des sages-femmes libérales.

Dans le même ordre d'idées, des dynamiques centrifuges pèsent sur l'activité des sages-femmes qui supportent les mouvements réguliers de réorganisations de leurs lieux de travail, particulièrement au cours de la dernière décennie. La tension entre polyvalence et spécialisation que nous avons soulignée rend plus difficile l'unité des conditions d'exercice de la profession, ceci pouvant constituer un obstacle au processus de reconnaissance professionnelle.

Enfin ne constate-t-on pas une fracture générationnelle qui pourrait s'avérer être une entrave à la dynamique de professionnalisation ? Il nous semble pour l'heure prématuré de s'engager sur cette voie, tant les relais parmi les sages-femmes les plus âgées sont présents et non négligeables. Cependant, il est établi que les évolutions relevées concernent principalement les jeunes générations, dans le sens où à la fois elles les portent, les accompagnent et parfois les subissent. On le voit notamment à propos des évolutions dans le recrutement des sages-femmes qui est marqué par une tendance à recruter de plus en plus parmi les classes sociales supérieures et une volonté d'exiger un niveau de connaissance supérieures aux nouvelles sages-femmes (via le passage par le PCEM1).

Ces changements ont mis au moins deux décennies pour être constatés et l'on est tenté ici d'en tirer les conséquences sur la profession de sage-femme en France. Cette enquête donne donc à voir une profession de sage-femme qui a connu depuis 20 à 25 ans des changements considérables et qui continue à être traversée par un questionnement sur sa mission. À 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 objectivé et rationnel qu'elles peuvent revendiquer progressivement une reconnaissance sociale. Cela passe aussi par un possible détachement entre la praticienne et la femme ou plus précisément le vécu de femme et même de mère⁸⁹. Cependant, on peut douter que les évolutions en cours et constaté ici soient raisonnablement connues, principalement des institutions pourvoyeuse de reconnaissance sociale, comme les médias, les organisations de tutelles comme les hôpitaux, voire 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 » depuis 2010. Cependant, les parturientes elles-mêmes ou bien les couples sont encore loin de voir dans la sage-femme uniquement une professionnelle⁹⁰. Cette situation peut s'avérer avantageuse pour créer un lien de confiance dans l'accompagnement à la naissance, notamment en jouant de 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 délicate une reconnaissance sociale.

⁸⁹ Pour Béatrice Jacques, l'expérience de la maternité constitue un des axes fondamentaux du métier de sage-femme (*op.cit.*, p. 84). Il nous apparaît que cet axiome semble devoir être remis en cause, tout au moins dans son caractère systématique et fonctionnel, mais joue peut-être plus aujourd'hui comme une rhétorique professionnelle (Catherine Paradeise, 1985, « Rhétorique professionnelle et expertise », *Sociologie du travail*, n°1, p. 17-31). Rappelons que de très nombreuses sages-femmes exerçant dans les lieux d'accouchement ne justifient pas de cette expérience de la maternité.

⁹⁰ Une sage-femme, installée en libéral, nous a récemment livré une anecdote donnant une idée du manque de connaissance et de reconnaissance de cette profession chez les couples. Lors d'un cours de préparation à l'accouchement, un futur père lui a demandé quel métier elle exerçait en dehors de son activité de sage-femme, celle-ci ne pouvant être à ses yeux d'une occupation annexe ou bénévole.

BIBLIOGRAPHIE

- Billaut Anne, Breuil-Genier Pascale, Collet Marc, Sicart Daniel, *Les évolutions démographiques des professions de santé*, Données sociales, La société française, 2006.
- Bouffartigue Paul et Bouteiller Jacques, 2003, « Jongleuses en blouse blanche. La mobilisation des compétences temporelles chez les infirmières hospitalières », *communication aux IXèmes journées de sociologie du travail*, 27- 28 novembre.
- Bourdoncle Raymond, 2000, « Autour des mots : professionnalisation, formes et dispositifs », *Recherche et Formation*, n°35, p. 117-132.
- Carricaburu Danièle, « De la gestion technique du risque à celle du travail : l'accouchement en hôpital public », *Sociologie du Travail*, n°2, 2005, p. 245-262.
- Carricaburu Danièle, « Les sages-femmes face à l'innovation technique », in Aiach P. et Fassin D., *Les métiers de la santé*, Paris, Anthropos, 1994, p. 281-308.
- Castel Robert, *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Fayard, 1995.
- Champy Florent, *La sociologie des professions*, PUF, 2009.
- Chardon Olivier et Daguet Fabienne, « *Enquêtes annuelles de recensement 2004 à 2007 : l'activité des femmes est toujours sensible au nombre d'enfants* », INSEE Première, n° 1171, 2008.
- Charrier Philippe, « 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 Philippe, « Des hommes chez les sages-femmes : vers un effet de segmentation ? », *Sociétés Contemporaines*, 2007, n° 67, p. 95-118.
- Chevalier François et Mansuy Anne, *Une photographie du marché du travail en 2008*, Insee Première, n° 1272, 2009.
- Desrosières Alain et Thévenot Laurent, *Les catégories socio-professionnelles*, La Découverte, 2002.
- Fortino Sabine, « La seconde vague du féminisme et la maternité », *Clio*, n°5, 1997.
- Gélis Jacques, *La sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie*, Fayard, 1984.
- Hardy-Dubernet Anne-Chantal et Gadéa Charles, *De « faire médecine » à « faire de la médecine »*, DRESS, Série Études, n° 53, 2005.
- Hughes Everett C., *Le regard sociologique*, (textes réunis par J.-M. Chapoulie, Paris, EHESS, 1996.
- Insee, *Enquête Emploi*, 2005.
- Insee, *Enquête Emploi*, 2008.
- Insee, *Enquêtes permanentes sur les conditions de vie des ménages*, 1996 à 2004.
- Insee, *Recensements de la population pour les années 1962 à 1990*, Enquête Emploi 2002.
- Jacques Béatrice, *Sociologie de l'accouchement*, PUF, 2007.
- Knibiehler Yvonne, *Accoucher. Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXe siècle*, ENSP, 2007.
- Laget Michèle, *Naissances. L'accouchement avant l'âge de la clinique*, Seuil, 1992.
- Lévy Michel-Louis, « Population active et catégories sociales au recensement de 1990 », *Population & Sociétés*, n° 270, 1992.
- Maruani Margaret, *Travail et emploi des femmes*, La découverte, 2006.

- Midy Fabienne, Condinguy Sophie, Delamaire Marie-laure, « La profession de sage-femme : trajectoires, activités et conditions de travail », *Question d'économie et de santé*, n°102, 2005.
- Pailhé Ariane et Solaz Anne (dir.), *Entre famille et travail, des arrangements de couples aux pratiques des employeurs*, La Découverte, 2009 ;
- Paradeise Catherine, 1985, « Rhétorique professionnelle et expertise », *Sociologie du travail*, n°1, p. 17-31.
- Schreiber Amandine, *La formation aux professions de la santé en 2002 et en 2003*, DREES, Série Statistiques, n° 69, 2004, p.89
- Schweyer François-Xavier, « La profession de sage-femme : autonomie au travail et corporatisme protectionniste », *Sciences sociales et santé*, n°3, 1996, p.67-100.
- Sicart Daniel, *Les professions de santé au 1^{er} janvier 2009*, Série statistiques, n°131, DRESS, 2009.
- Sicart Daniel, *Les professions de santé au 1^{er} janvier 2010*, Série statistiques, n°144, DRESS, 2010.
- Ulrich Valérie « Logiques d'emploi à temps partiel et trajectoires professionnelles des femmes », in A. Pailhé et A. Solaz, *Entre famille et travail, des arrangements de couples aux pratiques des employeurs*, La Découverte, 2009, p. 209-232.
- Véga Anne, « Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles », *Sciences Sociales et Santé*, n°3, 1997, p.103-132.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition des questionnaires retournés en fonction du type d'établissement.....	9
Tableau 2 : L'âge des sages-femmes en fonction des régions et des données de la DRESS.....	12
Tableau 3 : Répartition de l'ancienneté des sages-femmes.....	14
Tableau 4 : Evolution du numerus clausus des sages-femmes.....	14
Tableau 5 : Répartitions des sages-femmes en fonction des 5 principaux modes d'activité.....	15
Tableau 6 : Répartition comparée des modes d'activités (échantillon et données DRESS).....	15
Tableau 7 : Les modes d'activité des sages-femmes en fonction de leur année de naissance.....	16
Tableau 8 : Les sages-femmes salariées en fonction du statut de l'emploi et de la quotité de travail.....	17
Tableau 9 : Les lieux de travail en fonction du statut de l'emploi.....	17
Tableau 10 : La quotité du temps de travail en fonction de la structure de travail.....	18
Tableau 11 : Répartition de la quotité de temps de travail en fonction de l'âge.....	20
Tableau 12 : La situation familiale des sages-femmes.....	24
Tableau 13 : Situation familiale des sages-femmes en fonction l'âge.....	24
Tableau 14 : Le taux de vie de couple des sages-femmes et des Françaises en fonction de l'âge.....	25
Tableau 15 : La situation familiale des sages-femmes en fonction des régions.....	25
Tableau 16 : Répartition du nombre d'enfants par sage-femme.....	26
Tableau 17 : Le taux de fécondité des sages-femmes et des Françaises en fonction de l'année de naissance.....	27
Tableau 18 : Le nombre d'enfants par sage-femme en fonction de l'âge.....	28
Tableau 19 : La quotité de travail de la sage-femme en fonction du nombre d'enfants.....	29
Tableau 20 : Nombre d'enfants par sage-femme en fonction du mode d'activité.....	30
Tableau 21 : Nombre d'enfants et taux de fécondité des sages-femmes en fonction du mode d'activité.....	30
Tableau 22 : Les choix professionnels en fonction du nombre d'enfants.....	31
Tableau 23 : Taux de fécondité des sages-femmes en fonction du choix professionnel.....	31
Tableau 24 : Répartition des salaires net mensuel.....	32
Tableau 25 : Le salaire des sages-femmes en fonction de la quotité de travail.....	33
Tableau 26 : Le salaire de la sage-femme en fonction du mode d'activité.....	36
Tableau 27 : La quotité de travail des sages-femmes en fonction du mode d'activité.....	38
Tableau 28 : Les ascendances paternelles en fonction de l'année de naissance de la sage-femme.....	40
Tableau 29 : Les ascendances maternelles en fonction de l'année de naissance de la sage-femme.....	40
Tableau 30 : Les ascendances maternelles (actives) en fonction de l'année de naissance.....	41
Tableau 31 : Ascendances de professions de santé chez les pères en fonction de l'année de naissance.....	42
Tableau 32 : Ascendances de professions de santé chez les mères en fonction de l'année de naissance.....	42
Tableau 33 : Les ascendances paternelles émanant des professions de santé.....	43
Tableau 34 : Les ascendances maternelles émanant des professions de santé.....	43
Tableau 35 : Les ascendances paternelles hiérarchisées en fonction de l'année de naissance.....	44
Tableau 36 : Les ascendances maternelles hiérarchisées en fonction de l'année de naissance.....	45
Tableau 37 : Répartition des raisons du choix professionnel.....	47
Tableau 38 : Les raisons du choix professionnel en fonction de l'âge.....	48
Tableau 39 : Les justifications du choix professionnel en fonction du mode d'activité actuel.....	49
Tableau 40 : Répartition des types de difficultés rencontrées lors de la formation.....	52
Tableau 41 : Les difficultés rencontrées par les sages-femmes lors de leur formation en fonction des écoles*.....	53
Tableau 42 : Les difficultés avec les sages-femmes encadrantes en fonction de l'année de naissance.....	54
Tableau 43 : Les difficultés avec les monitrices et/ou les directrices en fonction de l'année de naissance.....	56
Tableau 44 : Les types des difficultés en fonction de la génération de naissance.....	57
Tableau 45 : Moyenne d'âge au diplôme en fonction de l'année de naissance.....	59
Tableau 46 : La moyenne d'âge au DE en fonction l'année d'obtention.....	60
Tableau 47 : Les sages-femmes sans difficulté lors de leur formation en fonction de l'année de naissance.....	61
Tableau 48 : Les sages-femmes sans difficulté lors de leur formation en fonction de la génération de naissance.....	62
Tableau 49 : Les difficultés rencontrées avec les sages-femmes encadrantes en fonction de la PCS du père.....	63
Tableau 50 : Les difficultés rencontrées avec les sages-femmes encadrantes en fonction de la PCS de la mère.....	63
Tableau 51 : Les types de difficulté en fonction de l'attrait pour le libéral et l'exercice libéral.....	64
Tableau 52 : Taux de syndicalisation.....	65
Tableau 53 : Les sages-femmes syndiquées en fonction de l'âge.....	65
Tableau 54 : Les sages-femmes syndiquées en fonction du mode d'activité.....	66
Tableau 55 : Répartition des affiliations syndicales parmi les sages-femmes syndiquées.....	66
Tableau 56 : Répartition des sages-femmes syndiquées en fonction du type de syndicat.....	67
Tableau 57 : Adhésion à une association.....	68

Tableau 58 : Répartition des appartenances associatives	68
Tableau 59 : Les sages-femmes syndiquées en fonction de leur appartenance à une association	69
Tableau 61 : La participation à la grève de 2001 en fonction du mode d'activité.....	70
Tableau 62 : La participation à la grève de 2001 en fonction de l'âge.....	70
Tableau 63 : La perception de l'apport de la grève en termes de reconnaissance professionnelle.....	71
Tableau 64 : Répartition dans la perception de l'aspect inattendu de la mobilisation de 2001	71
Tableau 65 : Répartition dans la perception d'avancées significatives à la suite de la grève de 2001	71
Tableau 66 : Répartition dans la perception de maigres avancées à la suite de la grève de 2001	71
Tableau 67 : La perception d'avancées significatives suite de la grève en fonction du mode d'activité	72
Tableau 68 : Répartition des actes professionnels de la sage-femme.....	74
Tableau 69 : Comparaison entre les actes réalisés par les sages-femmes en 1993 et en 2009	75
Tableau 70 : Les actes professionnels en fonction du mode d'activité	75
Tableau 71 : Les actes professionnels des sages-femmes hospitalières du secteur public	76
Tableau 72 : Les actes professionnels des sages-femmes hospitalières du public en fonction du niveau de la maternité.....	77
Tableau 73 : Réalisation d'accouchement physiologique en fonction de l'âge de la sage-femme hospitalière	78
Tableau 74 : Réalisation d'actes de suites de couches en fonction de l'âge de la sage-femme hospitalière	79
Tableau 75 : Les actes professionnels des sages-femmes hospitalières du privé	80
Tableau 76 : L'accouchement physiologique en fonction de l'âge de la sage-femme hospitalière du secteur privé	81
Tableau 77 : La surveillance de grossesse pathologique en fonction de l'âge (sage-femme hospitalière du secteur privé)	82
Tableau 78 : Les actes professionnels des sages-femmes libérales.....	82
Tableau 79 : Les autres actes professionnels chez les sages-femmes libérales	83
Tableau 80 : La pratique de préparation à la naissance en fonction de l'âge	84
Tableau 81 : La pratique des suites de couches en fonction de l'âge	85
Tableau 82 : La pratique de rééducation périnéale en fonction de l'âge	85
Tableau 83 : Les actes professionnels chez les sages-femmes de PMI et enseignantes.....	86
Tableau 84 : La pratique de préparation à la naissance en fonction de l'âge (sage-femme de PMI et enseignantes)	86
Tableau 85 : Les principaux types de parcours relevé en fonction de niveau d'ancienneté.....	89
Tableau 86 : Le nombre d'étapes dans le parcours professionnel en fonction de l'ancienneté.....	89
Tableau 87 : Le nombre d'étapes dans le parcours professionnel en fonction de l'ancienneté (> ou < à 15 ans).....	90
Tableau 88 : Les types de contrat de travail (1er poste) en fonction de l'ancienneté.....	91
Tableau 89 : Les types de contrat de travail (1er poste) en fonction de l'année de naissance	91
Tableau 90 : Le nombre d'étapes professionnelles en fonction du mode d'activité.....	92
Tableau 91 : Les types de changements envisagés par les sages-femmes d'ici 5 ans	95
Tableau 92 : répartition du niveau d'importance des compétences techniques.....	97
Tableau 93 : L'importance de la compétence technique en fonction du mode d'activité	98
Tableau 94 : L'importance de la compétence technique en fonction de l'âge	98
Tableau 95 : L'importance de la compétence technique en fonction de l'opinion sur le rôle actuel de la sage-femme.....	99
Tableau 96 : Répartition de l'importance de la compétence relationnelle	100
Tableau 97 : L'importance de la compétence relationnelle en fonction du mode d'activité.....	100
Tableau 98 : L'importance des compétences techniques en fonction de l'importance des compétences relationnelles avec la parturiente.....	101
Tableau 99 : Les modes d'activité parmi les sages-femmes privilégiant la compétence relationnelle au détriment de celle technique	101
Tableau 100 : La répartition des âges parmi les sages-femmes privilégiant la compétence relationnelle au détriment de celle technique	102
Tableau 101 : L'importance accordée au contact avec les collègues	102
Tableau 102 : L'importance accordée au contact avec les collègues en fonction des modes d'activité.....	103
Tableau 103 : L'importance accordée au contact avec les collègues en fonction de l'âge	103
Tableau 104 : L'importance accordée à l'expérience en fonction de l'ancienneté	104
Tableau 105 : L'importance accordée à l'expérience en fonction du mode d'activité.....	104
Tableau 106 : L'importance de la polyvalence comme source de compétence.....	105
Tableau 107 : L'importance de la polyvalence comme source de compétence en fonction du mode d'activité.....	105
Tableau 108 : L'importance de la polyvalence comme source de compétence en fonction de l'âge	106
Tableau 109 : L'importance de la compréhension des femmes comme compétence en fonction de l'opinion sur le rôle de la sage-femme	106
Tableau 110 : Les relations avec les gynécologues-obstétriciens	108
Tableau 111 : Les relations avec les gynécologues-obstétriciens en fonction du mode d'activité.....	108
Tableau 112 : Les relations avec les gynécologues-obstétriciens en fonction de l'âge.....	109
Tableau 113 : Les relations effectives avec les gynécologues-obstétriciens en fonction de l'âge	109

Tableau 114 : Les relations avec les puéricultrices.....	110
Tableau 115 : Les relations avec les puéricultrices en fonction des modes d'activité	110
Tableau 116 : Les relations avec les pédiatres	111
Tableau 117 : Les relations avec les pédiatres en fonction du mode d'activité	111
Tableau 118 : La fréquentation d'un homme sage-femme dans le travail	112
Tableau 119 : La fréquentation d'un homme sage-femme dans le travail en fonction du mode d'activité actuel	112
Tableau 120 : Evaluation de la période d'autorisation d'exercer la profession pour un homme en France.....	113
Tableau 121 : L'évaluation de la période d'autorisation d'exercer la profession pour un homme en France et l'âge .	114
Tableau 122 : Evaluation de nombre d'hommes sages-femmes en France.....	114
Tableau 123 : Répartition des dénominations attribuées aux hommes de la profession	115
Tableau 124 : répartition des explications possibles quant au choix des hommes sages-femmes.....	116
Tableau 125 : Les explications possibles quant au choix des hommes sages-femmes et l'âge de la sage-femme.....	117
Tableau 126 : Evaluation de la légitimité de la présence des hommes sages-femmes.....	118
Tableau 127 : Les types de difficultés rencontrés par les hommes sages-femmes selon leurs consœurs.....	120
Tableau 128 : Les types de difficultés rencontrés par les hommes sages-femmes et l'âge de la sage-femme	120
Tableau 129 : Répartition de l'évaluation de l'avenir quantitatif des hommes sages-femmes	121
Tableau 130 : L'évaluation de l'avenir quantitatif des hommes sages-femmes et l'âge de la sage-femme	121
Tableau 131 : Répartition des enjeux de la profession.....	122
Tableau 132 : Les enjeux de la profession en fonction du mode d'activité	122
Tableau 133 : Les enjeux de la profession en fonction du mode d'activité	123
Tableau 134 : Les enjeux de la profession en fonction de l'âge.....	124
Tableau 135 : Répartition de la satisfaction de remplir son rôle de sage-femme	124
Tableau 136 : Répartition de l'évaluation de l'avenir quantitatif des sages-femmes	125
Tableau 137 : La satisfaction de remplir son rôle en fonction de l'âge de la sage-femme.....	125
Tableau 138 : La satisfaction de remplir son rôle en fonction du mode d'activité.....	126
Tableau 139 : Les opinions à propos de la place de la technique et de la technologie dans la naissance	127
Tableau 140 : Les opinions à propos de la place de la technique et de la technologie en fonction du mode d'activité	128
Tableau 141 : Les opinions à propos de la place de la technique et de la technologie en fonction du mode d'activité (après regroupement d'item)	129
Tableau 142 : Les opinions à propos de la place de la technique et de la technologie en fonction de l'âge (après regroupement d'item)	129

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition graphique des sages-femmes de l'échantillon par classes d'âge et par région.....	13
Figure 2 : Evolution du type de contrat et de la quotité de travail en fonction de la classe d'âge.....	19
Figure 3 : Evolution du temps de travail des sages-femmes en fonction de l'âge.....	20
Figure 4 : Evolution du temps de travail en fonction de l'âge (selon les effectifs).....	21
Figure 6 : Evolution du temps de travail des sages-femmes de P.A.C.A. en fonction de l'âge	22
Figure 7 : Evolution du temps de travail des sages-femmes franc-comtoises en fonction de l'âge	22
Figure 8 : Evolution du temps de travail des sages-femmes auvergnates en fonction de l'âge.....	23
Figure 9 : La situation familiale des sages-femmes en fonction des régions	26
Figure 10 : Le salaire mensuel des sages-femmes en fonction du temps de travail	33
Figure 11 : Le salaire mensuel des sages-femmes en fonction des classes d'âge	34
Figure 12 : Le salaire mensuel en fonction de l'âge (sages-femmes travaillant à temps plein)	34
Figure 13 : Le salaire mensuel en fonction de l'âge (sages-femmes travaillant à temps partiel)	35
Figure 14 : Le salaire de la sage-femme en fonction du mode d'activité.....	36
Figure 15 : Analyse factorielle à propos des distinctions de revenus.....	37
Figure 16 : Analyse factorielle à propos du choix professionnel, du mode d'activité et de l'âge	50
Figure 17 : Les difficultés avec les sages-femmes encadrantes en fonction de l'année de naissance	55
Figure 18 : Les difficultés avec les monitrices et/ou les directrices en fonction de l'année de naissance.....	56
Figure 19 : Moyenne d'âge au D.E. en fonction de l'année de naissance.....	58
Figure 20 : Répartition schématique de l'âge de la sage-femme au DE en fonction de son année de naissance	59
Figure 21 : Réalisation d'accouchement physiologique en fonction de l'âge de la sage-femme hospitalière.....	78
Figure 22 : Réalisation d'actes de suites de couches en fonction de l'âge de la sage-femme hospitalière	79
Figure 23 : Corrélation entre le mode d'activité actuel, la classe d'âge et le nombre d'étapes dans la carrière	93
Figure 24 : Corrélation entre le mode d'activité actuel, la classe d'âge et le nombre d'étapes dans la carrière (sages- femmes > 25 ans de carrière).....	94

Figure 25 : Corrélation entre l'importance accordée aux compétences techniques, l'âge et l'opinion sur le rôle actuel des sages-femmes	99
Figure 26 : Les sages-femmes jugeant peu ou pas légitime la présence des hommes en fonction de l'âge	118
Figure 27 : Les sages-femmes jugeant peu ou pas légitime la présence des hommes en fonction du mode d'exercice	119