

Des hommes chez les sages-femmes : vers un effet de segmentation ?

Philippe Charrier

► **To cite this version:**

Philippe Charrier. Des hommes chez les sages-femmes : vers un effet de segmentation?. Sociétés contemporaines, Presses de Sciences Po, 2007, pp.95-118. <halshs-00662553>

HAL Id: halshs-00662553

<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00662553>

Submitted on 8 Feb 2019

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.

Cet article est disponible en ligne à l'adresse :

http://www.cairn.info/article.php?ID_REVUE=SOCO&ID_NUMPUBLIE=SOCO_067&ID_ARTICLE=SOCO_067_0095

Des hommes chez les sages-femmes. Vers un effet de segmentation ?

par Philippe CHARRIER

| Presses de Sciences Po | Sociétés contemporaines

2007/03 - 067

ISSN en cours | ISBN 9782724630992 | pages 95 à 118

Pour citer cet article :

— Charrier P., Des hommes chez les sages-femmes. Vers un effet de segmentation ?, Sociétés contemporaines 2007/03, 067, p. 95-118.

Distribution électronique Cairn pour les Presses de Sciences Po.

© Presses de Sciences Po. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Philippe Charrier

DES HOMMES CHEZ LES SAGES-FEMMES VERS UN EFFET DE SEGMENTATION ?

Résumé¹ : L'intégration d'hommes dans une profession féminisée comme celle de sage-femme oblige à s'interroger sur les modèles d'analyse susceptibles d'en rendre compte. Pour les 160 hommes exerçant aujourd'hui cette profession en France on se demandera dans un premier temps si on observe une dynamique de segmentation. Mais, n'élaborant pas de segment particulier, leur intégration se saisit mieux à partir de la notion de logique d'action, c'est-à-dire la mise en place de pratiques et d'actions favorisant une incorporation satisfaisante. Ainsi, ils tentent de dépasser la question du genre, en adoptant des postures visant par exemple l'autonomie professionnelle, laquelle est privilégiée par une minorité agissante de sages-femmes.

L'étude des rapports sociaux de sexe au travail s'est construite autour de problématiques tentant de comprendre comment les femmes intègrent des emplois « réservés » aux hommes et notamment en repérant les trajectoires qu'elles empruntent (Collin, 1994 ; Marry, 1989 ; Laufer, Marry, Maruani, 2001). Constatant des fluctuations en termes de répartition hommes/femmes, spécialement dans les professions de santé, nous proposons d'aborder le cas chez les sages-femmes où c'est l'intégration des hommes qui est à interroger. Est-ce que leur apparition, dans un secteur totalement féminisé, va bouleverser les repères de cette profession, entraîner une reconfiguration des rapports hiérarchiques dans les maternités ou créer des rapports intersubjectifs nouveaux entre hommes et femmes, à l'image des infirmiers dans les services psychiatriques (Molinier, 1999) ?

Ces questionnements sont d'autant plus révélateurs que cette profession a longtemps paru à l'abri d'une telle évolution, en raison de sa spécificité, c'est-à-dire la nécessité de faire preuve d'empathie envers la femme enceinte, capacité définie socialement comme féminine (Pouvreau-Romilly, 1991). Or, depuis 1982, en France, cette profession s'est ouverte aux hommes² et aujourd'hui 160 l'exercent. Ce constat ne constituerait qu'une anecdote si l'éventualité d'une hausse significative du nombre de praticiens ne se profilait pas (aujourd'hui 0,97 % des effectifs) (DRESS, 2005, Charrier, 2007).

1/ Je remercie Michèle Ferrand pour sa lecture attentive et ses remarques constructives.

2/ Pour être précis il s'agit de l'accès à la formation qui a été autorisée aux hommes. Ce changement intervient à la suite d'une directive européenne à propos de la non-discrimination sexuelle dans le domaine professionnel.

Philippe Charrier

En effet, la nouvelle forme de recrutement en école de sages-femmes mise en place en 2003 (développée plus loin), s'avère favorable à la venue d'hommes dans la profession, dans le sens où de jeunes garçons se voient proposer cette orientation professionnelle sans y avoir songé auparavant.

Toutefois, une dynamique de masculinisation ne se résume pas seulement à l'évolution statistique de la répartition de chacun des sexes. De plus, on imagine mal que la profession de sage-femme s'ouvrent de manière conséquente à « l'autre sexe », à la manière de la magistrature (Boigeol, 1993), des infirmières (Saliba, Bon-Saliba, Ouvry-Vial, 1993) ou dans une moindre mesure, des commissaires-priseurs (Quemin, 1998). Évoquer la masculinisation des sages-femmes revient à se demander si ce métier, radicalement marqué par son caractère féminin, peut se décliner au masculin sans en être profondément modifié ?

Cet article traite donc de l'intégration des hommes chez les sages-femmes et de leur conception de l'exercice professionnel. Nous partons du postulat que toute profession est segmentée (Dubar, Tripier, 1998), à savoir qu'elle recèle en son sein des ensembles d'individus répartis en segments, ces derniers étant en compétition, en restructuration continue et correspondant à des institutions, des statuts différents voire des associations professionnelles diverses (Bucher, Strauss, 1992)³. La solution trouvée par ces hommes n'est-elle pas de constituer un segment professionnel autour de leur genre ? Dans quelle mesure seraient-ils conduits à adopter un profil divergent de celui des femmes, permettant de franchir l'obstacle de l'empathie sexuée, n'étant pas à même d'éprouver la situation de femme enceinte ?

Dans le même temps, il convient de saisir le point de vue des acteurs. La sociologie du genre est armée sur le sujet. N. Le Feuvre fournit une grille d'analyse des multiples logiques d'actions observables chez les femmes en rapport avec les normes sexuées. On rencontre trois logiques d'actions : le modèle de la différenciation des sexes avec une assignation au domestique ; le modèle du troisième sexe, où les femmes élaborent des logiques d'action avec des référentiels identiques aux hommes tout en continuant à se penser dans une position de transgression de normes ; et le modèle du dépassement du genre où N. Le Feuvre voit apparaître une sorte

3/ Pour R. Bucher et A. Strauss, le segment « désigne ces groupements qui émergent à l'intérieur d'une profession (...) poursuivant des objectifs divers, plus ou moins subtilement maintenus sous une appellation commune à une période particulière de l'histoire » et renvoie donc à des identités organisées (p. 68-69).

d'interchangeabilité des hommes et des femmes dans le domaine professionnel et domestique (Le Feuvre, 2004). L'hypothèse de ce travail est que les hommes sages-femmes s'inscrivent dans une dynamique participant de ce troisième modèle.

Les recherches sur l'intégration des hommes dans des milieux professionnels féminins sont rares⁴, notamment dans le champ de la santé, si l'on excepte le travail précurseur de P. Molinier (Molinier, 1999). Celles portant sur les dynamiques de la masculinité n'explorent pas l'activité professionnelle et privilégient les sphères privées et domestiques (Wezler-Lang, 2004). Cependant, la recherche d'A.-M. Arborio et T. Angeloff sur les aides-soignants, les aides à domicile et les agents d'entretien hospitaliers est proche de nos considérations (Angeloff et Arborio, 2001). Elles constatent la mise en place d'espaces segmentés en fonction du genre, les hommes se regroupant autour de tâches supposées plus techniques ou faisant appel à la force physique. Nous verrons cependant que le cas des hommes sages-femmes présente une configuration assez différente, ceux-ci ne se positionnant pas dans une dynamique de différenciation ou de quelconque revendication quant à leur genre. En effet, les logiques d'actions caractéristiques qu'ils peuvent mettre en œuvre sont au cœur du débat actuel sur la politique de la naissance à savoir une reconnaissance des compétences particulières de la profession de sage-femme.

Afin de comprendre cette évolution de la profession, nous aborderons dans un premier temps l'environnement professionnel de la naissance, tel qu'il s'est construit et offre aujourd'hui une place aux hommes sages-femmes. Puis, nous examinerons, au travers des caractéristiques de cette population, si un profil spécifique et segmenté émerge. Enfin nous verrons que ces hommes, en recherchant avant tout une autonomie professionnelle, empruntent une logique d'action visant à dépasser la question du genre, sans que pour autant cela débouche sur un effet de segmentation.

4/ Lors d'un colloque qui s'est tenu à l'Université de Brest en 2005 portant sur « l'inversion du genre », deux contributions ont traité d'une problématique connexe à la nôtre, celui de M.-D. Vasconvellos sur les assistants sociaux comme vecteur d'introduction de la mixité et de C. Philippe sur le conseil conjugal et familial au masculin.

Philippe Charrier

L'ENQUÊTE

Ces analyses sont le fruit d'une enquête menée auprès d'hommes sages-femmes qui s'est déroulée en deux volets.

- Le premier, de nature quantitative, visait à connaître cette population via un questionnaire transmis par courrier à l'ensemble des praticiens en exercice en 2001. Soixante deux ont répondu, soit plus de la moitié d'entre eux (à l'époque 110 hommes sages-femmes sont recensés en France). Le taux de retour peut-être considéré comme satisfaisant, même si d'un strict point de vue statistique l'échantillon reste faible en volume. Ainsi, les comparaisons établies avec la population plus vaste des sages-femmes ont un sens davantage analytique que statistique. Néanmoins l'interprétation des données reste légitime car elle s'appuie sur une méthodologie d'enquête non univoque, puisque des entretiens semi-directifs ont été conduits auprès de la même population et que des observations de terrain ont eu lieu. Vouloir s'en tenir à une analyse de données exclusivement quantitative aurait été ici un non-sens. L'objectif principal était de recueillir des informations destinées à mieux connaître cette population afin d'en faire ressortir éventuellement des particularités. Les questions portaient sur : leur parcours de formation et d'emploi, leurs motivations à exercer cette profession, leurs origines sociales, leur situation familiale, leur perception du métier, ainsi que sur les tâches réalisées, leur opinion sur l'avenir du secteur professionnel et de la profession. L'ensemble des résultats statistiques qui suivent est tiré de cette enquête.

- Le second volet, de nature qualitative, réalisé entre 2002 et 2004, visait à approfondir la connaissance des parcours professionnels et les motivations à l'origine de leur choix, à dresser un état de leurs relations avec les collègues et les parturientes. La grille d'entretien s'organise comme suit : le vécu de formation, le choix de carrière, les premières années d'exercice, son évolution jusqu'à aujourd'hui et l'avenir envisagé, les rapports avec l'organisation professionnelle, les relations avec les collègues et les autres professionnels de la naissance, les relations avec les parturientes, leur opinion sur les débats qui agitent la profession.

Nous souhaitons approcher ainsi les logiques d'actions qui président aux comportements de ces hommes, tant du point de vue de la carrière que du rapport avec la profession et leurs collègues. Nous avons réalisé 13 entretiens semi-directifs, d'une durée de 1 h 30 à 2 h 30. Le choix des interlocuteurs s'est fait en fonction des résultats de la première enquête, principalement au regard des critères d'ancienneté et de diversité des modes d'exercice, afin de rencontrer tous les profils d'hommes sages-femmes. À ces entretiens, s'ajoute les 12 entretiens réalisés en 2000 auprès d'étudiants de l'École de Sage-femme de Grenoble, dont la plupart sont aujourd'hui en activité (Charrier, 2004a).

Les sages-femmes, si elles n'ont pas directement été interviewées dans le cadre d'une enquête représentative, ont été côtoyées, consultées, interrogées. La participation à des séminaires et colloques ainsi qu'aux activités de la Société d'Histoire de la Naissance a permis de mettre au jour les enjeux actuels de la profession. Par ailleurs, nos interventions à l'école de sage-femme de Grenoble et de Lyon en qualité d'enseignant nous ont permis, outre de connaître les programmes d'enseignement, de voir in vivo comment des garçons se positionnent dans leur cursus et quel est le regard de leurs collègues filles à leur égard. Enfin, des observations de terrain ont été menées dans un CHU de la région lyonnaise par la participation à des gardes en tant qu'observateur auprès d'un homme sage-femme en 2004.

■ QUELQUES REPÈRES DANS L'ENVIRONNEMENT PROFESSIONNEL DE LA NAISSANCE

Il est nécessaire de prendre un recul historique pour saisir l'organisation de la naissance en France afin de comprendre la logique de répartition des activités ou des « faisceaux de tâches » (Hughes, 1981) propre aux deux principales professions intervenant dans ce champ, les obstétriciens et les sages-femmes. L'interaction de subordination entre ces deux groupes professionnels s'observe depuis l'avènement de l'obstétrique comme science médicale (au XVIII^e siècle). Ce sont des hommes, les médecins, qui détiennent la connaissance et le savoir, après avoir évincé et discrédité les matrones puis limité les sages-femmes dans leur exercice professionnel (Gélis, 1988). La situation qui s'ensuit entérine cette répartition des tâches : aux hommes l'exercice de compétences médicales et scientifiques via les interventions chirurgicales valorisantes et valorisées (césarienne, forceps), aux femmes le rôle d'accompagnement relatif à des compétences attachées aux qualités dites féminines.

Actuellement, l'éventail des prescriptions chez les sages-femmes se circonscrit au domaine « eutocique », aux accouchements demeurant dans la physiologie, ce qui n'est pas le cas des gynécologues-obstétriciens⁵. La formation des sages-femmes est de quatre années d'études après l'examen de PCEM1 alors que le parcours des gynécologues-obstétriciens est deux fois plus long. De même, l'exercice libéral est bien plus fort chez ces derniers que chez leurs consœurs (DRESS, *Les médecins*, Séries Statistiques, 2005)⁶.

Si la répartition de ces deux « faisceaux de tâches » (eutocique/dystocique) peut apparaître fonctionnelle et adaptée dans l'organisation du travail très hiérarchisée des structures hospitalières, elle est aussi un moyen de maintenir le pouvoir obstétrical dans les mains des médecins (Dagnaud et Mehl, 1988). Alors que les femmes peuvent prétendre à une compétence issue de la relation empathique avec la parturiente, compétence que l'on peut qualifier « de genre » (Schweyer, 1996), c'est-à-dire en rapport avec des qualités et des capacités attendues des femmes comme la dimension relationnelle, pédagogique, de conseil, les accoucheurs ont eux établi une relation distanciée, rationnelle et scientifique à la femme.

5/ Depuis 1948, les sages-femmes bénéficient du statut de profession médicale, toutefois limitée dans ses compétences. Le code de la santé publique a entériné une répartition entre les interventions « eutociques » c'est-à-dire les accouchements sans complications prévues ou envisageables, et les accouchements « dystociques », à savoir les accouchements à risques pour la femme et/ou l'enfant.

6/ Au 1^{er} janvier 2004, 64 % des gynécologues-obstétriciens exercent en libéral. Dans cette spécialité, la proportion de femmes s'élève à 37,3 %.

Philippe Charrier

Aujourd'hui, la France cherche à se doter d'un nouveau système de périnatalité (Naiditch, n.d.)⁷. De « Rapport sur la périnatalité » en grand « Symposium sur la naissance » (Enquête Nationale Périnatalité, 1998 ; États généraux de la Santé, 2003), l'État tente de trouver des solutions à la crise actuelle des maternités, que ce soit en terme de coûts, de pénurie de professionnels (gynécologues-obstétriciens), de responsabilités médico-légales ou de contestations des patients. Les dernières orientations politiques visant à regrouper les naissances dans des centres effectuant au moins 300 accouchements par an sont source de débats voire de polémiques⁸.

Dernier constat, une nouvelle forme de recrutement mise en place dans les écoles de sages-femmes françaises (généralisé à la rentrée 2004) confronte des hommes à la possibilité de suivre la formation de sage-femme⁹. Jusque-là, l'accès à l'école de sages-femmes se faisait par un concours indépendant. Aujourd'hui, les futurs élèves doivent passer par une première année de médecine (PCEM1) et être classés au moins parmi les 20 à 30 places réservées à l'école de sages-femmes affiliée à la faculté de médecine. Par conséquent, des étudiants filles et garçons se voient proposer cette filière alors qu'ils n'y avaient pas forcément songé.

■ QUI SONT CES HOMMES SAGES-FEMMES¹⁰ ?

■ L'ENTRÉE DANS LA CARRIÈRE : UNE POPULATION JEUNE, PEU « DESTINÉE » À CETTE PROFESSION

La faiblesse de la présence masculine chez les sages-femmes suggère l'existence d'un type particulier d'hommes. Leur originalité professionnelle relève-t-elle d'une spécificité sociale ou d'une trajectoire individuelle ? Ces hommes auraient-ils des profils identiques ou au contraire ce serait le hasard de la formation qui les conduirait à exercer cette activité ?

Ainsi, il est tentant d'avoir recours à la thèse de la carrière médicale « ratée ». Il y aurait alors un segment majoritaire de praticiennes

7/ Voir par exemple, C. Petitnicolas « Accouchement : l'exception française », *Le Figaro*, 29/04/2003, p. 13.

8/ Lors des « États généraux de la naissance », 6 juin 2003, organisé sous l'égide du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, en partenariat avec de multiples associations et syndicats professionnels au ministère de la Santé, nous avons pu observer une fracture entre la grande majorité des participants et les représentants du gouvernement à propos de son plan de périnatalité.

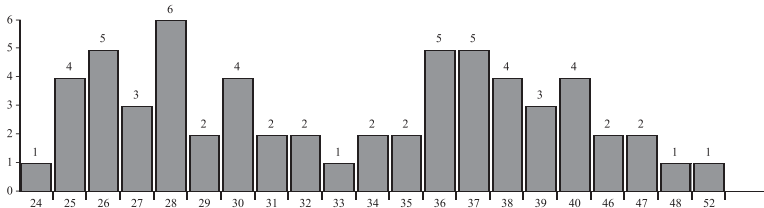
9/ Ce système existait à titre exceptionnel à l'École de Grenoble depuis 1992.

10/ Ils sont nommés ici « hommes sages-femmes » afin de pouvoir les distinguer des praticiennes, et non par volonté d'adopter une dénomination particulière.

mues par une vocation et en parallèle des praticiens minoritaires motivés par une revanche sur le destin. Logiquement, on rencontrerait alors de nombreuses ascendances médicales ou paramédicales chez ces hommes. Tel n'est pas le cas. Ils sont issus des classes plutôt modestes d'employés ou d'ouvriers qualifiés, dans quelques cas de PCS supérieures, tout en étant, en règle générale, dans une dynamique d'ascension sociale et professionnelle par rapport à leurs parents. La variable du milieu social n'est guère opérante pour qualifier cet échantillon.

La caractéristique principale de cette population est sa jeunesse qui s'explique par l'accès récent à la formation. La moyenne d'âge dépasse légèrement 33 ans. L'ancienneté moyenne dans le métier est d'environ 10 ans. On constate une présence relativement forte de praticiens diplômés dans les années 1985 à 1988 à la suite de l'ouverture de la formation aux hommes. Cette ouverture a créé un « appel »¹¹ qui ne s'est pas poursuivi, la génération des 31-35 ans étant plus faible. La prépondérance des 24-30 ans s'explique en partie par l'apport de diplômés grenoblois en raison du caractère précurseur du recrutement dans cette école.

FIGURE 1
Courbe des âges des hommes sages-femmes de l'échantillon



Nous avons constaté chez les étudiants sages-femmes que leur choix était assez peu réfléchi et que leur parcours de formation avait été décisif (Charrier, 2004a)¹². Cette tendance est confirmée chez les hommes sages-femmes en exercice.

11/ Durant cette période, plusieurs hommes diplômés nous ont expliqué qu'ils ont fait ce choix à la suite de la lecture d'articles relatant l'ouverture de la profession aux hommes.

12/ Les étudiants de l'école de Grenoble, passant par le système de recrutement de la 1^{re} année de médecine, ne se disaient pas destinés à être sage-femme. Avec le recul des années, les étudiants de 3^e ou 4^e année reconnaissent volontiers que leur choix s'expliquait surtout par le hasard de leur parcours universitaire et par leurs résultats aux examens. Cela ne les empêchait pas de vouloir devenir des sages-femmes à part entière et d'être résolus à exercer cette profession.

Philippe Charrier

Les justifications qu'ils donnent à leur choix professionnel sont plurielles (tableau 1). Le hasard y tient une certaine place plus importante que la vocation. L'intérêt pour la naissance et pour les enfants est un moteur de la décision d'embrasser cette carrière. De même, le fait d'intégrer une profession médicale s'avère décisif, l'attrait du secteur d'activité est bien réel. L'idée était pour la plupart d'entrer dans une profession de santé ce qui atténue l'explication par le hasard, sachant que le métier de sage-femme n'était pas un objectif en soi. Les choix par défaut sont donc rares et viennent d'une certaine manière contrebalancer cette absence de vocation. Comme le montrent les entretiens, dès l'entrée à l'école de sage-femme, les hommes sont réellement enclins à exercer cette profession, ils n'ont ni regrets, ni appréhension particulière. *A posteriori*, lorsque le processus de formation est enclenché, ces hommes envisagent leur orientation comme un choix.

TABLEAU 1

Modalités du choix professionnel des hommes sages-femmes

Modalités de réponse	Citations	Fréquence	Citations	Fréquence
	(rang 1)	%	(somme)	%
Par vocation	6	9,7	12	7,1
Par hasard	14	22,6	25	14,9
Parce que c'est une profession médicale	15	24,2	42	25
Par intérêt pour la naissance et/ou les enfants	21	33,9	43	25,6
Par défaut, car je n'ai pas réussi le concours de médecine	4	6,5	13	7,7
Pour travailler dans une structure hospitalière	1	1,6	13	7,7
Pour travailler en libéral	0	0	3	1,8
Parce que c'est une profession féminine	0	0	0	0
En raison d'une attitude pionnière	1	1,6	17	10,1
TOTAL	62	100	168	100

Les entretiens le confirment, le métier de sage-femme ne fait pas partie des aspirations premières, cela pouvant s'expliquer notamment par l'absence relative de questionnements autour de la maternité dans les processus de socialisation masculine. Cette période du choix professionnel est évoquée comme un tâtonnement, plus qu'un projet déterminé à l'avance. Ce cheminement fait de doutes est signifié dans l'extrait qui suit :

« Je commençais à me lancer dans des études de kiné. Enfin, j'ai passé les concours pour faire kiné... La première année, j'ai raté et puis la deuxième année j'ai retenté. J'avais été reçu, j'étais sur liste d'attente en fait. Et ma sœur qui voulait faire sage-femme, elle est allée passer le concours. Et pour moi je me suis dit "ben, ça va peut-être me préparer aussi pour mes études". Et... J'ai

réussi l'examen et Sylvie [la sœur], maintenant elle est infirmière. Donc après, je me suis dit "pourquoi pas essayer ça ?" Parce que kiné ça ne me disait plus trop rien... J'avais envie de changer en fait. Et puis, je me suis lancé là-dedans sans vraiment savoir ce que c'était quoi. Je savais ce que c'était une sage-femme mais je n'en savais pas plus. Je ne voulais pas, avant d'entrer à l'école de sage-femme, faire sage-femme spécialement au départ. Et puis, je me suis dit "au pire tu perds un an ou deux mais c'est pas très très grave". Et voilà ! ». Alain

Les réponses formulées à propos du choix professionnel confirment qu'il est ardu de déterminer un profil d'hommes susceptibles d'être sage-femme tant les réponses sont variées. Si effet de segmentation il y a, celui-ci ne peut-être imputé ni au profil social des futurs sages-femmes, ni à leurs motivations pour entrer dans la profession. Néanmoins, on devine une volonté de contrôle ou tout au moins de construction de la destinée professionnelle.

■ VERS DES « MODES D'ACTIVITÉ » MASCULINS ?

S'il est malaisé d'établir un profil type peut-on repérer des similitudes à propos de l'activité professionnelle et du lieu d'exercice¹³ ? Comment ses hommes s'orientent-ils dans les modes d'activité possibles et les tâches réalisables qui s'ouvrent à eux ? Font-ils des choix qui les singularisent de leurs homologues femmes ? Les résultats de l'enquête sont sur ce point significatifs et tendent vers le souci d'un accompagnement global de la parturiente, pour autant la thèse de l'apparition d'un nouveau segment professionnel ne va pas de soi.

On note une forte tendance à se diriger vers le secteur hospitalier, donc vers un mode salarié. Cette logique est finalement assez conforme à l'ensemble du groupe professionnel – 82,2 % pour l'ensemble des sages-femmes (Schweyer, 1996). Pour autant, les hommes se singularisent car ils exercent davantage dans des structures hospitalières, au détriment des cliniques (13,8 % contre 22,5 %). Aucun ne travaille en PMI, alors que c'est le cas pour 4,3 % des sages-femmes.

13/ Les modes d'exercice sont en grande part soumis au type d'établissement dans lequel la/le sage-femme exerce. En effet, seul l'hôpital oblige les sages-femmes à pratiquer dans des services très différents en matière de compétences (roulements), les tâches étant plus segmentées en clinique (sauf cas particuliers) ainsi que davantage hiérarchisées (rôle très différencié entre la sage-femme et le médecin accoucheur). L'exercice libéral est quant à lui plus diversifié, même si dans la majorité des cas les sages-femmes se sont spécialisées (volontairement ou non) dans une activité *anté* et *post* accouchement. Les accouchements à domicile n'étant pas la norme loin s'en faut, et l'ouverture de plateaux techniques étant très difficile à obtenir.

Philippe Charrier

TABLEAU 2
Répartition par modes d'exercice des hommes et de l'ensemble des sages-femmes en 2001

Structures	Répartition des hommes sages-femmes		Répartition de l'ensemble des sages femmes ¹⁴	
	Effectif ¹⁵	%	Effectif	%
Centre Hospitalier (CHU ou CHG)	43	64,6	8 403	56
Clinique	9	13,8	3 380	22,5
Exercice libéral	11	16,9	1 890	12,6
PMI	0	0	642	4,3
Autres (dont écoles de sages-femmes)	3	4,6	712	4,6
Total	65	100	15 027	100

On observe un recentrage de la pratique des hommes autour des grandes structures où il existe une plus grande diversité de tâches. Dans le milieu hospitalier, les sages-femmes sont amenées par roulement à occuper des postes différents (salle d'accouchement, suites de couches, préparation à la naissance, etc.), ce qu'elles rencontrent moins dans le travail en clinique (surtout privée). De ce fait, lieux d'exercice et modes d'activités se rejoignent. Choisir l'hôpital, voire les CHU, c'est s'octroyer la possibilité de sortir de l'exécution de tâches au bénéfice d'une activité globale relevant de la compétence de la sage-femme, voire la débordant.

Certains hommes sont toutefois passés par ces structures « privées ». Mais ils conçoivent la clinique comme un mode d'exercice par défaut ou contraint ; dans la mesure du possible ils l'évitent. Ainsi ce praticien qui travaille en Centre Hospitalier explique que ce lieu d'activité n'est pas à ses yeux un milieu de travail favorable au développement de l'autonomie. La subordination à l'autorité, notamment au gynécologue-obstétricien, est vécue comme un frein à l'exercice professionnel :

« En sortant de l'école, c'est pratiquer qui est important, c'est faire des accouchements. On veut être indépendant, on veut gérer son propre travail. En clinique, c'est difficile, parce que vous êtes tout le temps sous la coupe du médecin, qui va vous dire "fais ça, fais pas ça..." ». André

14/ Source : Ordre des sages-femmes.

15/ Il y a plus de réponses que de répondants en raison de l'activité de certains sages-femmes exerçant parallèlement dans deux types de structures.

Elle constitue la raison principale qui éloigne les hommes sages-femmes des cliniques. La perception et la réalité de la subordination aux médecins sont des facteurs décisifs qui vont à l'encontre de la valorisation de leur propre activité :

« Vous savez, la clinique c'est vraiment, c'est le médecin tout puissant. Parce que bon, il arrive, il met les gants, il fait naître l'enfant, même si ça fait 12 heures que vous vous occupez de la patiente, c'est lui que la patiente va remercier. (...) À la clinique vous êtes vraiment le petit personnel insignifiant. ».
Lionel

Toutefois, la distinction entre hommes et femmes est surtout dépendante de la conception de la mission qui, chez les hommes, met en exergue l'autonomie perçue (nous y reviendrons dans la troisième partie). Ainsi, le lieu d'exercice n'est pas un facteur qui en lui-même peut conduire à une segmentation prenant appui sur un mode d'activité plutôt qu'un autre. Globalement, l'étendue du travail des sages-femmes est assez mal connue du grand public, l'accouchement étant en quelque sorte l'arbre qui cache la forêt. Les praticiennes n'utilisent qu'une partie de leurs compétences. Malgré tout, s'il existe bel et bien des distinctions en terme de tâches réalisées, on ne relève pas sur ce point les prémices d'une distinction sexuée, qui orienterait tout particulièrement les hommes vers les tâches les plus techniques comme on pourrait en faire l'hypothèse (Tabet, 1998).

La distinction entre hommes et femmes est surtout dépendante de la conception de la mission qui, chez les hommes, met en exergue l'autonomie perçue

Dans l'enquête menée par F.X. Schweyer, une question portait sur les actes réalisés. Nous avons également demandé aux hommes les actes qu'ils effectuaient. Si le volume de personnes interrogé est différent, il est cependant possible de mettre en perspective ces données. Plus qu'une comparaison, l'intérêt de cette entreprise est de montrer que les hommes sages-femmes ont une activité plus diversifiée – d'où des chiffres plus élevés – repérable sur l'ensemble des items. Cet état de fait est lié à une moyenne d'âge relativement peu élevée (les hommes sages-femmes étant nettement plus jeunes que la moyenne) et à son corollaire, un mode d'activité spécifique aux structures hospitalières (comme mode d'activité privilégié en début de carrière).

Philippe Charrier

TABLEAU 3

Actes effectués régulièrement par les hommes sages-femmes

Actes	Hommes sages-femmes				Ensembles des sages-femmes ¹⁶	
	Oui		Non		Oui	Non
	Effectif	%	Effectif	%	%	%
Accouchement	40	80,0	10	20,0	67,5	32,5
Suites de couches	39	76,5	12	23,5	45,0	55,0
Réfection épisiotomie	38	76,0	12	24,0	66,4	33,6
Soins infirmiers	38	74,5	13	25,5	34,0	66,0
Réanimation	36	72,0	14	28,0	57,0	43,0
Consultation	33	66,0	17	34,0	50,0	50,0
Délivrance artificielle	25	52,1	23	47,9	38,0	62,0
Prép. à la naissance	21	41,2	30	58,8	47,0	53,0
Réinjection péridurale	18	36,7	31	63,3	22,0	78,0
Échographie	13	26,0	37	74,0	13,0	87,0

On relève une plus grande polyvalence chez les hommes sages-femmes ; leurs actes sont plus variés. De même, la hiérarchie des actes est quelque peu différente selon le sexe¹⁴. Si les hommes et les femmes se rejoignent sur ce qui fait le « noyau » de la profession, à savoir l'accouchement (et la réfection d'épisiotomie qui l'accompagne souvent), ils se différencient sur d'autres actes, notamment les consultations qui semblent être plus importantes dans le travail des femmes. Plus inattendue est la place que tiennent les suites de couches dans l'exercice de ces hommes par rapport à celles des femmes (3^e rang pour les praticiens contre le 6^e pour l'ensemble professionnel). Il est intéressant de voir que cette tâche n'est pas récusée, quand on sait que ces suites de couches correspondent à une situation où la parturiente doit reprendre possession de son intimité. Enfin, les hommes s'attachent moins à la préparation à la naissance. Il est difficile d'estimer le poids de l'organisation du travail en maternité dans cet état de fait, si par exemple, on évite délibérément de faire intervenir un homme dans ce domaine. Mais on peut penser que pour une parturiente et son conjoint, la présence d'un homme sage-femme lors du premier contact réel avec l'équipe qui va les prendre en charge peut encore apparaître incongrue.

En fin de compte, mis à part ces quelques inflexions, on ne trouve pas actuellement de profil d'activité spécifique aux hommes. Au contraire, ils interviennent dans toute l'étendue de l'activité de la sage-femme. Les suites de couches et les soins infirmiers mis à part, la hiérarchie des tâches pratiquées est très proche.

16/ Enquête F.-X. Schweyer (1996).

17/ Ceci vaut en terme de tendance non en tant qu'analyse statistique.

Pour ce qui est des tâches réalisées par les hommes, les quelques marques de distinction masculines ne sont pas assez significatives pour conclure à la création d'un segment professionnel qui leur soit particulier. On peut penser que le lieu d'exercice a une incidence sur les pratiques, qu'elles soient le fait d'hommes ou de femmes. Cependant, un point reste en suspens. Les hommes qui pratiquent en libéral ont tendance à vouloir conserver l'ensemble des tâches relatives à la profession dans une vision globale (demande d'ouverture de plateaux techniques pour continuer à pouvoir réaliser des accouchements en structure, participation à des groupes de réflexions sur la naissance...); ce qui n'est pas le cas de leurs consœurs qui bien souvent limitent leur activité en libéral à des cours de préparation à la naissance et aux suites de couches. Sur ce point précis, seul une arrivée plus massive des hommes dans la profession permettra de tirer des conclusions définitives.

■ UNE CERTAINE VISION DE LA PROFESSION

■ UN NÉCESSAIRE CONTOURNEMENT DE « L'EMPATHIE »

La question de la dénomination résume à elle seule toute l'ambiguïté d'un questionnement genré : à savoir la particularité d'exercer un métier nommé par un sexe différent du sien. La problématique de l'intégration professionnelle des hommes sages-femmes est symbolisée par ce terme, ce qui revient à s'interroger sur la manière dont ils s'accommodent de cette altérité. En effet, la fonction d'accompagnement de la parturiente est une tâche qui incombe traditionnellement à la femme. Les historiens (Gélis, 1984, 1988 ; Knibeuilher et Fouquet, 1977 ; Thébaud, 1986) et les anthropologues (Tillard, 2002) rappellent qu'hormis quelques exceptions, la personne qui assiste la parturiente (quand il y en a une) est toujours une femme. Cette association entre le genre féminin et la fonction d'accompagnement allait de soi jusqu'au moment où des hommes leur ont contesté cette légitimité de fait. C'est entre le XVII^e et le XIX^e siècle que le débat fait rage, avec l'issue que l'on connaît, les médecins brandissant leur savoir spécifique et rationnel, les sages-femmes revendiquant la spécificité de leur place auprès de la femme enceinte. Ces dernières développèrent l'argument de l'empathie, cette faculté à percevoir et ressentir les sentiments et les états d'âme de l'autre en raison de sa proximité sexuée. Or, les hommes sages-femmes sont exclus *de facto* de cette relation qui implique une capacité intrinsèque de s'identifier à autrui en raison d'une identité sexuée commune ; mais aussi une sympathie qui se traduit par un registre émotionnel,

Philippe Charrier

comme cette aptitude à ressentir ce que l'autre vit. L'empathie est une terminologie présente dans la rhétorique professionnelle (même si le terme n'est pas toujours employé de façon explicite) et fait débat encore aujourd'hui, et si elle n'est pas directement inscrite dans des protocoles elle est présente dans les discours. Ainsi, il faut voir dans ce modèle de l'empathie à la fois une incidence de l'histoire de la profession, comme résistance face à celle des médecins obstétriciens, mais également une justification de la compétence professionnelle qui déborde le cadre genré pour prendre forme dans un rapport à l'autre où la question du sensible est fondamentale. Aussi, il serait erroné de penser que l'empathie est un ersatz du passé, de l'ordre de la représentation d'une activité révolue. On en veut pour preuve les enjeux qu'il y a sur le bien fondé de mettre encore en avant cette compétence implicite pour asseoir toutes les autres, celles utilisées dans la description officielle du travail. Valeur en soi, l'empathie est soit induite (être une femme qui accouche une femme), soit recherchée (être en mesure de se mettre à la portée de l'autre jusque dans les aspects sensible et perceptible), soit rejetée (la compétence professionnelle étant centrée sur des opérations qui ne résultent pas de ce registre).

L'empathie requiert de s'interroger sur la norme professionnelle en ce qu'elle déborde le cadre des règles formelles.

Difficile à saisir, puisque la plupart du temps implicite (elle ne suppose pas un registre de justification), l'empathie requiert de s'interroger sur la norme professionnelle en ce qu'elle déborde le cadre des règles formelles. Directement imputable à la dénomination de l'activité elle ne peut être exclue du champ de l'analyse car elle est bien souvent posée de fait. Interroger des hommes à ce propos permet de faire du banal un objet de questionnement. Dès lors, l'empathie devient objet de discussion puisqu'un homme ne peut se substituer à une femme. D'une certaine manière il est probable qu'une arrivée plus massive d'hommes obligera à intégrer cette question dans la description officielle de l'activité. Dès lors, elle pénétrera le régime du rationnel pour sortir d'un cadre symbolique qu'elle conserve encore aujourd'hui, mais n'oublions pas que ces aspects « imaginaires » fondent en grande part les cohésions professionnelles (Charrier, 2004b).

Dès qu'ils se nomment à autrui, les hommes sages-femmes sont donc confrontés à leur altérité. On pourrait penser que les hommes sages-femmes et les étudiants voient cette situation comme problématique, mais ce n'est pas le cas. Ils ne remettent pas en cause la légitimité de leurs consœurs à évoquer cette compétence. Ne pouvant y accéder, ils contournent le problème en se faisant les maïeuticiens de la femme qu'ils accouchent mais plus largement de leur profession (Charrier, 2004a). D'ailleurs, on pense souvent qu'une

dénomination particulière leur est attribuée. Être nommé n'est pas anodin ; c'est une forme de catégorisation où s'exprime un véritable attachement personnel (Kramarz, 1991). Alors comment des hommes peuvent-ils accepter de se nommer « sage-femme » et préférer au final employer ce terme ? Car, ils ne choisissent pas de se démarquer de leurs collègues femmes.

Dès 1982, la profession se pose cette question, en tentant de fournir une appellation adéquate aux futurs praticiens. Les propositions émises – « maïeuticien », « parturologue » – n'ont pas reçu d'écho favorable¹⁵. Pour ces hommes, l'usage du terme de sage-femme afin de se nommer est la règle ; une forte majorité (57/62) déclare que ce terme leur convient, le qualificatif « homme » pouvant ou non être ajouté :

Pour ces hommes, l'usage du terme de sage-femme afin de se nommer est la règle.

TABLEAU 4
Quelle est la dénomination qui vous convient le mieux ?

Dénominations	Nombre citations ¹⁹	Fréquence (%)
Le sage-femme	27	43,5
La sage-femme	16	25,8
Le sage-femme homme ou l'homme sage-femme	14	22,6
La sage-femme homme	0	0
Le parturologue	0	0
Le maïeuticien	2	3,2
L'accoucheur	3	4,8
TOTAL	62	100

À l'évidence, ces hommes ne sont pas en quête d'un autre terme. Ceci peut s'expliquer par le désir de ne pas être distingué du reste du groupe professionnel. Quelques-uns développent même une interprétation étymologique de « sage-femme » qui contourne l'obstacle de l'empathie. Ils avancent – sans que cette interprétation soit réfutée par l'étymologie – que la femme en question est la parturiente ; dès lors « sage-femme » signifierait la connaissance, le savoir à propos de la femme et particulièrement de la femme enceinte, non le fait d'être une praticienne. Cette manière de (re)construire l'étymologie a l'avantage de rendre ces hommes conformes et légitimes pour pratiquer ce métier et d'être nommés de manière identique à leurs collègues féminines. En définitive, le cas de la dénomination illustre une volonté de ces praticiens de ne pas entrer dans une

18/ L'Ordre des sages-femmes et le Ministère de la santé ont demandé à l'Académie Française de bien vouloir donner son avis éclairé sur la désignation la plus adéquate et a proposé ces deux termes.

19/ Compte tenu des effectifs le choix a été fait de toujours présenter l'échantillon numérique ainsi que les pourcentages.

Philippe Charrier

dynamique de segmentation tout en revendiquant d'exercer leur profession pleinement, c'est-à-dire d'être des sages-femmes à part entière.

■ EXERCER PLEINEMENT UNE PROFESSION

Si de manière factuelle nous n'assistons pas aujourd'hui à une dynamique de segmentation professionnelle, il existe tout de même un effet de genre, *c'est-à-dire la mise œuvre par ces hommes d'une logique d'action proprement masculine visant à s'intégrer au mieux dans cette profession.*

L'autonomie dans le travail comme revendication

La première logique d'action s'organise autour de la revendication d'autonomie, utilisée ici dans le sens d'E. Friedson, c'est-à-dire étroitement lié à la question du pouvoir et à la capacité des professionnels à construire et à préserver leur autonomie d'exercice (Friedson, 1984). Toutefois, ce concept doit être aussi étendu à l'idée de liberté concrète dans l'exercice au quotidien, telle que l'envisage la sociologie du travail (Terssac, 1992). Les hommes sages-femmes recherchent au travers de l'autonomie la volonté de mener leurs actions professionnelles comme ils l'entendent, mais aussi à se réappropriier un travail qui ne va pas de soi, puisque marqué par un genre auquel ils n'appartiennent pas. Qui plus est, cette recherche d'autonomie se conjugue sous la forme d'une revendication dépassant le cas particulier des hommes sages-femmes pour porter sur l'ensemble du groupe professionnel. Cette dynamique est caractéristique de la masculinité qui se forge dans l'activité, la réaction et la protestation (Badinter, 1992).

Une mise en avant du statut professionnel

Les hommes sages-femmes mettent en exergue le statut officiel de la profession, une « profession médicale à compétence définie »¹⁶, alors qu'elle est souvent assimilée à une profession paramédicale. Aussi, ils remettent parfois en cause leur formation en déclarant qu'elle oriente vers les modes d'exercice où la sage-femme est la moins autonome.

20/ Les résultats de l'enquête par questionnaires vont dans le même sens. À une question sur les enjeux de la profession, 82 % répondent que le principal est la reconnaissance du statut de profession médicale.

« On a perdu notre raison d'être. On s'est adapté à un système, à une institution. La formation de sage-femme, ce n'est pas pour former des professionnels autonomes qui auraient une mission par rapport à un service à rendre à une frange de la population. » Patrick

Pour la plupart de ces hommes l'autonomie dans le travail, celle qu'ils expérimentent au quotidien, est la source de l'autonomie professionnelle :

« Les enjeux pour la profession c'est la véritable autonomie, c'est-à-dire le fait de pouvoir exercer en utilisant tout ce qui est nécessaire à l'exercice de notre art. On a par exemple une liste de médicaments qu'on peut utiliser. Cette liste, nous au niveau syndical, nous allons travailler pour qu'un jour il n'y ait plus de liste. (...) Donc ça c'est un enjeu important, c'est l'autonomie. » Xavier

Tous soulignent la différence entre leur niveau d'étude (bac + 4) et le niveau de rémunération, notamment dans les établissements hospitaliers. Ils insistent sur la position dévalorisée (à leurs yeux) de la profession entière. Cette critique montre combien le statut de profession médicale leur paraît important. L'autonomie espérée via le statut de profession médicale les autorise à présenter leurs relations avec les obstétriciens de manière égalitaire. Qu'il relève de la fiction ou de la réalité, ce discours rappelle que pour eux il ne peut y avoir d'autonomie sans relations entre les acteurs qui s'affranchissent du cadre fourni par l'organisation hiérarchique du travail. Certains signalent même que l'existence d'une telle réciprocité revient à gommer la relation hiérarchique.

« Déjà la relation que j'ai pu avoir avec les différents gynéco et surtout les gynéco hommes, moi en tant qu'homme on a un contact nettement plus simple. C'est-à-dire qu'on peut plus facilement passer au tutoiement, enfin cette notion de hiérarchie entre le médecin et la sage-femme était beaucoup moins marquée, moi en tant qu'homme qu'avec certaines collègues femmes. » Sylvain

« Si j'ai quelque chose à leur dire, je le dis, et s'ils ont quelque chose à me dire, ils le disent (...) Moi, je ne suis pas pris pour un subalterne. » François

La démographie médicale obstétricale actuelle place les sages-femmes en position de force¹⁷, donc dans la capacité à négocier un accroissement de leur champ d'action. Par exemple, l'opportunité de pratiquer les forceps est débattue chez les sages-femmes. Les hommes que nous avons interviewés sont plutôt enclins à l'effectuer, et il s'agit là d'un moyen de conquérir de l'autonomie dans la salle d'accouchement. Ils se tournent plutôt du côté du statut médical, sans oublier de faire valoir leur statut d'homme à leurs collègues

21/ L'offre d'emploi est plus forte que la demande.

Philippe Charrier

masculins placés supérieurement dans la hiérarchie médicale et institutionnelle. Il faut donc voir une logique de genre dans ce comportement revendicatif d'une plus grande autonomie.

Une attention à l'accroissement du pouvoir des sages-femmes

L'autonomie recherchée est aussi un motif pour accroître le pouvoir et la présence des sages-femmes dans le champ de la naissance. Cette demande surgit au travers de leur implication dans des actions alternatives à la gestion de la naissance en France. Sur le sujet, si le discours des hommes sages-femmes est loin d'être uniforme, un élément commun ressort : une critique du système existant. La vigueur de certains griefs montre qu'il s'agit d'un point nodal de la réflexion actuelle des sages-femmes à propos de l'exercice de leur profession. Cette question semble essentielle pour les hommes du fait de leur place. En effet, en occupant une position minoritaire ils sont dans une position de réflexivité notamment lorsqu'ils évaluent leur activité quotidienne, mais également le bien fondé du système dans son ensemble. Dès lors la question statutaire, celle de la compétence et plus largement celle des conditions de la naissance deviennent irréductibles de l'exercice professionnel. C'est en substance ce qu'ils expriment lorsqu'ils disent ne pas concevoir leur métier comme une activité routinière consistant mécaniquement à aider une femme à expulser son enfant.

Certains s'engagent au-delà des discours et proposent des alternatives à l'accouchement en maternité. Paradoxalement, ces actions peuvent reposer sur des idées opposées : par exemple les projets gouvernementaux de centres périnataux sont perçus soit comme des solutions bénéfiques pour les parturientes et les sages-femmes, « *je pense que c'est l'avenir [les centres périnataux]. C'est faire accoucher les patientes dans des établissements où effectivement on peut penser qu'il y a une certaine sécurité tout à fait satisfaisante, et ensuite, les transférer dans des centres qui sont pas des endroits où viendra le coiffeur, l'esthéticien, mais où il y a des professionnels qui font leur travail correctement, qui sont justement spécialisés pour ça.* » (François), soit comme des solutions renforçant la médicalisation de naissance : « *Par exemple L. Sud, ça va drainer quoi comme centres ? Ca va drainer G., Sainte F. peut-être ? Si on fait des centres périnataux, Sainte F., G., peut-être V. On peut imaginer ça comme ça. Ca veut dire quoi : que les patientes vont être suivies à G., qu'elles vont arriver en travail à L. Elles vont accoucher, deux heures après on les met dans une ambulance pour repartir à G., pour les suites de couches. Ca veut dire quoi ? Qu'on fait du vidage d'utérus et puis il n'y a aucun suivi.* » Arnaud

Si le débat reste ouvert, ils se positionnent plutôt pour des options offrant aux sages-femmes un lieu de travail beaucoup plus indépendant et autonome qu'actuellement.

L'exercice libéral, surreprésenté chez les hommes¹⁸, vient corroborer cette interprétation. Parmi les militantes de la reconquête de l'autonomie professionnelle, nombreuses sont celles qui pensent que cela passe par le développement de l'exercice libéral¹⁹. Il semble que ce message rencontre un écho plus favorable chez les hommes.

■ DÉPASSER LE GENRE ?

La référence au genre n'est plus « la » base de la compétence professionnelle, comme elle pouvait l'être par le passé. Trois solutions sont mises en œuvre par les hommes sages-femmes afin de dépasser cette compétence de genre.

Premièrement, les hommes échappent à l'argument de leur incompétence de genre en remettant indirectement en cause la détermination sexuée de ces tâches, et en reconfigurant la relation praticien/parturiente. Certains sont explicites sur ce point ; ils endossent et revendiquent les tâches d'écoute de la parturiente sans porter de jugement ou effectuer un transfert de position, notamment dans le cas de la douleur :

« Le fait que moi je sois un homme dans la profession, ça fait que je ne peux pas me permettre de dire : "elle exagère. Ça fait pas si mal", parce que j'en sais rien et j'en saurais jamais rien. Par contre ce qu'elle me dit, ce qu'elle manifeste, là ça m'incite à lui demander – "vous avez très mal, un peu mal ? C'est où ? Est-ce qu'on peut changer de position, etc. ?" Donc, je suis obligé de la croire, toujours. Ce qui à mon avis me permet de pouvoir être dans le véritable accompagnement. C'est-à-dire que je ne me permets pas de penser pour la patiente. » Xavier

Deuxièmement, certains esquivent la question en se conformant au modèle classique de la relation thérapeutique et médicale (Freidson, 1984). Ce ne sont pas deux personnes marquées par leur genre qui entrent en relation, mais une femme qui attend un service d'un professionnel. C'est une mise à distance, alors que la tradition maïeutique implique une proximité de genre. Ceci explique qu'un

22/ 16,9 % dans notre enquête contre 12,6 % pour l'ensemble des sages-femmes (chiffre de l'Ordre des sages-femmes).

23/ Voir par exemple le *Manifeste des sages-femmes* publiées en 2003 par la majorité des associations professionnelles et syndicats de sages-femmes (<http://www.unssf.fr.st/>).

Philippe Charrier

homme sage-femme peut se percevoir comme asexué dans sa relation professionnelle :

« C'est très amusant. Parce que, ce que je dis aussi, c'est que je pense que les parturientes elles me voient plus comme un homme. C'est ce que je cherche. Je pense qu'elles me voient comme un professionnel ; je suis pas un homme ou une femme ». Hervé

La troisième solution consiste à souligner que l'étrangeté d'être un homme dans cette profession se mue en avantage : cela oblige à définir des règles relationnelles qui rendent plus visible l'action professionnelle. Tous les hommes sages-femmes interrogés rappellent qu'ils doivent établir une relation claire et explicite avec la parturiente, rien n'allant de soi, car celle-ci ne s'attend pas à être accompagnée par un homme. Selon eux, ils en tirent avantage avec un accroissement de confiance, mais aussi une confirmation positive de leur action professionnelle. Ils tendent à rendre explicite ce qui est habituellement de l'ordre de l'implicite. Ils doivent justifier leur présence. C'est pourquoi ces hommes insistent sur la manière de se présenter, introduisant sur ce point une distinction avec leurs collègues femmes.

« Ça a toujours été, dans une grosse majorité des cas, positif en fait, pour moi que je sois un homme sage-femme, dans la relation. Parce qu'en fait ça m'oblige à me présenter et à définir un contrat. "Voilà je suis sage-femme, je suis là pour ça." Donc à chaque fois on définit un contrat. Et ça aide énormément dans la relation. Alors que quand on est – je l'ai observé – une sage-femme femme, ça va tellement de soi, qu'il n'y a même plus besoin de se présenter – je suis pas d'accord avec ça. Et puis il n'y a pas besoin de définir de contrat : il est tacite. Alors que là, à chaque fois j'ai été obligé de redéfinir un contrat, c'est-à-dire quelle est ma mission, pourquoi je suis là, qu'est-ce que je peux vous apporter comme service ? (...) Ça m'obligeait chaque fois à me présenter, contrairement souvent à des sages-femmes femmes qui oublient que le simple fait de se présenter, c'est le b-a-ba. » Patrick

L'homme sage-femme n'abandonne pas sa masculinité, loin s'en faut. Cependant, son comportement face à l'autonomie au travail confirme que celle-ci revêt le statut d'une revendication au sein du groupe professionnel, sans qu'il y ait véritablement de singularité basée sur le genre. Pour cette profession, les stratégies de contournement de l'empathie des hommes agissent comme la reconnaissance d'un dépassement possible dans la référence au féminin, valable pour leurs homologues femmes.

■ CONCLUSION

Cette étude tend à démontrer que l'on ne rencontre pas véritablement de tendance à la segmentation comme on aurait pu le penser, dans le sens d'un regroupement organisé, explicite et identifiable par les acteurs eux-mêmes. Étant donnée la place qu'occupent ces hommes dans la profession, on peut même douter de l'émergence dans le futur d'un segment masculin.

Leur intégration est réelle. La faiblesse des difficultés qu'ils rencontrent répond à la mise en place de logiques d'actions genrées, à l'image de la recherche d'autonomie. Ainsi, s'ils ne jouent pas la carte de la segmentation, ils élaborent des logiques d'actions qui leur permettent de passer les obstacles liés à leur intégration. Les analyses que ces hommes portent sur leur exercice professionnel, leurs solutions pour contourner la question de l'empathie, ne sont pas toujours partagées par l'ensemble des sages-femmes. Par contre elles sont développées par une minorité (statistique) d'entre elles, celles qui « amorcent un processus dynamique quant au contrôle des conditions structurelles de leur exercice » (Carricaburu, 1994). Que des hommes participent à ce mouvement minoritaire étonne peu. Rappelons que dans la plupart des groupes professionnels les femmes ont des difficultés à accéder aux postes de décisions, aux fonctions de porte-parole (Maruani, 1998), ce qui est moins le cas pour des hommes. Si les hommes sages-femmes ne sont pas réellement des porte-parole, ils sont néanmoins proches, dans leur conception professionnelle et dans leur mode d'activité, de celles qui en sont. Ceci explique leur positionnement pour le moins étonnant sur la nouvelle forme de recrutement chez les sages-femmes. En effet, ils y sont plutôt hostiles ; celle-ci mettrait fin à l'aspect vocationnel de la profession. Ils se demandent si les garçons intégrant la formation auront un goût prononcé pour ce métier. Questionnement paradoxal quand on sait que ceux qui parlent ainsi n'avaient pas toujours cette vocation... Cette opinion se comprend à la lumière de leur situation minoritaire qui leur assure, une intégration satisfaisante, sans pour autant apparaître comme un nouveau segment dans la profession. Nous assistons donc à la mise en place de logiques d'actions genrées, œuvrant sous le modèle du « dépassement du genre » (Le Freuvre, 2004).

S'ils ne jouent pas la carte de la segmentation, ils élaborent des logiques d'actions qui leur permettent de passer les obstacles liés à leur intégration.

Dernier enseignement majeur, ces hommes sages-femmes adoptent une logique d'actions observable pour l'intégration de femmes dans les milieux professionnels masculins. Ils s'adaptent à un groupe en devenir, au contour encore flou mais qui, au regard du contexte

Philippe Charrier

actuel de la périnatalité et de l'obstétrique, est destiné à prendre plus d'ampleur et de poids et qui pourrait devenir un véritable segment professionnel ; ses protagonistes prônent notamment un débat sur la naissance en France et une professionnalisation accrue des sages-femmes (Bréard, Puech, Rozé, 2003). Les hommes sages-femmes accompagnent ce mouvement, de manière respectueuse, à l'image de ce qu'a pu observer C. Marry au sujet des femmes ingénieures (Marry, 2004) et sans militantisme exacerbé. S'ils ne sont pas à proprement parler des « hommes de pouvoir », ils représentent un atout dans les luttes pour la professionnalisation des sages-femmes.

Philippe Charrier
 Université Lyon 2
 MODYS, UMR 5264
 philippe.charrier@ish-lyon.cnrs.fr

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ANGELOFF T., ARBORIO A.-M., 2001 Marché du travail et différence de sexe. Des hommes dans des « métiers de femmes », *Marché du travail et différentiation sociale*, 8^e journée de sociologie du travail, LEST, Aix-Marseille.
- BADINTER E., 1992 *XY. De l'identité masculine*, Paris : O. Jacob.
- BOIGEOLA A., 1993 La magistrature au féminin : entre spécificité et banalisation, *Droit et Société*, n° 25, p. 489-523.
- BRÉARD G., PUECH F., ROZÉ J.C., 2003 *Mission périnatalité. Vingt propositions pour une politique prénatale*, Paris : Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées.
- BUCHER R., STRAUSS A., 1992 La dynamique des professions, in : Strauss A, *La trame de la négociation*, Paris : L'harmattan, p. 67-86.
- CARRICABURU D., 1994 Les sages-femmes face à l'innovation technique, in : Aïach P. et Fassin D, *Les métiers de la santé*, Paris : Anthropos, p. 281-308.
- CHARRIER P., 2004a Comment envisage-t-on d'être sage-femme lorsqu'on est un homme ?, *Travail, genre et société*, n° 12, p. 105-124.
- CHARRIER P., 2004b *Sociologie des imaginaires professionnels. Le cas des cheminots*, Paris : Zagros.
- CHARRIER P., 2007 Quel avenir pour les hommes sages-femmes en France ? *Les dossiers de l'obstétrique*, n° 358, p. 38-41.
- COLLIN J., 1994 Féminisation, mutation professionnelle et transformation d'une identité collective. Le cas de la pharmacie au Québec, in : Dubar C. Lucas Y, *Genèses et dynamiques des groupes professionnels*, Lille : PUL, p. 171-180.

- DAGNAUD M., MEHL D., 1988 Les gynécologues : une profession influente, *Sociologie du travail*, vol. 30, n° 2, p. 287-300.
- DUBAR C., TRIPIER P., 1998 *Sociologie des professions*, Paris : A. Colin.
- FREIDSON E., 1984 *La profession médicale*, Paris : Payot.
- GELIS J., 1988 *La sage-femme ou le médecin*, Paris : Fayard.
- GELIS J., 1984 *L'arbre et le fruit*, Paris : Fayard.
- HUGHES E.C., 1981 [1958] *Men and their work*, Westport : Greenwood Press.
- KNIBIEHLER Y., FOUQUET C., 1977 *L'histoire des mères*, Paris : Montalba.
- KRAMARZ F., 1991 Déclarer sa profession. *Revue Française de Sociologie*, vol. 32, n° 1, p. 3-27.
- LAUFER J., MARRY C., MARUANI M., 2001 *Masculin-Féminin : question pour les sciences de l'homme*, Paris : PUF.
- LE FEUVRE N., 2003 *Penser la dynamique du genre*, Dossier pour l'HDR, Université Toulouse Le Mirail.
- MARRY C., 1989 Femmes ingénieurs : une (ir)résistible ascension ?, *Information sur les sciences sociales*, vol. 28, n° 2, p. 291-344.
- MARRY C., 2004 *Les femmes ingénieurs : une révolution respectueuse*, Paris : Belin.
- MARUANI (dir), 1998 *Les nouvelles frontières de l'inégalité. Hommes et femme sur le marché du travail*, Paris : La découverte/Mage.
- MOLINIER P., 1999 « Souffrance et défenses des infirmiers psychiatriques : l'énigme d'une virilité sans gloire », *Du côté des hommes*, Journée d'Études organisée par le GDR MAGE, p. 44-55.
- NAIDITCH M. n.d. *La crise des maternités. Quelques réflexions sur une faillite prévisible*, <http://www.fraternet.org/naissance/docs/crise-maternites.htm>
- POUVREAU-ROMILLY O.Y., 1991 *L'événement de la naissance*, Toulouse : Eres.
- QUEMIN A., 1998 Modalité féminines d'entrée et d'insertion dans une profession d'élites : le cas des femmes commissaires-priseurs, *Sociétés Contemporaines*, vol. 29, p. 87-106.
- SALIBA J., BON-SALIBA B., OUVRY-VIAL B., 1993 *Les infirmières*, Paris : Syros.
- SCHWEYER F.-X., 1996 La profession de sage-femme : autonomie au travail et corporatisme protectionniste, *Sciences sociales et Santé*, n° 3, p. 67-100.
- TABET P., 1998 *La construction sociale de l'inégalité des sexes : des outils et des corps*, Paris : L'harmattan.
- TERSSAC G. de, 1992 *L'autonomie au travail*, Paris : PUF.
- THEBAUD F., 1986 *Quand nos grands-mères donnaient la vie. La maternité en France dans l'entre-deux guerres*, Lyon : PUL.
- TILLARD B., 2002 *Des familles face à la naissance*, Paris : L'harmattan.
- WEZLER-LANG D., 2004 *Les hommes aussi changent*, Paris : Payot.
- Les professions de santé au 1^{er} janvier 2002* DRESS – Répertoire ADELI, 2002.

Philippe Charrier

- Les professions de santé au 1^{er} janvier 2005* Série Statistiques 82, DRESS, 2005.
- Les médecins* Séries Statistiques 78, DRESS, 2005.
- La formation en professions de santé en 2000-2001* Série Statistique 37, DRESS, 2002.
- Repères et références statistiques sur les enseignements, la formation et la recherche* MJENR, 2002.
- Enquête nationale Périnatalité* DRESS, DGS, INSERM, 1998.
- L'inversion du Genre. Quand les métiers masculins se conjuguent au féminin et réciproquement,* 18-19 mai 2005, Université Bretagne Occidentale, PUR, Actes à paraître en 2007.