

UNIVERSITE DE NANTES

UFR DE MEDECINE

ECOLE DE SAGES FEMMES

Diplôme d'Etat de Sage-Femme

2005

N°7

SAGE-FEMME :

Une identité sous tension

Sophie BRESSON

Directeur de mémoire : François-Xavier SCHWEYER

Promotion 2001-2005

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION 1

I - EVOLUTION DE LA PROFESSION : UNE IDENTITE EN MOUVEMENT .. 5

I - 1	Perspective historique.....	6
	<i>Avant le XVIIème siècle</i>	6
	<i>Influence de la formation</i>	7
	<i>L'essor de la médecine</i>	8
	<i>La redéfinition des compétences de la sage-femme</i>	9
	<i>La sage-femme au XXème siècle</i>	9
	<i>L'évolution de la formation</i>	10
I - 2	Une démographie en stagnation	12
	<i>Au niveau national</i>	13
	<i>Au niveau régional</i>	13
	<i>Au niveau départemental</i>	13
	<i>La répartition par âge</i>	14
	<i>La répartition par sexe</i>	15
	<i>Evolution de ces dernières années</i>	16
	<i>Perspectives pour les prochaines années</i>	16
I - 3	Répartition par secteur d'activité.....	18
	<i>Au niveau national</i>	18
	<i>Secteur d'activité des sages-femmes hommes</i>	20
	<i>Concernant le département de la Loire-Atlantique</i>	20
I - 4	L'organisation actuelle de la profession.....	22
	<i>Les compétences actuelles</i>	22
	<i>Les textes légiférant la profession</i>	23
	Le code de la santé publique	23
	Le Code de Déontologie	24
	<i>Les organisations de sages-femmes</i>	24
	Les organisations syndicales	24
	Les organisations associatives	25
	La coordination nationale des sages-femmes	25
	Le Conseil de l'Ordre.....	25

II - PAROLES DE SAGES-FEMMES SUR LEUR IDENTITE 27

II - 1	La méthodologie.....	28
	<i>Le choix des entretiens</i>	28
	<i>La constitution de l'échantillon</i>	29
	<i>L'élaboration du plan d'entretien</i>	30
	<i>Les difficultés rencontrées</i>	30
II - 2	Présentation des entretiens	31
	<i>Le vécu de la formation</i>	31
	Motivation pour « faire » sage-femme	31
	Formation et premières identifications	33
	<i>La situation familiale</i>	34
	<i>La trajectoire professionnelle</i>	36
	Activités et conditions de travail	36
	Les transformations perçues par la profession	39

<i>Les relations professionnelles</i>	41
Relations au travail	41
Représentation de la profession	42
Exemple de mobilisation de la profession	43
Le gouvernement de la profession	44
<i>Quelle vision de l'avenir ?</i>	45
Les attentes	45
L'avenir	48
Lieu de travail et identité	49
III - SYNTHÈSE	51
<i>L'hypothèse est-elle validée ?</i>	52
<i>La place des femmes</i>	54
<i>Synthèse globale</i>	55
CONCLUSION	56
BIBLIOGRAPHIE	58
ANNEXES	62

INTRODUCTION

La société change, évolue, qu'il s'agisse du rapport au travail, du développement incessant des savoirs et des techniques, des relations sociales à la fois plus démocratiques et plus exigeantes ou encore de la montée de l'individu comme référence ultime des choix et des valeurs. Cette évolution concerne directement les professionnels et c'est bien dans ce contexte que se situe notre profession de sage-femme. Elle traverse ainsi les crises économiques, politiques, sociales et médicales en s'adaptant au mieux aux nouvelles transformations qu'entraîne son évolution. En tant que future professionnelle, au cours de notre formation, nous avons remarqué des événements et recueillis des témoignages d'un certain mal-être de la profession. Ainsi, la lecture de nombreux articles de presse, spécialisée ou non, concernant la reconnaissance de la profession, l'écoute de paroles de sages-femmes rencontrées lors de nos stages et les congrès auxquels nous avons participé nous ont montrés autant de signes d'interrogation de la profession de sage-femme sur son identité et son devenir. Le désir de comprendre le ressenti des sages-femmes et d'analyser les composantes d'une réalité paraissant complexe nous a amené à réaliser ce mémoire de fin d'études.

Nous nous sommes alors interrogés : existe-t-il une crise de l'identité des sages-femmes ? Pour comprendre la problématique, il apparaît important d'en définir dès le départ les mots clés que sont la notion d'identité et celle de crise.

Selon le sociologue Claude Dubar, l'« identité n'est autre que le résultat à la fois stable et provisoire, individuel et collectif, subjectif et objectif, biographique et culturel, des divers processus de socialisation qui conjointement, construisent les individus et définissent les institutions ». [1] Ainsi, nous pouvons constater au travers de cette définition combien la notion d'identité est complexe à définir tant elle fait intervenir de facteurs. L'identité de chaque individu n'est pas figée mais bien modulable tout au long de sa vie. Elle dépend ainsi du parcours familial de chaque

individu mais aussi de son parcours social, professionnel et culturel. Le processus identitaire est déduit des expériences, attitudes, croyances et valeurs de chaque personne.

Le terme de crise, quant à lui, se résume parfaitement dans les propos de Pierre Aïach et Didier Fassin. Dans leur ouvrage *les métiers de la santé*, ces derniers définissent la notion de crise comme un phénomène faisant intervenir trois facteurs. Premièrement, la crise est l'expression d'un passé et d'une histoire où nous pouvons retrouver des situations de malaises et de difficultés. Deuxièmement, la crise d'une profession lui est très spécifique en ce sens où chaque profession aura, dans son mode d'exercice et dans sa démographie par exemple, des symptômes de mal-être qui lui seront propres. Enfin, la notion de crise est souvent révélatrice de bouleversements et modifications de la société dans laquelle nous vivons. Comme nous le soulignent les auteurs, il faut bien comprendre que « ces hypothèses sont concurrentes. ».[2]

Par ailleurs, face aux changements actuels survenant dans la profession et dans la société, nous avons constaté l'apparition de nouveaux modes d'exercice de la profession (sage-femme échographiste par exemple) et de nouvelles caractéristiques (sage-femme homme...). Les sages-femmes qui portent ces caractéristiques ou mettent en œuvre ces nouveaux modes d'exercice sont souvent perçues comme marginales. Cependant, parce qu'elles explorent de nouvelles formes d'activités ou ont des modes d'engagement spécifiques nous les considérons comme innovatrices. En effet, ces sages-femmes questionnent les normes de la profession, autrement dit, le sens que nous donnons à notre travail. Elles nous montrent qu'il est possible d'être sage-femme autrement et différemment. L'hypothèse suivante fonde notre travail : ces sages-femmes innovatrices amèneraient une dynamique de changement dans la profession et pourraient modifier ainsi l'identité professionnelle des sages-femmes. C'est pourquoi nous avons choisi de les interroger en particulier sur leur parcours et leur identité.

Pour répondre à la question initiale (existe-t-il une crise de l'identité des sages-femmes ?) et à notre hypothèse, notre démarche a été plurielle. Tout d'abord,

nous avons étudié les données statistiques et juridiques concernant la profession de sage-femme. Ensuite, nous avons effectué une revue de littérature en privilégiant les aspects historiques et sociologiques. Enfin, nous avons interviewé des sages-femmes lors d'entretiens semi directifs. Le choix des entretiens nous est apparu justifié puisque ces derniers traduisent le caractère à la fois individuel et collectif de l'identité. L'analyse du contenu des scripts d'entretien s'est donc articulée, quant à elle, autour du concept de l'identité professionnelle.

Au travers de cette étude, nous souhaitons ainsi offrir une meilleure intelligibilité de la dynamique actuelle de la profession de sage-femme. Pour cela, deux parties seront nécessaires. Dans une première partie, nous comprendrons comment l'évolution historique et actuelle de la profession amène à une modification de son identité. Ainsi, l'histoire permet d'interroger la première dimension de ce que peut être une crise d'une profession tandis que l'analyse de sa dynamique actuelle, à savoir le mode d'exercice et la démographie, éclaire la deuxième dimension de la crise. Puis, dans une seconde partie, au travers de l'analyse des entretiens, nous verrons ce que les sages-femmes disent de leur identité puis nous confronterons l'analyse de nos entretiens avec l'hypothèse de départ. Nous verrons alors comment les évolutions de la société ont des effets sur la profession de sage-femme ; c'est ainsi la troisième dimension de la crise de l'identité qui sera étudiée.

I - EVOLUTION DE LA
PROFESSION : UNE IDENTITE
EN MOUVEMENT

I - 1 Perspective historique

La profession de sage-femme a beaucoup évolué depuis son origine et ce parallèlement à l'évolution de la médecine. Il nous paraît important de faire un rappel succinct de ses principales transformations afin de mieux comprendre le discours de la crise touchant la profession. En effet, il ne faut pas oublier que l'identité est fortement liée à la connaissance de son appartenance à un groupe, professionnel notamment. Les évolutions de ce groupe influent alors sur l'identité professionnelle de chacun. Ainsi, les discours de la crise « sont fortement sous-tendus et, donc explicables, par les faits (plus ou moins récents et importants) auxquels sont confrontés les professionnels de la santé ». [2]

Avant le XVIIème siècle

Sous l'ancien régime, les accoucheuses traditionnelles sont des matrones. Ce sont des femmes d'âge mûr, le plus souvent mères de familles nombreuses. De par son expérience de mère, l'accoucheuse a acquis les connaissances et les qualités requises pour tenir une telle place. En plus de la pratique des accouchements et des soins à la mère et au nouveau-né, la matrone tient une place toute particulière au sein du village. Elle participe également à la toilette des morts, aux baptêmes et aux cérémonies des Relevailles (cérémonie de purification permettant la réintégration de la femme au sein de la communauté). Son exercice est le plus souvent charitable.

Le choix de la matrone au sein du village se fait selon sa situation familiale et ses qualités. Le curé de la paroisse se porte, ensuite, garant des bonnes mœurs de la future matrone et celle-ci prête serment sur l'évangile devant toute l'assemblée réunie. Enfin, la matrone est instruite par le curé du village afin de pouvoir pratiquer l'ondolement en cas de nécessité.

Le contrôle de la pratique des matrones par les praticiens est inexistant puisque ces derniers ne pratiquent pas les accouchements, et ne possèdent donc pas les connaissances requises. L'autonomie des sages-femmes dans leur travail est alors totale. [13]

Influence de la formation

Le taux de mortalité maternelle et infantile est important à cette époque. L'Etat prend alors conscience que, pour sauver ses sujets, il doit favoriser la formation des accoucheuses.

C'est au cours du XVIème siècle que nous pouvons observer les premières esquisses de formation. Louise Bourgeois (1564-1644), sage-femme de Marie De Médicis publie en 1609 le premier livre de bons conseils destiné aux sages-femmes. Elle y décrit les différentes présentations et les conduites à tenir qui en découlent.

Mais, c'est durant le XVIIIème siècle et par ordre du roi, que s'organise à Paris puis en province les premiers « cours » de formation des accoucheuses. Ceux-ci sont au départ dispensés par Madame Du Coudray (1712-1789) puis par des chirurgiens démonstrateurs qu'elle forme au fur et à mesure de ses démonstrations en province. Ces enseignements durent entre deux et trois mois. Les annonces de ces cours sont faites en chaire durant les offices religieux. Ils concerneront 5000 sages-femmes durant plus de 25 ans. Elle publie également un livre intitulé « Abrégé de l'art des accouchements », ouvrage dont il est spécifié en première page qu'il est « très utile aux jeunes sages-femmes et généralement à tous les élèves en cet art, qui désirent de s'y rendre habiles ». Les méthodes employées par Madame du Coudray permettent aux anciennes matrones et aux sages-femmes de montrer une plus grande prudence dans l'assistance aux couches. L'Etat apporte son soutien et son aide à la diffusion des cours de Madame de Coudray et lance, en parallèle, une campagne de dénigrement des matrones.

S'il existe dès 1630 une école d'obstétrique à Paris en « l'office des accouchées » de l'Hôtel Dieu, la première école de sages-femmes est ouverte en

1802 à Paris par ordre de Jean Chaptal, ministre de l'intérieur de Napoléon Ier. Sa direction est confiée aux médecins accoucheurs qui sont chargés d'organiser les cours et de délivrer l'enseignement théorique. La durée de la formation est de trois mois et va rapidement passer à quatre. Le nombre peu important des sages-femmes (environ 20) à sortir chaque année de l'école va créer un décalage entre la capitale et la province. En effet, les sages-femmes formées sont souvent originaires de Paris ou de la banlieue et y exercent après leur formation. La province ne « profite » donc pas de ces sages-femmes qualifiées. Pour pallier à ce problème, d'autres promotions de sages-femmes destinées à aller travailler en province sont alors formées. Une distinction apparaît alors dès 1830 entre la sage-femme de Paris dite de première classe qui a le droit d'exercer sur tout le territoire français et la sage-femme de province dite de seconde classe qui n'a le droit d'exercer que dans le secteur géographique d'obtention de son diplôme. Il est important de noter à cette période un changement dans le profil des élèves sages-femmes. Celles-ci sont dorénavant plus jeunes, souvent mariées et, du fait du coût de la formation, issues de la petite bourgeoisie.

En 1803, une loi accorde le monopole des accouchements aux professions médicales incluant médecins et sages-femmes ; les matrones deviennent donc « hors la loi ». La profession de sage-femme voit le jour mais elle s'inscrit déjà dans une dynamique de concurrence et de transformation. Les sages-femmes, auparavant indépendantes dans leur mode d'exercice, se voient subir la tutelle des médecins accoucheurs pour leur formation et la délivrance de leur autorisation d'exercer leur art. [13-14]

L'essor de la médecine

La reconnaissance de l'obstétrique en tant que science médicale va par ailleurs, profondément marquer la profession. L'intérêt porté par les médecins démonstrateurs et les chirurgiens pour l'obstétrique permet une avancée dans les connaissances en ce domaine, les grands noms de l'obstétrique voient alors le jour. Le corps des accoucheurs est créé en 1881. L'émergence dans la population du désir

d'amélioration de la qualité de la vie renforce la position de ces médecins accoucheurs dans la société. Les médias véhiculent par ailleurs l'idée que pour une naissance sereine, il vaut mieux faire appel à un médecin qu'à une sage-femme. Nous pouvons ainsi lire dans les encyclopédies de l'époque qu'« un médecin accoucheur accouche mieux qu'une sage-femme ». La société préfère donc, dès lors, solliciter préventivement le médecin plutôt que la sage-femme.

Le déclin de la profession va s'accroître au profit de l'essor des médecins accoucheurs. De plus, les femmes n'ayant pas encore de droits civiques, elles peuvent donc difficilement défendre leur statut auprès de la population. [13]

La redéfinition des compétences de la sage-femme

En 1892, une nouvelle réforme réglemente les compétences de la sage-femme. Elle limite ses compétences aux accouchements normaux. L'usage des instruments et la prescription de médicaments lui sont interdits. Son rôle pendant la grossesse et dans le post-partum est par ailleurs mal défini.

Le Code Pénal soumet les sages-femmes au respect du secret professionnel et le Code Civil les oblige à déclarer les naissances. Le Ministère de l'intérieur rend de plus obligatoire pour les professions de santé la déclaration de certaines maladies.

À l'aube du XX^{ème} siècle, l'autonomie professionnelle des sages-femmes a pratiquement disparu et la « lutte pour l'exercice de la profession entre les accoucheurs, essentiellement des hommes, et les sages-femmes » est réelle. [5]

La sage-femme au XX^{ème} siècle

C'est à partir de l'entre-deux-guerres que la maternité en France va subir un grand essor. En effet, les progrès et avancées dans la prise en charge de la naissance difficile (maîtrise des instruments et de la césarienne) ainsi que dans la prise en charge des nouveau-nés notamment prématurés sont considérables. Ceux-ci vont contribuer au développement des maternités qui deviennent de plus en plus modernes

et ne sont plus synonymes d'hospice ou de « mouvoir ». Le respect des femmes et leur confort physique et moral sont mis en avant. Enfin, la création des Assurances Sociales et, en particulier, de l'assurance maternité ouvre les portes des maternités aux femmes.

Bien que la majorité des accouchements se fassent tout de même à domicile, nous pouvons observer que de plus en plus de sages-femmes prennent alors la décision d'exercer leur art au sein d'une structure hospitalière. L'assurance d'un salaire fixe, la possibilité de se perfectionner et la présence d'une équipe médicale à leurs côtés les amènent le plus souvent à passer le pas. Dans la période de l'entre-deux-guerres, environ 5% des sages-femmes travaillent ainsi au sein d'une maternité.

Les prémisses de la protection maternelle et infantile voient également le jour durant cette période. Elle a pour objectif la surveillance et l'amélioration de l'état de santé de la population générale notamment par la mise en place d'examens médicaux obligatoires. [13]

L'évolution de la formation

La durée des études va progressivement se rallonger pour passer à 18 mois en 1892 et à 24 mois en 1930. En 1916, le diplôme unique est créé stoppant ainsi la distinction entre les sages-femmes de première et de deuxième classe.

Les décrets et les lois se succèdent alors pour légiférer au mieux la formation des sages-femmes au sein des écoles françaises. En 1943, le diplôme d'Etat de sage-femme est obligatoire pour exercer la profession et la formation est composée de trois années de formation dont une année commune avec les élèves infirmières. Cette loi instaure également le passage d'un concours d'entrée national pour intégrer les écoles de sages-femmes. La loi de 1947 impose un âge minimum de 18 ans pour intégrer les centres de formation. Cette loi dispense par ailleurs les candidats ayant un baccalauréat ou un diplôme équivalent du concours d'entrée. La première année n'est plus commune avec les infirmières à partir de 1973. Cette même année, un décret précise que le contenu des études doit comporter un tiers

d'enseignement théorique et deux tiers d'enseignement pratique et celui-ci stipule par ailleurs que c'est le ministère chargé de la santé qui fixe tous les ans par décret le nombre de places ouvertes au concours. En 1974, l'obtention du concours d'entrée devient obligatoire pour tous les candidats.

C'est seulement en 1982 que les hommes sont autorisés à se présenter au concours d'entrée dans les écoles de sages-femmes.

En 1985, la formation passe à quatre années d'enseignement avec un tiers d'enseignement théorique et deux tiers d'enseignement pratique et l'obligation pour l'élève de présenter un mémoire en fin de quatrième année. Le concours d'entrée est régionalisé et son organisation confiée à la DRASS en 1987.

En 2001 et suite aux revendications de l'ensemble de la profession, le recrutement des élèves sages-femmes se fait à l'issue de la première année du premier cycle des études médicales (PCEM 1). Cette modification récente du recrutement permet de renforcer l'appartenance des sages-femmes aux professions médicales. Ainsi, « cette proximité de cursus en conforterait sur un plan symbolique le caractère médical ». [7]

Ainsi, en deux siècles, « les chirurgiens accoucheurs ont réussi à déposséder les femmes de leur monopole de la naissance... ». [8] La profession de sage-femme est donc née dans un contexte de crise et de lutte avec les chirurgiens et les médecins accoucheurs. En effet, les sages-femmes ont perdu une spécificité de genre : la naissance était auparavant du domaine exclusif de la femme. De même, symboliquement et techniquement, elles sont placées sous tutelle des médecins accoucheurs. D'indépendante, la profession est devenue interdépendante dans sa formation et dans sa pratique avec le milieu médical. Dans l'histoire, nous retrouvons donc une dimension de la crise identitaire de la profession.

I - 2 Une démographie en stagnation

S'attarder quelques instants sur la démographie actuelle de la profession nous semble important tant celle-ci est synonyme de revendications. Ces dernières rendent compte du malaise qui découle de la pénurie de sages-femmes. Ce manque d'effectif a été noté lors des états généraux de la naissance en juin 2003 et de nouveau souligné dans le rapport « mission périnatalité » effectuée en 2003 à la demande de M. le Professeur J.F. Mattei, Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, par Messieurs les Professeurs Bréart G, Puech F, et Rozé J.C.. Dans la proposition numéro 11 intitulée « redéfinir les métiers de la périnatalité, et proposer des pistes pour répondre à la crise démographique », nous pouvons lire : « les besoins nécessaires en personnel médical pour la mise aux normes des décrets de 1998...sont évalués à ...1193 sages-femmes. Lorsque l'on inclut les postes vacants, les besoins sont de 1471 sages-femmes ». [15] Ainsi, l'application des décrets de 1998 (relatifs aux conditions de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale), les restructurations hospitalières et extra-hospitalières induites de ces décrets ainsi que la loi sur les 35 heures accentuent une pénurie déjà existante et créent des conditions d'exercice difficiles pour les personnels de la santé. L'évolution des normes sécuritaires de notre société influent donc directement sur la démographie des personnels de santé. La conclusion de cette proposition confirme le fait que « la démographie des sages-femmes est actuellement très insuffisante pour assurer les missions qui pourraient leur incomber... ». [15]. Enfin, une enquête consacrée à la satisfaction et à la santé des soignants au travail a été menée en 2003. Les résultats de ce projet PRESST (Promouvoir en Europe la Santé et la Satisfaction des Soignants) sont parus dans un article en juin 2004 dans la revue *Profession Sage-Femme*. 114 sages-femmes ont ainsi été interrogées sur leur satisfaction des conditions de travail. Il ressort de cette enquête le sentiment de pénibilité avec une insatisfaction liée aux conditions physiques de travail pour 55, 8 % des sages-femmes. 52 % ont déclaré faire des heures supplémentaires ni payées ni compensées. 58,8 % des sages-femmes ont

déclaré par ailleurs avoir souvent ou toujours un sentiment de fatigue alors que 30 % soulignent avoir souvent ou toujours un sentiment d'épuisement physique. La conclusion de cette enquête souligne qu'il existe « indubitablement une situation de crise et une réelle souffrance de la profession de sage-femme ». Il faut remarquer que ces problèmes ne concernent pas exclusivement notre profession et ont également été cités dans des proportions semblables par les infirmières. [9]

Au niveau national

Au 31 décembre 2003, le Conseil de l'Ordre des sages-femmes dénombre 16 521 sages-femmes en activité. La DRESS recensant les professions de santé via le répertoire ADELI comptabilise 16 765 sages-femmes au 1^{er} janvier 2004 (France métropolitaine et D.O.M inclus). La densité de sages-femmes au niveau national est donc de 111 sages-femmes pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans. [20-16]

Au niveau régional

Toujours à cette même date, sur la région Pays de la Loire, 768 sages-femmes sont inscrites au répertoire ADELI soit une densité de 98 sages-femmes pour 100 000 femmes en âge de procréer, ce qui est inférieur à la moyenne nationale. La région Pays de la Loire est parmi les moins dotées avec les régions Picardie (densité de 72), Nord-Pas-de-Calais (densité de 93), la région Ile-de-France (densité de 97) et la région Centre (densité de 98). Pour comparaison, notons les trois régions les mieux dotées : la région Rhône-Alpes et la région Lorraine avec une densité de 137 sages-femmes pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans et la région Franche-Comté avec une densité de 133 sages-femmes.[20]

Au niveau départemental

Sur le département de la Loire-Atlantique, le Conseil de l'ordre dénombre 300 sages-femmes inscrites au 31 décembre 2003. La DRESS recense, quant à elle,

286 sages-femmes en activité au 1^{er} janvier 2004 soit une densité de 99 sages-femmes pour 100 000 femmes en âge de procréer, ce qui reste proche de la moyenne régionale. Il faut, par ailleurs, souligner que les disparités entre départements restent relativement marquées, les densités pouvant varier du simple au triple. Pour exemple, la densité la plus élevée se trouve sur le département de la Meurthe et Moselle (162) alors que la plus faible concerne le département de la Seine et Marne avec une densité de 53. [20-16]

La répartition par âge

La moyenne d'âge des sages-femmes se situe entre 40 et 44 ans. Même si les études démographiques montrent que la profession est plus jeune qu'il y a 25 ans, elle commence cependant à vieillir lentement du fait de la baisse des quotas annuels d'entrée dans les écoles au milieu des années 1980. De plus, l'allongement de la durée des études à quatre années en 1985 et la modification récente du mode de recrutement devrait également contribuer au vieillissement de la profession.

D'après l'analyse du répertoire ADELI, nous pouvons constater également une corrélation entre l'âge des sages-femmes et leur lieu d'exercice. Ainsi, les sages-femmes exerçant au sein de structures (publiques ou privées) sont majoritairement âgées de 25 à 44 ans. Les sages-femmes exerçant en milieu libéral sont quant à elles plus âgées : de 35 à 55 ans. Il existe donc un décalage d'une dizaine d'années entre les sages-femmes exerçant dans ces deux secteurs d'activité. Ce dernier s'explique par le choix de carrière de ces sages-femmes. En effet, les sages-femmes exerçant en milieu libéral ont le plus souvent exercé dans un premier temps au sein de structures hospitalières. Le choix d'exercer en libéral intervient donc plus tard dans la vie professionnelle de celles-ci.

Au niveau départemental, la moyenne d'âge des sages-femmes se situe entre 36 et 41 ans inclus, ce qui est légèrement inférieur à la moyenne nationale. [16]

La répartition par sexe

Jusqu'en 1982 et l'ouverture du concours d'entrée aux hommes, la profession de sage-femme était exclusivement féminine. Or, pendant longtemps, le caractère intégralement féminin de la profession en a fait sa particularité. Ainsi, pour être sage-femme, il fallait être une femme. « La dimension relationnelle pédagogique, de conseil et même d'empathie, cette faculté à s'identifier à quelqu'un, à ressentir ce qu'il ressent, est citée comme qualité nécessaire à l'exercice du métier. Celle-ci ne relève pas d'une qualification fondée sur un savoir, mais bien d'une compétence de genre : il faut être une femme pour la posséder ». [7] La venue des hommes dans la profession bouscule, sans aucun doute, le processus identitaire du groupe professionnel. Dans un article daté de février 2001 consacré à l'insertion professionnelle des sages-femmes hommes, P. Charrier écrit : « à défaut de pouvoir posséder cette compétence de genre, à défaut de pouvoir connaître réellement, par empathie, l'accouchement (et vivre l'expérience irremplaçable de la femme enceinte), ces sages-femmes hommes assurent symboliquement l'accouchement de la profession de sage-femme ».[10] Ainsi, selon cet auteur, la présence des hommes dans la profession permet à celle-ci une reconnaissance indéniable aux yeux de tous. C'est pourquoi il est important d'en faire mention dans notre étude bien que la masculinisation soit encore très symbolique.

La profession de sage-femme compte encore aujourd'hui parmi les professions les plus féminisées.

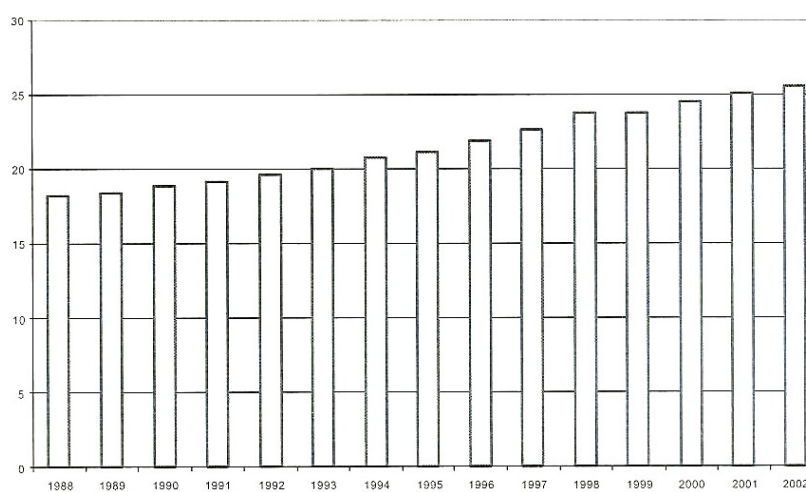
Le taux de féminisation au 1^{er} janvier 2004 est de 99 % sur le plan national. Le recrutement au travers du concours de PCEM 1 pourrait, par ailleurs, accélérer la masculinisation de la profession.

En ce qui concerne la répartition par sexe sur le département de la Loire-Atlantique, on remarque un seul homme sage-femme exerçant sur le département, ce qui conduit à un pourcentage de féminisation de la profession sur le département à 99,7%.

Evolution de ces dernières années

Comme nous pouvons le constater sur le tableau de l'évolution du nombre de sages-femmes pour 100 000 habitants, la croissance des effectifs a été régulière et constante, autour des 3 %, ces dernières années. Au 1^{er} janvier 2004, le nombre de sages-femmes pour 100 000 habitants est de 26,4.

Tableau n°1 : Evolution du nombre de sages-femmes pour 100 000 habitants

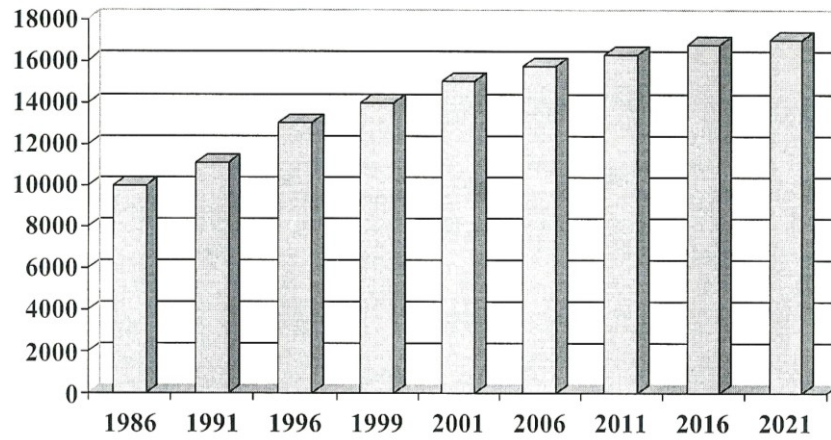


Sources : DREES

Perspectives pour les prochaines années

Comme le confirme l'évolution des sages-femmes précédemment étudiée, les projections tablent sur une progression continue mais lente du nombre des sages-femmes en exercice. D'après la DRESS, il devrait se stabiliser autour de 17 000 sages-femmes en 2020.

Tableau n°2 : évolution et projection du nombre de sages-femmes



Source : DREES, mai 1999

Par ailleurs, il est intéressant de souligner la diminution du nombre de naissances par sages-femmes. En effet, une étude de la DRESS montre que de 100 naissances par sage-femme par an en 1976, nous sommes passés à 70 à la fin des années 1980. Si nous appliquons ce principe aux 792 600 naissances de l'année 2003, nous constatons un chiffre de 49 naissances par sage-femme. D'après la DRESS, le nombre de naissances par sage-femme pourrait se stabiliser autour 43 dans les années 2015. [16]

I - 3 Répartition par secteur d'activité

La répartition des sages-femmes par secteur est très intéressante à analyser dans la mesure où elle a énormément évolué au cours de ces cinquante dernières années. Si, auparavant, la majorité des sages-femmes exerçaient en milieu libéral, actuellement, elles travaillent majoritairement au sein de structures hospitalières (publiques ou privées). Elles ont ainsi acquis un statut de salarié et une plus grande sécurité de l'emploi. En contre partie, elles ont accepté de travailler en interdépendance avec les gynécologues obstétriciens dans une hiérarchie hospitalière.

Au niveau national

Au 1^{er} janvier 2004, les chiffres concernant la répartition des sages-femmes par secteur d'activité différent entre le répertoire ADELI et le Conseil National de l'Ordre. Prenons les chiffres fournis par le Conseil National de l'Ordre et récapitulés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 3 : Répartition des sages-femmes par secteur d'activité au 1^{er} janvier 2004

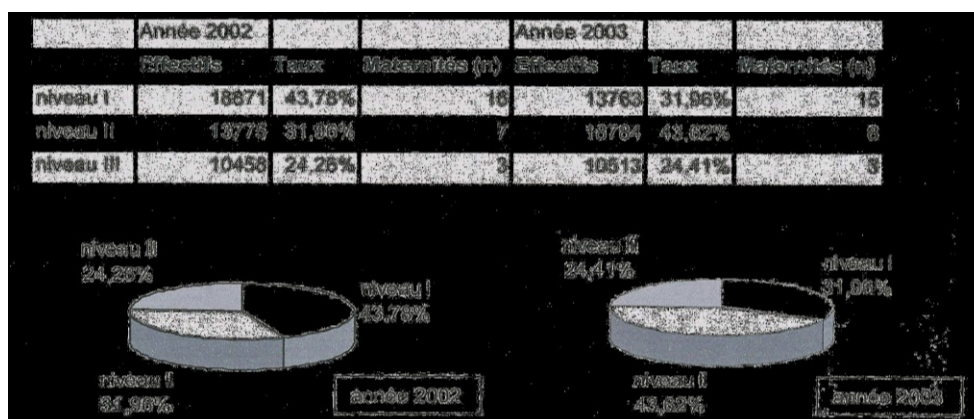
Secteur d'activité	Effectifs	Pourcentage	Age moyen
Secteur hospitalier	8758	59 %	38
Secteur privé (PSPH + non PSPH)	3330	22,5 %	40
Secteur libéral	1997	13,5 %	44
PMI et planification	727	5 %	47
TOTAL	14812	100	

Ainsi, nous pouvons remarquer que la majorité des sages-femmes travaillent actuellement au sein de structures, qu'elles soient publiques ou privées, puisqu'elles sont environ 81,5 % à avoir choisi ce mode d'exercice. 13,5 % des sages-femmes

travaillent en milieu libéral exclusivement et seulement 5 % d'entre elles travaillent au sein de centre de protection maternelle et infantile ou de centre de planification familiale. La différence entre le total des effectifs (14 812) et le nombre de sages-femmes inscrites au 1^{er} janvier 2004 (16 521) s'explique par le nombre de sages-femmes sans activité toujours inscrites au conseil de l'ordre. Il faut aussi tenir compte du fait que certaines sages-femmes ont une activité mixte, c'est-à-dire que, bien que travaillant dans une structure, elles exercent des remplacements en secteur libéral et inversement. [20-16]

Lors des états généraux de la naissance en juin 2003, 13 propositions ont été présentées pour faire face aux difficultés que rencontre la périnatalité en France. Parmi elles, la proposition n°2 précise : « La crise démographique (indépendamment des impératifs de sécurité) imposera des regroupements de plateaux techniques à élaborer à l'échelon national ». [11] Depuis lors, une restructuration dans l'organisation des maternités a lieu en France. Celle-ci est régie par les plans de périnatalité de 1994 et 2005 et leurs décrets d'application. La mise en place de ces plans a entraîné la fermeture des « petites » maternités de moins de 300 accouchements par an et la création d'une typologie des maternités comprenant les « centres périnataux, les centres de type I avec une activité inférieure à 1500 accouchements par an, les centres de type I avec une activité supérieure à 1500 accouchements par an, les centres de type IIa équipé d'un plateau technique assurant une obstétrique à bas risque, les centres IIb équipé d'un plateau médico-technique assurant une obstétrique à haut risque, avec prise en charge du nouveau-né nécessitant des soins intensifs, les centres de type III traitant l'obstétrique à haut risque, avec prise en charge du nouveau-né nécessitant un recours à la réanimation néonatale ».[15] En Loire-Atlantique, nous recensons ainsi 15 maternités de niveau I, 8 maternités de niveau II et 3 maternités de niveau III. Comme nous le montre le tableau de la répartition des accouchements selon le niveau de soins, en 2003, la majorité des accouchements ont eu lieu dans des maternités de niveau II sur la Loire-Atlantique en 2003. [17]

Tableau n°4 : répartition des accouchements selon le niveau de soins



Source : rapport d'activité des maternités des Pays de la Loire 2002-2003

Il faut noter que la fermeture des petites maternités a été au centre de nombreuses revendications au sein de la profession.

Secteur d'activité des sages-femmes hommes

Si nous nous intéressons d'un peu plus près aux sages-femmes hommes, nous pouvons constater que sur les 156 hommes, 90 travaillent en établissement public (soit 57 %), 35 exercent en établissement privé (soit 22 %), seulement 8 sont en secteur libéral (soit 5 %) et un seul travaille en PMI (soit moins de 1%). Ces pourcentages sont donc comparables à ceux de leurs consœurs.

Concernant le département de la Loire-Atlantique

La répartition des sages-femmes exerçant dans le département est récapitulée dans le tableau ci-contre :

Tableau 5 : effectifs des sages-femmes par secteur d'activité en Loire Atlantique au 31 décembre 2003.

		EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES INSCRITES AU												
		TABLEAU												
SAGES-FEMMES EN ACTIVITE		moins de 26 ans	de 26 à 30 ans inclus	de 31 à 35 ans inclus	de 36 à 40 ans inclus	de 41 à 45 ans inclus	de 46 à 50 ans inclus	de 51 à 55 ans inclus	de 56 à 60 ans inclus	de 61 à 65 ans inclus	de 66 à 70 ans inclus	de 71 à 75 ans inclus	plus de 75 ans	TOTAL
		Libérales (sans autre activité salariée)			9	9	13	11	10	5	6	2		
Hospitalières dans un établissement public		15	19	21	19	16	19	17	6	1				133
Salariées dans un établissement privé		9	5	3	7	4	6	6	3					43
En P.M.I.				1	2		1	2						6
Polyactives (libérales et salariées)			3	1	2			2						8
Divers *		1	3	3			2	3						12
Activité inconnue			6	9	1	7	6	4						33
TOTAL		25	45	47	44	38	44	39	15	3	0	0	0	300

Source : Conseil de l'Ordre départemental de la Loire Atlantique

Au vu de ces chiffres, nous pouvons conclure qu'au sein de la Loire Atlantique, la répartition des sages-femmes par secteur d'activité est à l'image de la répartition nationale. Il faut cependant souligner que 33 sages-femmes n'ont pas précisé leur secteur d'activité, il faut alors rester prudent quant à l'analyse de ces données.

I - 4 L'organisation actuelle de la profession

Les compétences actuelles

Dans le discours de la crise, l'élargissement des compétences des sages-femmes tient une place primordiale. C'est de la définition et de la limite des compétences des sages-femmes que dépend l'autonomie de leur exercice professionnel. La crainte d'un glissement vers une pratique paramédicale sous tutelle des médecins existe toujours au sein de la profession. Les nombreux articles de la presse spécialisée concernant ce thème confortent cette idée. Pour illustrer ceci, nous pouvons citer par exemple le titre de la revue Profession sage-femme de janvier 2004 : *les compétences des sages-femmes menacées*. Par ailleurs, dans les six numéros des Dossiers de l'Obstétrique de janvier à juin 2004, nous avons retrouvé sept sujets traitant des compétences actuelles de la sage-femme et de ses applications soit plus d'un article par revue. Ce thème est donc récurrent et au centre des interrogations des sages-femmes.

Les compétences de la sage-femme s'étendent du début de la grossesse jusqu'au premier mois de l'enfant. Ainsi, une sage-femme est habilitée à effectuer les cours de préparation à l'accouchement et le suivi de la grossesse dans le cadre de la physiologie. Elle est qualifiée pour accompagner et prendre en charge les naissances physiologiques et elle collabore avec l'équipe médicale en cas de grossesse pathologique. Elle prodigue les premiers soins à la mère et au nouveau-né. Elle assure la rééducation post-natale.

Dans le cadre d'un travail en réseau, elle collabore avec le gynécologue obstétricien ou tout autre personnel de santé (assistante sociale, puéricultrice, psychologue...). Elle participe à la mise en place des hospitalisations à domicile et des sorties précoces et suit les parturientes qui en bénéficient.

L'exercice de la profession de sage-femme connaît beaucoup de modifications ces derniers mois, et notamment en ce qui concerne son champ de

compétences. Ainsi, la loi relative à la politique de santé publique datée du 9 août 2004 et publiée au journal officiel le 11 août 2004 élargit un peu plus le champ de compétences des sages-femmes. La déclaration de grossesse ainsi que l'examen post-natal peuvent dorénavant être effectués par la sage-femme, toujours dans le cadre de la physiologie. Elle est autorisée à pratiquer la vaccination contre la rubéole. Elle peut également prescrire les examens strictement nécessaires à l'exercice de la profession ainsi que les médicaments figurant sur une liste fixée par arrêté du ministère chargé de la santé, après avis de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Enfin, elle est habilitée à prescrire une contraception hormonale dans les suites de couches, lors de l'examen post-natal et après une interruption volontaire de grossesse.

Comme le fait remarquer la sociologue Danièle Carricaburu « la répartition des tâches, telle qu'elle est définie par le Code de la Santé Publique, fonctionne sur un principe de délégation : tous les actes et toutes les prescriptions d'examens et de médicaments autorisés aux sages-femmes peuvent être effectués par les médecins. Par conséquent, les sages-femmes n'ont aucune attribution qui leur soit spécifique. L'autonomie des sages-femmes est limitée par ce principe de délégation qui témoigne de la position qu'elles occupent à l'égard de la profession dominante de l'obstétricien ». [8]

Les textes légiférant la profession

Le code de la santé publique

Edité tous les ans, le code de la santé publique rappelle la loi du 19 mai 1982. Cette loi a nettement défini les champs de compétences de la profession. Ainsi, l'article L.4151-1 du code de la santé publique délimite le champ de compétences de la sage-femme au « diagnostic et à la surveillance de la grossesse, à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, à la surveillance et à la pratique de l'accouchement, aux soins postnatals en ce qui concerne la mère et l'enfant et à la participation aux consultations de planification familiale ». Il est par ailleurs

important de souligner que la profession de sage-femme apparaît dans le titre 1er du livre Ier du code de la santé publique, concernant les professions médicales.

Le Code de Déontologie

La profession s'est dotée d'une déontologie professionnelle depuis 1949 sous la forme d'un code précisant les principes déontologiques appliqués aux sages-femmes. Celui-ci a été remanié le 8 août 1991 et est paru au Journal Officiel sous la forme du décret n° 91-779. C'est ce dernier qui est toujours en vigueur actuellement et il est régulièrement complété par un certain nombre de décrets, arrêtés et circulaires.

Les organisations de sages-femmes

Les organisations syndicales

Hormis les syndicats politiques existant au sein de tous établissements privés ou publics, il existe deux principaux syndicats de sages-femmes en France : l'Organisation Nationale des Syndicats de Sages-femmes (ONSSF) et l'Union Nationale des Syndicats de Sages-femmes Françaises (UNSSFF). Si leurs divergences concernent peu l'évolution de la profession, ces deux syndicats sont en revanche en désaccord sur le degré d'autonomie que la profession doit acquérir. Les syndicats interviennent auprès de leurs adhérents, du Ministère de la Santé ainsi que des caisses d'assurances maladies pour faire entendre au mieux leurs revendications. Afin de connaître le taux de syndicalisation des sages-femmes, nous avons pris contact lors de notre étude avec les syndicats professionnels. Ceux-ci nous ont appris qu'il n'existe pas actuellement de chiffres globaux concernant la profession. Une enquête de représentativité des syndicats professionnels concernant l'exercice libéral a eu lieu mais les résultats ne sont pas encore connus. Il n'existe donc pas de chiffres disponibles concernant le taux de syndicalisation des sages-femmes. Il semble cependant que peu de sages-femmes soient syndiquées en France actuellement.

Les organisations associatives

Il existe plusieurs associations sur le plan national qui regroupent des sages-femmes. Ces associations peuvent être professionnelles comme par exemple l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales ou l'association Paroles de Sage-Femme, ou non professionnelles comme par exemple à Nantes l'association Planète parents. Les associations non professionnelles permettent alors la rencontre entre des parents, des femmes et des sages-femmes ou autres professionnels de santé.

La coordination nationale des sages-femmes

La coordination nationale des sages-femmes n'a pas de représentativité officielle auprès des pouvoirs publics. Elle participe néanmoins aux différents débats concernant l'exercice de la profession, et ce quelque soit le mode d'exercice concerné.

Le Conseil de l'Ordre

C'est l'ordonnance du 14 septembre 1945 qui va entériner la création des Ordres médicaux tels que nous les connaissons aujourd'hui (ceux-ci ayant été créés sous le gouvernement de Vichy), à savoir l'Ordre des médecins, celui des chirurgiens dentistes et enfin celui des sages-femmes. Les missions du Conseil de l'Ordre sont définies dans les articles L.4121-2 à L.4126-7 du code de la santé publique. Elles sont de cinq ordres et réparties au niveau national, interrégional et départemental. Il a une mission déontologique puisqu'il participe à la préparation du code de déontologie, veille au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de la profession ainsi qu'à l'observation de celui-ci par toutes les sages-femmes. Sa deuxième mission est administrative et consiste à la gestion des inscriptions et radiations des sages-femmes au tableau de l'ordre. Sa troisième mission est consultative : en effet, le Conseil de l'Ordre étudie les questions ou projets soumis par le ministère chargé de la santé et il aide, par ailleurs, les sages-femmes libérales lors de leur installation ou lors de l'élaboration de contrat. Il a, de plus, une mission de conciliation entre professionnels dans le cadre d'un litige. Enfin, il a une mission juridictionnelle : si une plainte est déposée contre une sage-femme, il la reçoit, en informe la sage-femme qui peut faire appel

devant le Conseil de l'Ordre national. L'inscription au Conseil de l'Ordre est obligatoire pour exercer la profession de sage-femme en France. Enfin, il est important de noter que, depuis 1995, le Conseil de l'Ordre est présidé par une sage-femme et non plus par un médecin.

Ces organisations et associations professionnelles permettent la défense des intérêts de la profession. Si pour le Conseil de l'ordre l'adhésion est obligatoire pour exercer, pour les autres, en revanche, elle est avant tout un signe d'appartenance au groupe. Ces instances ont une fonction importante car « elles sont l'expression et la garantie de l'existence sociale de la profession » et assurent ainsi une visibilité au groupe professionnel. [7] Les sages-femmes acquièrent une identité qui a une dimension publique favorable à un travail d'argumentation pour la défense de leurs intérêts et de leurs conceptions.

L'analyse que nous venons de faire de la démographie et de ses effets ainsi que des organisations professionnelles éclaire la deuxième dimension de la crise d'identité de la profession telle qu'elle est définie par Pierre Aïach et Didier Fassin.

Ainsi, tout au long de cette première partie, nous avons pu comprendre comment l'évolution historique et l'organisation actuelle de la profession traduisent des situations de « crise » influant sur son identité. En effet, « L'identité ne s'acquiert pas sans une lutte pour se faire reconnaître, sans le passage par des crises et des conflits qui contribueront à la renforcer, à la faire évoluer ». [3] Nous allons à présent voir si ce sentiment de crise se retrouve au sein du discours des sages-femmes et comment ces dernières parlent de leur identité.

**II - PAROLES DE SAGES-
FEMMES SUR LEUR IDENTITE**

II - 1 La méthodologie

Le choix des entretiens

Comme nous l'avons déjà précisé, la méthode de recherche choisie est celle de l'entretien semi directif. Ce choix est fondé sur plusieurs arguments. Tout d'abord, les ouvrages de sociologie consultés s'accordent à dire que « l'interview est (...) l'instrument le plus adéquat pour cerner les systèmes de représentations, de valeurs, de normes véhiculés par un individu ». [4-18] L'entretien permet donc de mettre en avant le caractère individuel et biographique de l'identité. Par ailleurs, les entretiens « s'attachent à saisir l'individu dans son espace temporel, dans son histoire et dans sa trajectoire, pour atteindre à travers lui la dynamique du changement social ». [5] L'interviewé devient alors un témoin de l'évolution de sa profession, l'ensemble des interviewés reflète une opinion collective.

De plus, un événement nous a conforté dans ce choix. Dans le cadre d'un colloque sur l'Histoire des sages-femmes, la Société d'Histoire de la Naissance et l'association Espace Naissance de Nantes en partenariat avec les Dossiers de l'Obstétrique ont lancé une enquête auprès des sages-femmes en novembre 2003. Les sages-femmes qui souhaitaient participer devaient répondre à un questionnaire, par écrit ou par oral.[annexe I] Ce questionnaire, distribué au travers des Dossiers de l'Obstétrique, était composé de 45 questions réparties en thèmes. Les résultats ont été présentés par l'historienne Yvonne KNIBIEHLER lors du colloque qui a eu lieu à Nantes le 25 et 26 septembre 2004 et intitulé « Les sages-femmes d'hier à aujourd'hui, pour quel avenir ? ». Or, il est apparu que sur les 16 500 sages-femmes environ exerçant en France seuls 79 questionnaires (dont 20 étaient inutilisables) ont été récoltés. L'échantillon était donc réduit et peu représentatif puisque nous pouvons penser par ailleurs que seules des sages-femmes particulièrement intéressées ont répondu au questionnaire. Durant la présentation des résultats, il a, en outre, été souligné l'inconvénient du questionnaire écrit et l'intérêt de l'enquête orale. En effet,

celle-ci offre l'avantage de pouvoir diriger l'entretien et de mieux comprendre les propos des sages-femmes. Il a également été remarqué le manque de témoignage de sage-femme homme. Ainsi, le choix de l'enquête par entretien semi directif nous a-t-il paru le plus pertinent.

La constitution de l'échantillon

L'échantillon est composé de neuf sages-femmes. Le choix des sages-femmes n'est pas aléatoire mais mûrement réfléchi compte tenu de l'hypothèse de départ que nous rappelons ici : les sages-femmes innovatrices amènent une dynamique de changement dans la profession et dans l'identité professionnelle des sages-femmes. Nous entendons par sages-femmes innovatrices des sages-femmes qui exercent leur art au travers de nouvelles formes d'activités ou qui ont un engagement spécifique, particulier. Il apparaît en italique dans le tableau les particularités de chacune d'elle. Pour faciliter l'analyse, nous avons attribué un code à chaque sage-femme :

Tableau 6 : présentation des sages-femmes et de leur particularité .

sage-femme	Sexe	Age	Lieu d'exercice	Particularités
SF 1	<i>masculin</i>	35 ans	Clinique mutualiste	Contractuel
SF 2	féminin	37 ans	CHU niveau 3	<i>Sage-femme dans un centre d'orthogénie</i>
SF 3	féminin	38 ans	CHU niveau 3	<i>Sage-femme cadre</i>
SF 4	féminin	41 ans	<i>PMI</i>	Contractuelle
SF 5	féminin	45 ans	CHU niveau 3	<i>Echographiste</i>
SF 6	féminin	48 ans	CH niveau 2	<i>Membre du comité de rédaction des Dossiers de l'Obstétrique</i>
SF 7	féminin	49 ans	<i>Libéral</i>	<i>Syndiquée</i>
SF 8	féminin	55 ans	CHU niveau 3	<i>Retraîtée depuis 1 an</i>
SF 9	féminin	58 ans	<i>Clinique privée</i>	

Pour ôter toute éventuelle influence liée au lieu géographique d'exercice, nous avons décidé arbitrairement de limiter nos entretiens à des sages-femmes exerçant uniquement dans le département de la Loire-Atlantique.

L'élaboration du plan d'entretien

Notre guide d'entretien se compose de 45 questions ouvertes et regroupées en cinq thèmes principaux.[annexe II] Chaque thème regroupe plusieurs questions s'y rapportant. Au travers de l'analyse de ces entretiens, nous allons tenter de répondre à notre question de départ : existe-t-il une crise de l'identité des sages-femmes ? Cette identité se divise, comme nous l'avons vu, en identité individuelle (biographie de chaque individu) et identité collective (sentiment d'appartenance au groupe professionnel). L'identité individuelle est étudiée, dans notre démarche, au travers des thèmes du vécu de la formation et de la situation familiale de chacune des sages-femmes. L'identité collective, quant à elle, est abordée dans les thèmes de la trajectoire professionnelle et des relations professionnelles. Enfin dans un dernier thème sur la vision de l'avenir de la profession et de leur carrière, nous verrons si au travers de leur discours existe un sentiment de malaise, de crise de la profession.

Les difficultés rencontrées

Les difficultés se rencontrent habituellement en différents moments de l'étude : lors de la prise de contact avec les sages-femmes, à la réalisation des entretiens ou pendant leur retranscription et leur analyse. Pour notre part, la prise de contact avec les sages-femmes s'est révélée très facile, leur accueil chaleureux. Ces dernières ont été très intéressées par le sujet de mon étude. Les entretiens se sont déroulés pour certains sur le lieu de travail et pour le reste au domicile des sages-femmes. La durée des interviews varie de 45 minutes à une heure et demie pour les plus longues. C'est durant la retranscription que sont apparues quelques difficultés liées à notre guide d'entretien dans la mesure où des questions comme « de quelle profession vous sentez-vous le plus proche » ont été interprétées de manières

différentes par les sages-femmes. Sa formulation était donc ambiguë. Sur certaines questions, quelques sages-femmes ont parues « mal à l'aise » : ce détail sera analysé au fur et à mesure de la synthèse des entretiens. De plus, il faut signaler des difficultés liées à l'expression orale. En effet, la qualité de l'expression des sages-femmes est souvent lacunaire et le vocabulaire approximatif. Il nous a parfois été difficile de restituer des propos souvent allusifs et non terminés sans tomber dans l'interprétation. La quantité de matériel à analyser s'en est donc vue diminuée. Toutefois, ces difficultés restent assez limitées dans leurs effets et n'ont pas remis en question le choix de la méthode.

II - 2 Présentation des entretiens

Les neuf sages-femmes interviewées sont d'origine française. La question de la profession des parents a été posée dans le souhait de savoir si l'un d'eux exerçait dans le milieu médical. Aucun parent des sages-femmes de notre étude n'a un travail en lien avec le milieu de la santé. Une seule sage-femme est enfant unique. Les autres s'inscrivent dans des fratries allant de deux à six enfants. Nous allons, à présent, détailler le contenu des entretiens thème par thème

Le vécu de la formation

Motivation pour « faire » sage-femme

Les trois sages-femmes les plus âgées de notre étude n'ont pas le bac (SF 7, 8 et 9), en effet, « à l'époque, on pouvait rentrer à l'école de sage-femme en passant un concours quand on n'avait pas le bac. Et quand on avait le bac, on n'avait pas besoin de passer le concours » (SF 9). Les six autres sages-femmes ont un bac C ou D. Sur les neuf, quatre ont fait une première année de médecine après le bac ; les raisons invoquées sont différentes : deux attendaient de passer le concours, une se vouait à l'obstétrique et n'a eu connaissance du métier de sage-femme que pendant

son année de PCEM 1, la dernière a évoqué des raisons de jeunesse. Quatre sont rentrées directement à l'école de sages-femmes. Enfin, une des sages-femmes a travaillé un premier temps comme auxiliaire de puériculture et a ensuite repris ses études pour devenir sage-femme.

Deux interviewées ont toujours voulu faire de l'obstétrique sans n'avoir pu nous donner d'autres explications. Il faut cependant noter que pour l'une son arrière grand-mère était elle-même sage-femme et pour l'autre sa propre mère avait accouché à la maison de ses six enfants. Les deux sages-femmes n'ont pourtant pas relié directement leur choix à ce vécu particulier. Pour une autre, c'est devant l'expérience de la maternité d'une tante qu'elle s'est décidée pour ce métier, et ce vers l'âge de neuf ans. Pour trois autres, le choix s'est fait durant le lycée. Deux encore se sont décidées lorsqu'elles ont passé le concours. La dernière a choisi la profession de sage-femme à « *un moment où le métier d'auxiliaire de puériculture commençait à m'étouffer* » (SF 7). Ainsi, le choix et les motivations pour le métier de sage-femme sont intervenus à des périodes différentes pour chacune.

Il nous paraît important de souligner par ailleurs qu'il existe une forte similitude entre les sages-femmes et les médecins dans les motivations pour faire médecine en ce qui concerne les médecins et pour faire de l'obstétrique en ce qui concerne les sages-femmes. En effet, dans une enquête menée auprès de médecins généralistes en 2004, les motivations retrouvées sont de plusieurs types : « la vocation », la familiarité avec la maladie amenant au désir de soin, la consécration du bon élève, la recherche d'un métier stable et lucratif et le choix par hasard ou plutôt par défaut ». [19] Nous retrouvons ainsi chez les sages-femmes interrogées la familiarité avec l'expérience vécue par un proche (tante, mère), la vocation (dans « le sens d'une idée personnelle nourrie depuis l'enfance sans lien explicite avec une personne » [19]) et le choix par hasard (pour des sages-femmes s'étant décidées plus tard, au moment du concours).

Formation et premières identifications

Parmi les neuf sages-femmes, trois ont obtenu leur diplôme en Loire-Atlantique, trois en Ile et Vilaine, une en région parisienne et la dernière à Dakar. Les années d'obtention du diplôme s'étalent entre les années 1967 et 1992.

Le ressenti des sages-femmes vis à vis de leur formation est mitigé et peut se décomposer comme suit : celles qui ont un bon souvenir de leur formation et celles qui en ont un « mauvais » souvenir. Celles qui évoquent un bon souvenir sont trois (SF 6, 7 et 9) et leurs vécus sont différents. « *Moi, j'ai un bon souvenir de mes études...je crois que ça tenait aussi à la personnalité des médecins...* » (SF 6). « *Je n'ai pas mal vécu mes études...J'avais un aplomb, j'imagine, une expérience professionnelle qui m'a permis de traverser les épreuves, entre guillemets sans être déçue de cela* » (SF 7). « *Au Sénégal, c'était surtout tout ce qu'on pouvait apporter à la population qui attendait beaucoup de nous et qui avait une reconnaissance assez poignante* » (SF 9). Pour les autres, les souvenirs évoqués sont également différents. Sont surtout remémorés le coté ultra scolaire (SF 1, 4), le rythme soutenu des gardes et des études (SF 3, 8), le sentiment de supériorité du milieu hospitalier qualifié de « *quasi-insupportable* » (SF 1, 2) et l'infantilisme de la formation (SF 1, 4, 5, 7). La sage-femme homme souligne quelques difficultés lors de sa formation du seul fait d'être un homme (stage refusé, plaisanterie du milieu médical). Une seule sage-femme évoquera spontanément la bonne entente entre élèves au sein de l'école (SF 7). Si les vécus sont divers, il est certain que la formation a marquée les esprits des sages-femmes que nous avons interrogées.

La question concernant les stages fort appréciés ou au contraire peu appréciés est très intéressante. D'une part, les sages-femmes ont semblé mal à l'aise pour répondre à cette question, et au moment de l'analyse, nous nous apercevons que quatre réponses ne sont pas entièrement exploitables, les sages-femmes n'ayant répondu que très partiellement à la question. D'autre part, qu'ils soient ou non appréciés, ce sont en tous cas les stages de première année qui ont été le plus cités par les sages-femmes. « *Le 1^{er} stage de 1^{ère} année parce que quand on a jamais mis les pieds dans un hôpital et que l'on se retrouve dès le 1^{er} jour dans un bloc de*

traumatologie... c'est un peu brutal on va dire... » (SF 1). Le stage de réanimation infantile est un stage que trois sages-femmes ont peu apprécié : « C'est un stage qui a été très difficile. » (SF 3), « Vraiment un stage épouvantable » (SF 6). Il est, par ailleurs, intéressant de remarquer la corrélation qui existe entre les stages cités comme positivement marquant et le lieu d'exercice des sages femmes qui les ont cité. Par exemple, la sage-femme pratiquant au sein d'un service de consultations a beaucoup apprécié ses stages en PMI et en consultations. De même, la sage-femme exerçant dans le centre d'orthogénie avait déjà apprécié ce stage en tant qu'élève.

Ainsi, que ce soit au niveau de l'enseignement ou des stages, la formation a été vécue différemment par les sages-femmes. Elle semble en tous cas avoir été marquante. Ce point est important à souligner car la formation constitue la première approche avec le milieu hospitalier et avec les sages-femmes. Les premières identifications ont lieu à ce moment. Si la formation est mal vécue par certaines, l'identification à la profession ne pourra donc être totale et satisfaisante.

La situation familiale

Parmi les sages-femmes interrogées, six sont mariées, deux célibataires et une divorcée. Les époux des sages-femmes mariées n'exercent par ailleurs pas dans le milieu médical.

Deux des sages-femmes n'ont pas d'enfants. Elles ne sont d'ailleurs toutes deux pas d'accord sur l'influence de cette situation vis-à-vis de leur travail. Si la sage-femme 5 pense que cela n'influence pas du tout sa relation aux femmes, la sage-femme 6 pense, elle, au contraire que « *cela ne m'autorise pas à avoir un modèle d'accouchement à proposer aux femmes... je ne compare pas ce que j'imagine qu'elle ressent avec ce que j'aurais ressenti si j'avais accouché et je pense qu'aucune femme qui va accoucher ne veut savoir ce que c'est que d'accoucher pour une autre femme donc cela me garantit de cet écueil-là* ». Pour les autres sages-femmes, l'influence de l'expérience de leur propre maternité sur leur relation aux femmes est nuancée. Les sages-femmes 7, 8, 9 pensent par exemple que cela n'a

influencé en rien leurs relations avec les patientes. La sage-femme 2 ne prend pas partie sur cette question en rajoutant : « *tous les cancérologues n'ont pas eu un cancer* ». Les sages-femmes 3 et 4 pensent qu' « *avec des domaines qui étaient vécus et qui faisaient que je ne restais plus dans la théorie...que c'était peut-être plus facile après pour expliquer certaines choses et puis m'apercevoir qu'il y a des domaines dans la formation où finalement on ne se centre pas forcément assez* » (SF 3). « *Elles (les grossesses) m'ont fait m'ouvrir, elles m'ont fait découvrir que ce qu'on pouvait proposer dans certains endroits ne correspondait pas forcément aux désirs des femmes, cela m'a beaucoup aidé maintenant pour faire mon travail en PMI* » (SF 4). Il faut par ailleurs noter que pour la sage-femme homme, l'expérience de la maternité de sa femme a influencé sa relation avec les parturientes, il déclare en effet ceci : « *je pense que, dans l'exercice qu'on fait on ne peut que mettre corps et âme et par là même tout le vécu entre en jeu dans la façon d'appréhender les choses...c'est ce qui m'a fait changer complètement d'orientation professionnelle...disons que cela a été le déclic* » (SF 1).

Quatre sages-femmes sont abonnées personnellement à des périodiques. Pour trois d'entre elles, leur abonnement est en rapport direct avec leur activité : la sage-femme échographiste est abonnée à « médecine fœtale », la sage-femme libérale à « alternative santé » et aux « Dossiers de l'Obstétrique ». Naturellement, la sage-femme membre du comité de rédaction des Dossiers de l'Obstétrique y est abonnée. Les sages-femmes n'ayant pas d'abonnement personnel soulignent toutes le fait qu'elles y ont accès très facilement sur leur lieu de travail. Elles ne voient donc pas l'utilité de s'y abonner.

Sept des sages-femmes interviewées possèdent un accès Internet à leur domicile. Quatre s'en servent pour visiter des sites en rapport avec la santé ou la profession de sage-femme.

En dehors de la famille ou des enfants et petits enfants, les sages-femmes interrogées semblent avoir peu de temps à consacrer aux loisirs. Les activités manuelles occupent une place importante dans leurs loisirs : bricolage, jardinage,

broderie, réfection de fauteuil. Il en est de même pour les activités telles que la lecture, le cinéma et la musique. Aucune ne pratique une activité sportive régulière.

Quant à la pratique religieuse, cinq déclarent n'en avoir aucune, deux se considèrent croyantes mais non pratiquantes et les deux dernières ont une pratique religieuse plus ou moins régulière. « *Je suis croyante et j'essaie au moins d'aller aux grandes fêtes principales...à la messe...* » (SF 9).

La trajectoire professionnelle

Activités et conditions de travail

Toutes les sages-femmes interrogées ont choisi leur lieu d'exercice. Deux des sages-femmes sont contractuelles : celle exerçant au sein de la clinique mutualiste (SF 1) et celle exerçant en PMI (SF 4). Il faut noter que ces deux sages-femmes étaient titulaires de leur ancien poste au sein d'une structure hospitalière ; pour changer de structure (et pour l'une d'entre elle de région), elles ont dû abandonner leur statut de titulaire. Il faut par ailleurs souligner que pour les sages-femmes travaillant au sein de structures hospitalières (SF 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9), celles ayant une activité spécifique se consacrent entièrement à elle : échographie, enseignement. Pour les autres, elles « tournent » au sein des différents services de l'établissement dans lequel elles exercent. Mise à part la sage-femme 9 : pour elle, c'est un choix personnel de se consacrer exclusivement aux consultations. L'intérêt de la mobilité au sein de la structure est cité par la sage-femme 6 : « *c'était une des choses qui m'intéressait sur ce lieu-là, c'était de pouvoir englober le plus possible, de travailler de plus possible, d'occuper le plus possible le terrain (...) à la fois connaître son terrain pour connaître les limites et puis pas les outrepasser, et ne pas laisser les gens rester sur ton terrain sans que tu puisses rien faire. Connaître son terrain c'est aussi l'occuper le plus possible. C'est-à-dire bien connaître les limites et en occuper tous les domaines* ». Cette réflexion souligne le besoin de se sentir reconnu sur le lieu de travail en occupant le plus possible les champs de compétence de la profession. D'autre part, c'est la prise de conscience d'un manque de préparation des femmes pendant la grossesse et en post-natal qui a conduit la sage-

femme 7 a s'installer en milieu libéral : *« ce qui me surprenait c'était de voir des dames arriver en maternité qui ne s'étaient pas préparées à l'accouchement parce qu'il y avait de la distance, ou qui disaient « moi je n'ai pas pu aller me préparer parce que le docteur m'a dit qu'il ne fallait plus que je bouge parce que je risquais d'accoucher trop tôt ». Et puis aussi dans le post-natal, au niveau de l'allaitement. Il y avait beaucoup d'échec d'allaitement parce que une fois sortie de la maternité, c'est un petit peu le désert. Et c'est encore plus vrai pour les femmes qui habitent en secteur rural ».*

Nous nous sommes par ailleurs intéressés à la succession des différents emplois des sages-femmes. Nous ne les détaillerons pas dans un souci de confidentialité. Nous pouvons cependant retenir que deux sages-femmes n'ont jamais changé de structure (SF 6 et SF 8). Pour les autres, les changements de structures sont liés à un choix professionnel (SF 1, 2, 3, 5,7) ou à un choix d'ordre personnel (SF 4 et 9).

Cinq des neuf sages-femmes travaillent à temps plein : *« une nécessité financière »* (SF 9), *« Ah, célibataire, il n'y a pas trop le choix »* (SF 6). Deux sages-femmes travaillent à 80 % : *« Ce qui me plait, il faut être honnête, c'est de pouvoir travailler à 80%, d'avoir le mercredi, de ne plus faire de week-end ni de nuits...ça, j'en ai fait pendant 15 ans... »* (SF 4). La sage-femme retraitée a travaillé alternativement à temps plein et temps partiel. Nous remarquons ici que la situation familiale joue un rôle important dans le choix du temps de travail.

A notre grande surprise, cinq sages-femmes ont déjà pratiqué ou pratiquent de l'enseignement. Cet enseignement revêt de multiples facettes : enseignement en école de sage-femme (SF 2, 3, 5, 6), en école d'aides-soignantes (SF 6), enfin enseignement aux sages-femmes africaines (SF 9). Il est par ailleurs décrit par les sages-femmes comme une volonté propre : *« Je trouve que cela trouve sa place dans mon choix personnel et qu'une sage-femme s'adresse à d'autres sages-femmes je trouve cela bien. Cela a du sens pour moi ; ce n'est pas un besoin personnel, mais dans la trajectoire que j'ai choisi, dans ce que je dois transmettre cela a du sens »*

(SF 5). Les quatre sages-femmes n'ayant pas enseigné n'ont pas exprimé de manque sur ce point.

Si la majorité des sages-femmes ont effectué ou effectuent des cours de préparation à l'accouchement, certaines considèrent en avoir fait « *trop peu pour pouvoir le faire bien* » (SF 1). Le manque de formation au sein de l'école de sage-femme a également été souligné par la sage-femme 4. La communication, la relation à l'autre, et l'accompagnement sont différents aspects de la préparation à l'accouchement qui touchent les sages-femmes. « *Ce sont des relations assez importantes avec les femmes...j'aime cela...quelle que soit la façon dont la naissance s'est passée, on sent qu'il y a quelque chose qui s'est passé pendant la préparation, que ce n'est pas un lien comme cela, de passage, il y a toujours quelque chose qui continue* » (SF 7). Deux sages-femmes n'en ont jamais pratiqué et n'en éprouvent pas le manque.

La nature des actes techniques pratiqués dépend tout naturellement du lieu d'exercice de la sage-femme. Nous avons par ailleurs souhaité savoir s'il y avait des gestes considérés comme plus valorisant que d'autres. « *cela paraît difficile de dire qu'un soin soit gratifiant...si on entend parler dans soin tout ce qui est geste technique, pansement, examen... parce que cela fait partie de la profession. Donc étant donné que cela fait partie de la profession, il n'y en a pas... pour moi. Que ce soit pour un sondage vésical ou que ce soit faire un accouchement ou recoudre une épisiotomie, pour moi il a la même valeur, il doit être fait avec la même dextérité, le même respect... donc moi je dirais que le plus gratifiant dans tout cela c'est de prendre en considération le fait que l'on a à faire à une patiente* » (SF 2). « *Il y a des choses très, très fatigantes, beaucoup de choses très fatigantes et de façon très différente, mais c'est intéressant. Il n'y a pas de choses que j'aime mieux faire que d'autres* » (SF 6).

Toutes les sages-femmes interviewées suivent des formations continues. Seules les sages-femmes contractuelles expriment des difficultés pour les obtenir, sans doute de par leur statut de contractuel. « *Pas comme j'aurais voulu par manque de possibilités* » (SF 1).

Si toutes ont déjà participé à des congrès en tant qu'observatrices, peu l'ont fait en tant qu'intervenantes (4). Il faut remarquer que celles qui sont déjà intervenues dans des congrès ont une singularité dans la profession : la sage-femme enseignante, la sage-femme échographiste, la sage-femme membre du comité de rédaction des Dossiers de l'Obstétrique et enfin la sage-femme ancienne membre du Conseil de l'Ordre (SF 8). Leurs interventions sont d'ailleurs directement liées à leurs spécificités professionnelles.

Les transformations perçues par la profession

Les réponses à cette question ont été très denses et différentes pour chaque sage-femme.

Si le thème de la médicalisation ressort tout de même de plusieurs réponses (SF 2, 3, 4, 5, 9), il est cependant abordé de manière différente par chacune. Pour certaines, c'est la médicalisation en général de la profession qui les a marquées : « *Il y avait davantage de sens clinique, c'est-à-dire que pour une patiente on essayait d'abord de faire un diagnostic et qu'on utilisait les examens complémentaires pour confirmer ou infirmer un diagnostic* » (SF 2), « *j'ai l'impression que la sage-femme maintenant de plus en plus devient une technicienne* » (SF 3), « *ce qu'on m'avait appris, c'est le médical à tout prix* » (SF 4). Ainsi, les sages-femmes interviewées se sentent dépossédées en quelque sorte de leur sens clinique par l'omniprésence des examens complémentaires. La sage-femme 3 traduit au travers de ses propos une perte de l'intérêt même du travail, la technicienne suppléant la sage-femme. Ces situations amènent donc naturellement à un sentiment de mal vécu et d'incomplétude pour les sages-femmes. Dans son article *Les sages-femmes face à l'innovation technique*, Danièle Carricaburu nous confirme, au travers de l'exemple de l'implantation de l'analgésie péridurale en salle de travail, cette influence de la médicalisation sur la pratique des sages-femmes. Elle souligne ainsi que « *cette technique modifie le rôle habituel des sages-femmes et certaines considèrent qu'elle remet en cause la nature même de leur fonction puisqu'elle supprime, en grande partie, le maternage et menace les différents types de préparation à l'accouchement au profit d'une accentuation de la surveillance technique* ». [8]

Pour d'autres, c'est la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement et les conséquences que cela engendre sur les futurs parents qui les interpellent : « *le diagnostic anténatal a complètement changé et médicalisé et la grossesse et l'accouchement... c'est une mutation dans la façon même d'envisager de faire des enfants...* » (SF 6). « *Evidemment je vais parler de l'échographie, je vais parler de la surveillance monitoring... je trouve qu'on demande beaucoup de perfection à une médecine qui n'est qu'une médecine et qui n'est pas une science exacte et les gens sont très exigeants. Je trouve cela très dur* » (SF 9). La médicalisation de la grossesse a changé le sens « social » de la naissance. En effet, si autrefois, il était synonyme de rencontre avec l'enfant, aujourd'hui, l'accouchement n'est plus autant considéré comme un acte miraculeux. Les avancées technologiques notamment en échographie permettent une découverte de l'enfant avant même sa naissance. D'autre part, « la médicalisation de la naissance présente l'effet pervers de faire de la grossesse un événement à risque... ces avancées scientifiques vont intervenir directement sur la façon de concevoir l'arrivée d'un enfant, sur la façon de l'accueillir, sur les soins qu'il doit recevoir, sur l'éducation qu'il faut lui donner ». [12]

Les autres transformations évoquées sont la place des hommes en salle de naissance (SF 8), la fermeture des petites maternités et la peur de la perte d'humanité (SF 7) et « *l'abandon par les sages-femmes de leur profession essentiellement après la guerre et puis maintenant le fait que l'on essaie tout simplement de reconquérir ce qu'on avait... avec beaucoup de peine* » (SF 1).

Si la question de l'assurance professionnelle ne faisait pas initialement partie de notre guide d'entretien, les sages-femmes y ont spontanément fait référence. Ceci est sans aucun doute lié à la place actuelle accordée au médico-légal au sein de notre société. Nous avons donc décidé de la rajouter à notre guide. A notre grand étonnement, quatre sages-femmes ne possèdent pas d'assurance professionnelle. Elles travaillent toutes les quatre au sein d'une structure hospitalière. « *Car je ne fais pas d'actes à risques* » (SF 2). « *je ne suis pas très inquiétée professionnellement* » (SF 5). Les quatre autres sages-femmes possèdent donc une assurance

professionnelle, les raisons évoquées sont de natures différentes : « *C'est pour me sécuriser* » (SF 4), « *ça a été à la mode au milieu des années 1980* » (SF 6), « *C'est parce que les monitrices nous avaient beaucoup incité à avoir aussi une assurance professionnelle de base* » (SF 7), « *Les contrats d'assurance de la clinique ne sont pas clairs, donc....* » (SF 9). Par ailleurs, aucune des sages-femmes interviewées n'a été impliquée dans une affaire juridique.

Les relations professionnelles

Relations au travail

Toutes les sages-femmes ont des contacts journaliers avec d'autres collègues sages-femmes. Elles qualifient par ailleurs leurs relations de bonnes, voire d'excellentes. Des nuances sont cependant perceptibles : la sage-femme retraitée a ressenti, au fil des années, un changement dans les relations entre collègues : « *ça a changé, ça. Parce que les techniques ont changées aussi, je pense, parce que les femmes ont changées, parce que tout a changé, je les trouve plus individualistes maintenant* » (SF 8). De plus, certaines sages-femmes mentionnent la différence qui est faite parfois entre les sages-femmes de salle de naissance et les autres : « *pour certaines, l'école c'est la planque, c'est tranquille, ils ne font rien* » (SF 3), « *le prénatal en PMI n'est pas encore très bien perçu et accepté par certains autres professionnels* » (SF 4), « *c'est vrai qu'on sait que les sages-femmes qui sont en salle de naissance se considèrent, paraît-il, le nec plus ultra ; que les sages-femmes qui sont en suites de couches sont vues différemment, les sages-femmes libérales également, les sages-femmes de consultations aussi* » (SF 9). Toutes sont unanimes pour dire que c'est à chaque professionnel de faire en sorte de bien s'entendre avec ses collègues.

En fonction de leur lieu d'exercice, les sages-femmes ont des contacts différents avec les autres professionnels de la santé. De même qu'avec les collègues sages-femmes, les relations sont qualifiées de bonnes. La bonne entente est liée, pour les sages-femmes interrogées, à une bonne reconnaissance de leur fonction. Ainsi, elles estiment que si elles sont reconnues au sein de l'équipe pluri-professionnelle

dans ce qu'elles font, l'ambiance au travail ne peut être que bonne pour tout le monde. « *Ca se passe bien, je dirais que je travaille avec eux en bonne intelligence... on se comprend, on s'apprécie. Je crois que là encore l'essentiel c'est de connaître sa place, de contrôler son domaine, d'occuper son terrain et de défendre ses frontières. Je crois que c'est la clé dans le travail en commun* » (SF 6). « *A partir du moment où on prouve notre place, il n'y a pas de raison que ça ne se passe pas bien* » (SF 9). Dans le même sens, la sage-femme exerçant en PMI signale des rapports conflictuels avec quelques professionnels de la santé, or ceux-ci semblent avoir des difficultés à situer le rôle de la sage-femme de PMI : « *Les médecins ont plus de mal à percevoir notre rôle en PMI...il y a des puéricultrices qui vont piger notre boulot et puis d'autres qui sont âgées qui font leur boulot et cela les gêne quelque part que l'on arrive...* ». Ainsi, les relations interprofessionnelles semblent directement liées à la reconnaissance de la profession.

Toutes les sages-femmes ont des collègues qu'elles voient plus ou moins fréquemment en dehors du cadre professionnel. Mais, ce genre de relations amicales est assez limité puisque la majorité des sages-femmes différencient leur vie privée de leur vie professionnelle.

Représentation de la profession

Sur les neuf sages-femmes, deux sont syndiquées : la sage-femme exerçant en PMI (au sein d'un syndicat de sages-femmes territoriales) et celle travaillant en milieu libéral (au sein d'un syndicat de sages-femmes libérales). « *On ne peut pas rester seule et puis peut-être quand même pour être au courant des lois, parce que cela évolue beaucoup et très vite* » (SF 7). Sur les sept autres, trois ont déjà été syndiquées mais ne le sont plus. « *C'était par intérêt...c'était pour essayer d'avoir des informations...c'est un peu triste à dire aussi mais si on voulait avoir des informations sur l'établissement, sur les difficultés et puis un peu savoir ce qui se passe à droite et à gauche et ben c'est les syndicats qui sont quand même les plus informés* » (SF 3). « *C'était plus un effet de masse après l'école. Parce que sur le terrain, je ne me suis jamais sentie le besoin d'avoir recours à qui que ce soit pour me défendre, je ne me suis jamais sentie agressée dans ma pratique professionnelle* »

(SF 5). Les autres sages-femmes n'ont pas non plus senti d'utilité à se syndiquer. Elles admettent d'ailleurs assez facilement « *que fédérer des sages-femmes ce n'est pas bien facile, c'est surtout une des explications des soucis auxquels se heurtent la profession* » (SF 1). Ce faible désir de syndicalisation reflète l'expression d'une certaine forme d'individualisme, d'anomie des sages-femmes. L'aspect collectif de la profession semble ainsi minoré voir critiqué. Il ressort de cette question un sentiment de groupe peu « solidaire » amenant à renforcer l'impuissance du groupe dans ses désirs de revendications et atteindre par la même son identité collective.

Seules les sages-femmes 6, 8 et 9 font ou ont fait partie d'associations professionnelles. La faible intégration des sages-femmes dans les associations soulignent de même ce sentiment d' « individualisme ».

Exemple de mobilisation de la profession

Hormis la sage-femme 8, toutes ont participé à des grèves et en particulier les grèves de 2001. Leurs motivations sont différentes et leurs convictions également. « *Parce que c'était nouveau et puis parce que c'était pour la profession. Je ne me voyais pas rester dans mon coin* » (SF 3). « *Je pense que ce qu'elles veulent toutes avant tout c'est une reconnaissance de leur travail qui n'est pas très bien défini* » (SF 4). « *Oh, à l'âge où j'arrivais franchement, je me sentais pas plus motivée que ça mais je pensais surtout aux jeunes et à notre profession quand même, il y a une part de responsabilité... toutes ces années où... un petit peu indépendantes que nous sommes, un petit peu individualistes que nous sommes, on a quand même toujours eu tendance à nous prendre un petit peu pour des boniches* » (SF 9). Les motivations des sages-femmes interviewées concernent donc principalement une meilleure reconnaissance de la profession et une meilleure définition de nos compétences. Par ailleurs, les sages-femmes soulignent la difficulté au sein de la profession de se mobiliser : « *nous sommes une population, les sages-femmes, difficiles à mobiliser, très difficiles à mobiliser... je pense que notre profession prend des couleurs tellement différentes, on n'a pas les mêmes besoins... en fait, on est très disparate dans les fonctions et on a énormément de mal à se mobiliser* » (SF 5), « *de même que j'ai un problème à adhérer à un syndicat, j'ai des problèmes avec le corporatisme* »

(SF 6), « *C'était effectivement une grève...on l'a faite mais je reste toujours dubitative. Je pense qu'actuellement il vaut mieux avoir des dossiers bien montés et bien argumentés que d'aller protester dans la rue, et on obtient plus souvent des choses comme cela...* » (SF 3).

Ainsi, si le désir de syndicalisation est faible, la mobilisation des sages-femmes interrogées est quant à elle forte. Elle est l'expression d'un sentiment de « raz le bol », d'exaspération de la profession. Il est intéressant de préciser que si les sages-femmes semblent avoir du mal à s'unir pour la défense d'une cause (au travers des syndicats), elles trouvent une force dans l'union de courte durée contre un « adversaire », ici le gouvernement (au travers des grèves). Ceci n'est pas spécifique de la profession de sage-femme et correspond à ce que les sociologues appellent la logique de contre-pouvoir.

Le gouvernement de la profession

La question concernant le Conseil de l'Ordre a entraîné des réactions particulièrement vives de la part des sages-femmes. Il nous semble important de rendre compte de ses opinions un peu tranchées. Tout d'abord, l'augmentation du coût des cotisations est un élément qui a été repris à l'unanimité par les sages-femmes. « *En plus la cotisation coûte la peau des fesses, je crois bien que j'ai même pas payé ma cotisation cette année, on ne sait pas à quoi cela sert, on nous demande plein de trucs et on nous demande soit disant de voter pour un truc soit disant démocratique, ben moi j'appelle pas cela la démocratie* » (SF 2). « *Généralement de toute façon quand on regarde les conseils de l'ordre, c'est souvent des sages-femmes âgées qui sont un peu loin de la profession et puis qui parlent de leur vécu* » (SF 3). « *Je ne me suis jamais donné la peine de savoir exactement ce qu'il faisait...je pense que, par définition... je n'en pense pas beaucoup de bien. Si tu veux, par définition, je vois que les responsables sont des gens qui ne sont plus en activité ou d'un certain âge... ça ne donne pas envie franchement* » (SF 5). D'autre part, la majorité des sages-femmes pensent que le Conseil de l'Ordre ne représente pas assez la profession. « *Et c'est pour cela que je trouve que le Conseil de l'Ordre se fourvoie dans ces trucs-là et à dire on va augmenter les compétences de la sage-femme...*

Mais, bon sang, la fonction, il faut la défendre la fonction comme étant très importante et comme étant importante pour l'avenir des enfants, pour l'avenir d'une société, pour la façon dont on considère la naissance. Je ne les sens pas beaucoup se pencher sur cette question-là et je trouve cela dommage (SF 6). « je ne pense pas qu'actuellement ils nous représentent beaucoup » (SF 3). « On a un conseil de l'ordre en Loire-Atlantique qui ne nous donne pas beaucoup d'éléments... » (SF 9). Il faut cependant souligner que la création du site Internet et de la revue *contact sage-femme* ont été perçus comme des éléments positifs par les sages-femmes de notre enquête.

Nous remarquons ici que le travail « politique » du Conseil de l'Ordre est perçu comme étant en décalage avec les attentes des sages-femmes de terrain. Ainsi, ces dernières ne se reconnaissant pas dans cet Ordre, elles ne peuvent donc pas s'identifier aux personnes qui le représentent et qui parlent au nom de la profession. De cela découle sans aucun doute un malaise identitaire. Un autre point a été souligné par les sages-femmes à savoir les tensions intergénérationnelles. Le Conseil de l'Ordre semble perçu comme une gérontocratie. Si le mot peut paraître fort, il est pourtant très mesuré en comparaison à la virulence de certains propos recueillis et qui traduisent cette tension entre générations. En effet, les normes des « jeunes » sages-femmes semblent ne pas trouver d'écho, de relais dans les représentants officiels de la profession. Elles se sentent ainsi privées des voies de transformations qu'elles jugent nécessaires et ceci transparaît alors sous forme de tensions dans leurs paroles.

Quelle vision de l'avenir ?

Les attentes

Les réponses aux questions concernant la vision de la profession et de l'avenir sont très riches. Leur étude doit être minutieuse car c'est au travers du discours des sages-femmes que nous allons tenter de déceler un discours sur la crise de la profession.

Nous avons dans un premier temps demandé aux sages-femmes si ce métier leur avait apporté ce qu'elles espéraient. Aucune ne regrette ce choix de carrière même si des nuances sont formulées. Deux sages-femmes ont déjà songé à changer de profession par manque de satisfaction personnelle à un moment de leur carrière : « *c'était ça ou bien j'abandonnais complètement la profession ; j'étais quand même rendu là...oui sérieusement, sérieusement... j'avais commencé à me renseigner sur les écoles d'ostéopathes* » (SF 1), « *Maintenant effectivement si j'ai bifurqué et que je ne suis pas restée dans un système classique, c'est bien parce que j'ai eu une insatisfaction professionnelle du fait aussi du manque d'humanité, de respect de la patiente* » (SF 2). La diversité des lieux d'exercice permet actuellement aux sages-femmes un changement dans leur carrière. Elles ne sont plus restreintes à un seul lieu ou à un seul « type » d'exercice de la profession. Leur conception de la naissance et de la profession évoluant également au cours de la carrière, les sages-femmes s'adaptent alors n'hésitant plus à changer de lieu ou de mode d'exercice.

En général, nous retrouvons également dans les réponses la richesse de la profession comme un point positif : « *Cela m'a apporté ce que j'espérais c'est-à-dire avoir un métier qui me plaisait, de pouvoir y faire une carrière et un métier qui m'enrichisse et qui soit utile, donc, oui. Et puis après, cela apporte beaucoup plus parce qu'il y a des choses que l'on n'imagine pas et puis qui vous font travailler...je pense que quand on se plait dans son métier et que c'est très enrichissant et utile, je pense que ça apporte toujours plus que ce qu'on avait imaginé.* » (SF 6). De même, toutes les sages-femmes expriment un bien-être au travail dans les structures dans lesquelles elles exercent actuellement : « *en tant que travail, je ne regrette absolument pas mon choix* » (SF 3), « *de toute ma vie professionnelle, je crois que je me suis bien éclatée...* » (SF 5), « *J'étais vraiment comme un poisson dans l'eau. Ce qui fait que l'on peut conclure que l'on a fait le bon choix* » (SF 8), « *je suis tout à fait comblée par ma profession de sage-femme mais avec ce côté relationnel auquel j'étais très attachée depuis gamine finalement...* » (SF 9).

Hormis les sages-femmes 4 et 8, toutes les sages-femmes ont exprimé des souhaits de réforme de la profession. Il nous paraît important de les préciser une à

une. La reconnaissance de la profession comme profession indépendante et entière a été exprimée par plusieurs sages-femmes : « *qu'on revienne déjà à notre profession initiale, originelle, qu'on l'exerce complètement...je pense que si on arrive à cet exercice complet comme il a été décrit...ce sera déjà pas mal* » (SF1), « *en tout cas que la reconnaissance de notre profession soit pleine et entière parce qu'il faut que les jeunes se sentent sages-femmes ; profession médicale certes, mais sages-femmes avant tout* » (SF 9). Cette reconnaissance passe, pour les sages-femmes par une limitation de nos compétences à la physiologie et par l'absence de tutelle des médecins sur la profession. « *Notre champ de compétences, c'est la physiologie* » (SF 3), « *...de reconsidérer la profession du point de vue de la fonction de la sage-femme. Arrêter de s'égarer dans des affaires techniques. Moi les progrès que j'aimerais qu'on fasse, c'est dans cette reconsidération-là de ce que c'est la fonction de la sage-femme, de la mise au monde* » (SF 6), « *oui, si il y a une réforme à faire, c'est virer la tutelle des médecins* »(SF 1), « *J'aimerais bien que l'on ne sabote pas notre autonomie professionnelle, cela c'est sûr... c'est-à-dire que l'on ne nous mette pas sous tutelle du médecin. Cela j'aimerais bien que la profession reste autonome* » (SF 7).

D'autres réformes sont attendues comme la nécessité d'occuper tous les niveaux de prise en charge de la mère et de l'enfant (SF 2) et le désir d'une reconnaissance de statut de la sage-femme échographe (SF 5). Deux sages-femmes expliquent l'origine, selon elles, du malaise de la profession : « *qu'on récupère ce qu'on avait et ce qu'on a abandonné quand les sages-femmes ont préféré passer au statut salarié au lieu de garder le statut libéral pour des raisons de qualités de vie... on le paie cher maintenant* » (SF 1), « *c'est de la faute aussi des sages-femmes, les sages-femmes veulent être autonomes mais elles se sont complètement débrouillées pour ne plus l'être... enfin je veux dire elles n'ont jamais revendiqué cette autonomie en disant « je suis désolée, en tant que profession médicale, je peux me permettre de faire cela, donc j'assume »* » (SF 2). Enfin, certaines sages-femmes ont exprimé un doute sur le mode de recrutement par la première année de médecine : « *les réformes qu'il y a eu sur les études, sur tout ça... c'est pas nécessairement bien. Enfin, moi je ne trouve pas* » (SF 8), « *Alors, je suis un peu peinée de voir qu'il n'y a plus de*

concours. Enfin, si, il y a un concours mais qui passe par le PCEM 1. Je ne suis pas sûre que ce soit un progrès » (SF 5).

En ce qui concerne la suite de leur carrière, les sages-femmes envisagent deux situations. Certaines se voient continuer sur le chemin qu'elles ont commencé à emprunter, c'est le cas des sages-femmes 1, 3, 5, 6, 9. Les sages-femmes 1 et 3 émettent le souhait d'une spécialisation ou d'une progression de carrière. Quant aux sages-femmes 2 et 4, l'exercice en milieu libéral semble les attirer à plus ou moins long terme. Seule la sage-femme 7 émet éventuellement le souhait de changer complètement d'orientation dans les années à venir.

L'avenir

La vision de l'avenir de la profession est assez réservée pour la majorité des sages-femmes interrogées. Seule la sage-femme 9 parle d'avenir optimiste : *« la profession doit bien évoluer et ça c'est à nos jeunes de faire en sorte, qu'elles se prennent en charge pour faire avancer les choses et qu'elles prennent bien leurs places de sages-femmes. Donc, je suis optimiste. Quand je vois les jeunes qui passent par chez nous, je suis optimiste »*. Les autres ont des opinions plus réservées : *« à mon avis elle va mal évoluer » (SF 2)*, *« J'ai peur pour la profession de sage-femme par rapport au fait que normalement, la vocation de la sage-femme, c'est de s'occuper de la physiologie » (SF 3)*, *« je pense qu'il faut que l'on soit assez vigilant et qu'on nous mette pas non plus à la place des médecins.... » (SF 4)*, *« c'est parti comme ça, sur une poursuite de la médicalisation.....et après, les couples, ils s'en sortent comment ? Parce que ce qui ménage un peu une place à ce que veut cette femme ou à ce que veut ce couple par rapport à l'accouchement et la naissance, c'est le fait que l'on n'est pas toujours d'accord avec le docteur, nous les sages-femmes. » (SF 6)*. La sage-femme 6 craint ainsi que le passage par la première année de médecine des élèves sages-femmes uniformise le discours entre les sages-femmes et les médecins. Elle précise l'importance de garder une spécificité de notre formation et de notre jugement.

Toutes appréhendent ainsi la place de la médicalisation au sein de la profession. Elles souhaitent rester au plus proche de la physiologie. De même, les

sages-femmes sont réservées quant aux grandes maternités et à la fermeture des petites structures : « *et avec ces nouveaux réseaux de santé, on va arriver à des maternités énormes, des usines à bébés... est-ce que c'est ce que les gens attendent...* » (SF 4), « *revenir à des structures plus petites...les femmes, elles demanderaient que ça, je pense* » (SF 8). Ces propos semblent s'opposer à la politique de périnatalité actuellement en vigueur au sein de la profession. Ainsi, le désir des sages-femmes interrogées ne correspond pas à la politique publique soutenu par le milieu médical. Il existe donc une divergence entre les souhaits exprimés par les sages-femmes et les directives législatives en cours. Cette discordance peut être à l'origine de tensions au sein même de la profession. Enfin, on remarque, au travers de ces paroles, que le désir du couple et celui de la femme sont au cœur des préoccupations des sages-femmes. L'avenir de la profession semble ainsi lié, à travers leurs dires, à celui de la naissance et à la place que l'on va lui accorder au sein de la société.

La majorité des sages-femmes interviewées s'informent sur les problèmes concernant la profession. Pour cela, les principaux moyens cités sont : « *le bulletin du conseil de l'Ordre quand on est à jour dans ses cotisations* » (SF 1), les revues auxquelles elles sont abonnées et les discussions entre collègues.

Lieu de travail et identité

Toutes les sages-femmes s'accordent pour affirmer que leur lieu de travail est constitutif d'une identité professionnelle. Elles ajoutent de plus que cette identité est liée à la place qu'elles occupent sur le terrain : « *ici, il y a des choses sympas, il y a des sages-femmes qui sont présentes en consultations, en préparation, en centre de planification, en PMA, en diagnostic anténatal, en grossesses pathologiques, en suivi intensif de grossesse, en suites de couches, au bloc obstétrical...je trouve qu'on est quand même pas mal représenté...les sages-femmes d'ici, je trouve qu'elles réussissent à prendre leur place* » (SF 3), « *oui, il (le lieu de travail) est absolument constitutif de mon identité professionnelle. Je peux y exercer mon métier et ma fonction, me faire respecter. C'est aussi parce que je suis bien enracinée* » (SF 6). Elle est aussi liée aux rapports qu'ont les sages-femmes avec les médecins :

« quelque soit le dossier... les sages-femmes sont vraiment le point central...aucune décision ne se prend sans elles et c'est vraiment le pivot » (SF 1), « ...pour prouver à nos médecins qu'on est un maillon indispensable... » (SF 9). La sage femme 5 souligne d'ailleurs que « pour une même compétence, on peut être fragilisé en fonction d'un hôpital ou d'un chef de service ». Enfin, deux sages-femmes ont assimilé la reconnaissance de leur identité professionnelle à un combat.

La question *de quelle profession vous sentez-vous le plus proche ?* a mal été interprétée par la plupart des sages-femmes, sans doute avons-nous mal formulé la question. Cette dernière ne sera donc pas exploitée.

III - SYNTHÈSE

L'hypothèse est-elle validée ?

Dans la formation de l'identité biographique et personnelle, l'histoire de l'individu est fondamentale. Voici ce que nous pouvons retenir de nos entretiens. Tout d'abord, pour les sages-femmes de notre enquête, le choix de la profession n'est pas synonyme de vocation à proprement parler. C'est un choix intervenu plus tard dans l'histoire de leur vie. La formation à l'école de sages-femmes a été marquante pour chacune d'entre elles. Cet élément est important puisqu'au travers de la formation a lieu le premier contact avec le milieu hospitalier et le plus souvent avec la profession de sage-femme. Les premières identifications professionnelles se font alors à ce moment-là. Une expérience mal vécue peut donc amener à des difficultés d'identification à la profession puisqu'elle fait naître des tensions. Ces tensions opposent les aspects positifs de la profession (découverte du métier, diversité des modes d'exercice, contact avec les parturientes...) et les aspects considérés par les sages-femmes comme négatifs (contexte hospitalier, relations avec les médecins, pénibilité physique...). Par ailleurs, nous pouvons remarquer au travers de nos entretiens une influence réciproque entre la situation familiale et l'exercice de la profession. Ces derniers interagissent entre eux dans le choix du mode d'exercice (temps plein ou temps partiel) ou du lieu d'exercice par exemple. Des entretiens ressort également la diversité des modes d'exercices, des histoires professionnelles et des appétences de chacune des sages-femmes pour une facette de la profession. Chacune des neuf sages-femmes de notre enquête apprécie un mode d'exercice différent de la profession et le défend au travers de ses propos. Ceci souligne la diversité de la profession et de ses revendications actuelles. L'investissement personnel et professionnel est évident pour chacune (formation continue, congrès, Internet).

L'identité collective de la profession transparait au travers des relations intra et interprofessionnelles. Nous avons pu constater lors de l'analyse de nos entretiens que les relations au travail sont considérées comme bonnes dans l'ensemble. Il existe cependant des tensions sous-jacentes spécifiques à chaque mode d'exercice de la profession. Ces tensions sont intéressantes dans la mesure où elles surviennent en des

circonstances où il existe une nouvelle forme d'exercice de la profession. Nous supposons ainsi que l'apparition des nouveaux modes d'exercice de la profession de sage-femme a entraîné également une redéfinition de la profession sur le lieu même de travail. C'est cette dernière qui peut être à l'origine de conflits entre professionnels. Ces « conflits » ne sont pas spécifiques de la profession de sage-femme mais se retrouvent également dans d'autres professions comme par exemple chez les infirmières. Il faut de plus souligner que l'existence de ces tensions n'empêche en rien leur lieu de travail d'être constitutif d'une identité professionnelle propre. Nous pouvons d'ailleurs nous demander si parfois ce ne sont pas ces tensions qui sont à l'origine de cette identité propre car elles laissent de la place pour la discussion et la redéfinition des domaines de compétences.

Nous avons remarqué, de plus, la difficulté ressentie par chaque professionnelle pour adhérer à un syndicat ainsi que le regard critique d'insatisfaction porté sur le Conseil de l'Ordre. Il existe un décalage certain entre les instances et les professionnelles puisque ces dernières ne se retrouvent pas dans ces instances qui les représentent. Or elles sont fondamentales dans la mesure où elles permettent la reconnaissance de la profession d'un point de vue législatif. Cet élément coïncide peu avec le désir de changement et de réformes perceptible dans les discours ainsi que la forte mobilisation des sages-femmes lors de la grève de 2001 par exemple. Nous apercevons donc là un aspect contradictoire du discours et de la volonté des sages-femmes.

C'est dans la vision de l'avenir que l'on peut à nouveau déceler un discours de crise de la profession. En effet, la majorité des sages-femmes interrogées semblent pessimistes quant à l'avenir de la profession et à l'évolution de ses compétences. Par ailleurs, le désir de reconnaissance de la profession comme indépendante et entière souligne que celle-ci n'est donc pas considérée comme acquise par les sages-femmes.

Il faut ainsi souligner le paradoxe qui existe au sein de la profession et qui se retrouve également chez les médecins généralistes. En effet, « la rhétorique du discours dominant qu'on peut illustrer par la formule « Heureux malgré tout... » se

fait l'écho de leurs sentiments paradoxaux. Elle exprime explicitement la satisfaction professionnelle individuelle de la majorité d'entre eux, malgré leurs plaintes multiples qui n'épargnent aucune modalité de l'exercice de leur profession ». [6] cette caractéristique du discours se retrouve effectivement chez les sages-femmes de notre enquête.

Nous pouvons donc répondre à notre question de départ en affirmant qu'au travers du discours des sages-femmes nous avons pu déceler un sentiment de crise de la profession. Celui-ci est dû principalement à un manque de reconnaissance des compétences de la sage-femme dans le domaine de la physiologie et une surmédicalisation de la naissance. Le sentiment de mauvaise représentation de la profession au sein même de son Conseil de l'Ordre ressort également des entretiens. Le sentiment de mal-être est majoré par les sages-femmes exerçant dans des nouvelles formes d'activités. En effet, ces dernières effectuent des actes ou exercent dans des lieux qui sont au cœur même des revendications des sages-femmes (maison de naissance, centre d'orthogénie, PMI mais aussi échographie, sage-femme homme...). Mettant en question la place de la sage-femme et son rôle même au sein de la société, ces sages-femmes, au travers des interrogations qu'elles portent, permettent une évolution de la profession et de son identité.

La place des femmes

Il se détache très clairement de nos entretiens que la profession de sage-femme est intimement liée aux femmes et à la société. En effet, toutes les sages-femmes ont naturellement lié leur vécu professionnel avec celui des femmes. Elles ont toutes illustré leurs propos par des exemples singuliers, par exemple sur le thème des cours de préparation à l'accouchement. De même, le désir et le respect du souhait des femmes sont des préoccupations permanentes pour les sages-femmes. La profession doit ainsi évoluer selon le respect de la parturiente mais aussi de son désir et de la représentation qu'elle se fait de la naissance.

Synthèse globale

Il ressort de ces entretiens une passion et un intérêt des sages-femmes pour leur métier ainsi que la volonté de promouvoir une certaine *idée* de la naissance. Mais, il en ressort également un sentiment d'inquiétude et de préoccupation par rapport à leur autonomie et à l'existence d'un contrôle du milieu médical sur leurs pratiques. Les sages-femmes ont de plus exprimé de la crainte vis-à-vis de la médicalisation croissante et des regroupements des maternités.

Les sages-femmes fondent la spécificité de leur profession sur une conception de la naissance centrée sur la physiologie. Si leur identité individuelle est forte, le faible engagement collectif souligne l'existence d'un malaise certain et reste source d'insatisfaction.

CONCLUSION

Tout au long de notre étude, nous avons constaté que la profession de sage-femme est marquée par des épisodes de crises. Ceux-ci touchent son histoire, sa démographie et sa reconnaissance actuelle au travers de ses domaines de compétences. Ces crises sous tendent l'identité collective de l'ensemble des professionnels et leur identité singulière. Nous avons alors voulu savoir si cette notion de crise se retrouvait dans le discours des sages-femmes. L'analyse de nos entretiens nous permet de l'affirmer. Elle est également décelable chez les sages-femmes exerçant une nouvelle forme d'activité de la profession. C'est pourtant au travers de ce qui est perçu comme des crises que de nouveaux domaines de pratiques et de compétences s'ouvrent pour la profession.

La crise, dans ses différentes dimensions, est souvent perçue comme négative alors qu'elle assure en fait une dynamique de transformation qui, par bien des aspects, peut être positive. La perspective historique ne nous a-t-elle pas montré une dynamique de qualification, de structuration de la profession ? Ne voyons-nous pas aujourd'hui une diversification des modes d'exercice qui ouvrent des perspectives de carrière attendues pour les jeunes générations ?

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

- 1-DUBAR C., *La socialisation*, Paris, Armand Colin, 3^e éd., 2002.
- 2-AIACH P., FASSIN D., *Les métiers de la santé : enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos-Economica, 1994, 363 p.
- 3-GRIPI (groupe de recherche interprofessionnel sur la profession de l'infirmière), *L'identité professionnelle de l'infirmière*, Paris, Editions du Centurion, 1986, 150 p.
- 4-ALBARELLO L et al., *Pratiques et méthodes de recherche en sciences sociales*, collection Cursus, Armand Colin ed, 1995.
- 5-BLANCHET A., GOTMAN A., *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Paris, Nathan université, 1992, 125 p.
- 6-BASZANGER I., BUNGENER M., PAILLET A., *Quelle médecine voulons-nous ?*, Paris, La Dispute étatsdeslieux, 2002, 250 p.

ARTICLES

- 7-SCHWEYER F-X., *La profession de sage-femme : autonomie au travail et corporatisme protectionniste*, Sciences Sociales et Santé, septembre 1996, volume n°14, n°3, p 68-101.
- 8-CARRICABURU D., *Les sages-femmes face à l'innovation technique*, in *Les métiers de la santé : enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos-Economica, 1994, 363 p.

- 9-ESTRYN-BEHAR M., LE NEZET O., GASPARINI C. et al, *Des conditions de travail au départ des sages-femmes en France*, *Profession Sage-femme*, juin 2004, n°106, p 19-32.
- 10-CHARRIER P., *L'insertion professionnelle des sages-femmes hommes : le point de vue des élèves de l'Ecole de Grenoble*, 2001, 11 p.
- 11-MASSELOT-GUIR A., *Etats généraux de la naissance : le diagnostic des professionnels*, *Profession Sage-femme*, septembre 2003, n°98, p 4-8.
- 12-JACQUES B., *Les cadres de l'expérience de la maternité*, in *Actes du XVII congrès de l'AISLF, comité de recherche 13 « l'individu social, autres réalités, autre sociologie ? »*, juillet 2004, p 179-194.

RAPPORTS ET ETUDES

- 13-ALAIN V., *La profession de sage-femme au XXème siècle : une évolution guidée par les mutations sociales et politiques*, Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme, Nantes, 2000, 93 p.
- 14-DAOUDAL G., *De la vie étudiante à la vie professionnelle*, Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme, Nantes, 2002, 128 p.
- 15-BREART G., PUECH F., et ROZE J.C., *mission périnatalité : vingt propositions pour une politique périnatale. Rapport effectué à la demande du ministre de la Santé*, 2003, 20 p.
- 16-SICART D., *Les professions de santé au 1^{er} janvier 2004 : Répertoire ADELI*, juillet 2004, 65 p.

17-CLEMENT A., LOMBRAIL P., ROZE J.C., *Rapport d'activité des maternités des pays de la Loire : années 2002-2003*, Nantes, janvier 2005, 61 p.

18-MIDY F., *Les infirmières : image d'une profession*, 2002, 39 p.

19-LEVASSEUR G., SCHWEYER F-X. et al., *Profil et devenir des jeunes médecins généralistes en Bretagne*, Université Rennes I, LAPSS ENSP URCAM de Bretagne, octobre 2004, 235 p

SITE INTERNET

20-www.ordre-sages-femmes.fr, décembre 2004.

ANNEXES

ANNEXE I

25 ET 26 SEPTEMBRE 2004 FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANTES

COLLOQUE

L'Histoire des Sages-Femmes

Dans le cadre de la préparation de leur prochain colloque sur l'Histoire des Sages-Femmes, la Société d'Histoire de la Naissance et l'association Espace Naissance de Nantes en partenariat avec les Dossiers de l'Obstétrique ont besoin de vos témoignages.

Ce questionnaire n'est qu'un aide-mémoire. Nous vous demandons d'y répondre de façon libre et souple, sous forme d'un récit de vie. Si certaines questions vous embarrassent, vous pouvez les laisser de côté.

Si vous n'aimez pas écrire, vous pouvez vous enregistrer sur cassette audio et nous la faire parvenir.

IDENTIFICATION

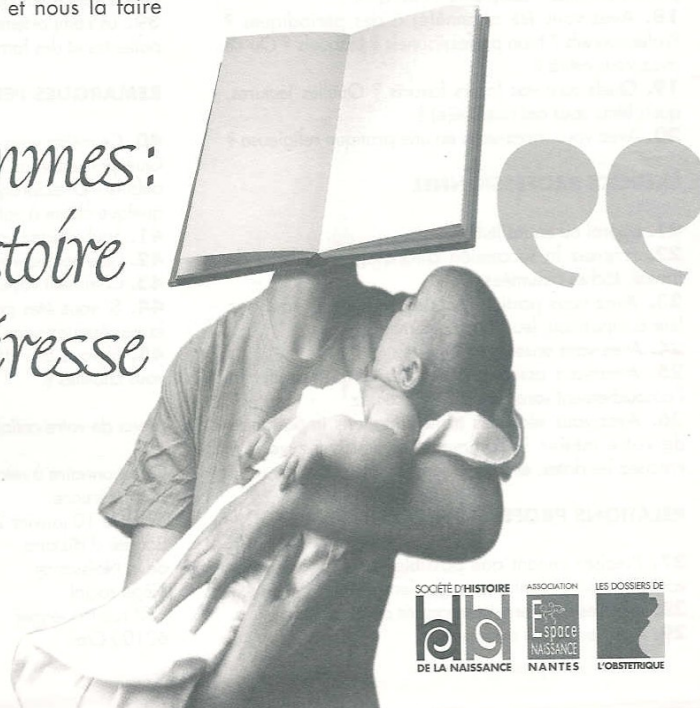
1. Nom, prénom
(en cas d'anonymat, donnez trois initiales)
2. Nationalité
3. Année et lieu de naissance
4. Professions des parents
5. Nombre de frères et sœurs
6. Votre rang dans la fratrie

FORMATION

7. Etudes initiales :
primaires, secondaires, supérieures. Lieu >>>>

ENQUETE

*Sages-Femmes :
Votre Histoire
nous intéresse*



SOCIÉTÉ D'HISTOIRE
DE LA NAISSANCE

ASSOCIATION
ESPACE
NAISSANCE
NANTES

LES DOSSIERS DE
L'OBSTÉTRIQUE

ENQUETE *Sages-Femmes : Votre Histoire nous intéresse*

8. Quand et pourquoi avez-vous choisi le métier de sage-femme ? Qu'en attendiez-vous ?
9. Formation professionnelle. Date et début des études
Date de l'obtention du diplôme
10. Pendant cette formation qu'est ce qui vous a marqué(e) ?
11. Personnalité de tel(le) enseignant(e). Lectures. Expériences vécues.
12. Stages professionnels.
13. Avez-vous bénéficié d'une formation continue ? Précisez.

CIRCONSTANCES PERSONNELLES

14. Avez-vous eu vous-même un, ou plusieurs enfants ? Cette expérience a-t-elle fait évoluer votre pratique, et votre relation avec les parturientes ?
15. Si vous avez fondé une famille, comment avez-vous concilié vos responsabilités professionnelles et vos responsabilités familiales ? Quelle est (était) la profession de votre conjoint ?
16. Avez-vous adhéré à un syndicat, à une association professionnelle ? Avez-vous exercé des responsabilités ? Précisez. Quel bénéfice personnel en avez-vous retiré ?
17. Avez-vous adhéré à des associations non professionnelles ? Lesquelles ? Pourquoi ?
18. Avez-vous été abonné(e) à des périodiques ? Professionnels ? Non professionnels ? Lesquels ? Qu'en avez-vous retiré ?
19. Quels sont vos loisirs favoris ? Quelles lectures, quels films vous ont marqué(e) ?
20. Avez-vous, avez-vous eu une pratique religieuse ?

EXERCICE PROFESSIONNEL

21. Libéral ou en institution ?
22. Précisez la succession chronologique : lieux de travail, tâches assumées
23. Avez-vous participé à des équipes ? Analysez leur composition, leur fonctionnement
24. Avez-vous enseigné ? Précisez
25. Avez-vous assuré des séances de préparation à l'accouchement sans douleur ? Racontez
26. Avez-vous vécu des transformations importantes de votre métier ? Comment les analysez-vous ? Précisez les dates, et s'il y a lieu, les lois nouvelles

RELATIONS PROFESSIONNELLES

27. Précisez autant que possible vos rapports avec vos concepteurs et confrères sages-femmes
28. Avec les différentes catégories de médecins
29. Avec les autres soignants :

infirmières, puéricultrices, psychologues, travailleurs sociaux, aides soignantes

30. Avec les administratifs
31. Dans le cadre syndical, ou dans un autre cadre, avez-vous participé à des grèves (celle de 2001) ou à d'autres actions militantes ? Racontez
32. Avez-vous participé à des congrès professionnels, nationaux, internationaux : de sages-femmes seules, ou avec d'autres soignants (médecins, puéricultrices) ? Autres contacts internationaux ?

RELATIONS AVEC LES PATIENTES ET LES FAMILLES

33. Avez-vous observé des différences de comportement entre les patientes ?
34. Ces différences sont-elles liées : Au milieu social ? A la religion ? A la culture ? Aux informations diffusées par les médias ? Préciser.
35. Sont-elles liées à l'âge ? A l'éducation ? Au changement de génération ?
36. Jouez-vous un rôle éducatif ? Préciser
37. Comment concevez-vous votre rôle en matière de contraception et à propos de l'IVG ?
38. Acceptez-vous le mari et la famille en salle d'accouchement. Le comportement des familles a-t-il évolué depuis vos débuts ? Si oui, en quel sens ?
39. Le comportement des professionnels vis-à-vis des patientes et des familles a-t-il évolué ?

REMARQUES PERSONNELLES

40. Ce métier vous a-t-il apporté ce que vous espériez ? Que pensez-vous de ses transformations depuis vos débuts ? Et réciproquement, pensez-vous avoir apporté quelque chose à votre métier ?
41. Souhaiteriez-vous des réformes ? Lesquelles ?
42. Que pensez-vous des maisons de naissance ?
43. Comment voyez-vous la suite de votre carrière ?
44. Si vous êtes proche de la retraite, comment vous la représentez-vous ?
45. Si vous êtes déjà retraitée, quelles activités avez-vous choisies ?

Merci de votre collaboration

Questionnaire à retourner de préférence avant le 10 janvier 2004 :
Société d'Histoire de la Naissance
Siège social :
157 rue Honegger
60100 Creil

SOCIÉTÉ D'HISTOIRE
hdn
DE LA NAISSANCE

ANNEXE II

TRAME DE L'ENTRETIEN

Identification

Nom prénom

Sexe

Nationalité

Année de naissance, lieu

Profession des parents

Nombre de frères et sœurs et rang dans la fratrie

Formation

Quel bac ?

Quand et pourquoi avez-vous choisi le métier de SF

Date d'obtention du diplôme, dans quelle région ? Durée des études

Ce qui vous a le plus marqué pendant votre formation

Quel stage professionnel avez- préféré ?, et le moins aimé ? Pourquoi

Circonstances personnelles

Situation familiale

Avez-vous des enfants ? Combien ? Cela a-t-il influencé vos relations avec les femmes ?

La profession de votre conjoint

Etes-vous abonné à des périodiques ? Lesquels ? Pourquoi ?

Etes-vous abonné à internet ? Consultez-vous des sites professionnels de chez vous ? Pourquoi ?

Quels sont vos loisirs ?

Avez-vous une pratique religieuse

Exercice professionnel

Lieu d'exercice et pourquoi : est-ce un choix délibéré ?

Succession chronologique des différents emplois

Temps plein ou temps partiel et pourquoi

Avez-vous déjà enseigné ?

Avez-vous déjà fait des cours de préparation à l'accouchement ?

Quel soins pratiquez-vous tous les jours ?

Quelle tâche vous plait le plus ? et le moins ?

Quelles sont pour vous les transformations que vous avez vécu les plus importantes de votre métier ?

Avez-vous suivi des formations continues ? Lesquelles ?

Avez-vous participé à des congrès ? à des recherches ?

Relations professionnelles

Avez-vous contact au quotidien avec d'autres SF ?

Précisez vos relations avec vos collègues

Travaillez-vous avec d'autres professionnels de santé ?

Avec les médecins, les IDE, les puers...

Voyez-vous des collègues en extérieur ?

Etes-vous syndiqués ? Pourquoi ?

Faites-vous partie d'une association ? Professionnelle ou autre ?

Avez-vous déjà participé à des grèves ?

Que pensez-vous du Conseil de l'Ordre ?

Autres questions

Ce métier vous a-t-il apporté ce que vous espériez ?

Souhaiteriez-vous des réformes ? Lesquelles ?

Comment voyez-vous la suite de votre carrière ? de votre profession ?

Votre lieu de travail vous paraît-il constitutif d'une identité professionnelle ?

Vous informez-vous sur les problèmes concernant votre profession ?

De quelle profession vous sentez-vous le plus proche ?

Avez-vous déjà été impliqué dans une affaire judiciaire ? En avez-vous retiré quelque chose ?

Avez-vous une assurance professionnelle ? Pourquoi ?

Dans les 10 ans à venir, comment voyez-vous évoluer vos fonctions actuelles ?

Cette étude pose notre réflexion sur le thème de l'identité des sages-femmes et souhaite offrir une meilleure compréhension de la dynamique actuelle de la profession. Des expériences personnelles nous ont, en effet, permis de constater l'existence d'une « crise » dans l'identité des sages-femmes ainsi que l'émergence de nouveaux modes d'exercice ou de nouvelles caractéristiques de la profession (sage-femme échographiste, sage-femme homme...).

Nous avons donc voulu savoir si ce discours sur la crise de l'identité se retrouve dans les paroles des sages-femmes et si, par ailleurs, ces nouveaux modes d'exercice et ces nouvelles caractéristiques amènent une dynamique de changement de la profession et donc de son identité. Puisque la crise se définit selon trois dimensions (historique, individuelle et sociale), nous avons illustré ces dernières au travers de l'analyse des données statistiques et juridiques ainsi qu'au travers d'une revue de la littérature. Des entretiens effectués auprès de sages-femmes nous ont permis par ailleurs de confirmer notre hypothèse de départ. La notion de crise est, en effet, décelable dans leur discours et, parce qu'elle est également décelable dans le discours des sages-femmes exerçant une nouvelle forme d'activité, celle-ci amène une dynamique de transformation de la profession et de son identité.

Mots clés

Sage-femme, Identité.