



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale  
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

## MEMOIRE DE DIPLOME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Réalisé au sein de

L'Université Claude Bernard – Lyon1

UFR de Médecine et Maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux

Site de formation Maïeutique de Bourg-en-Bresse

# Choix du lieu d'exercice professionnel des sages-femmes néo-diplômées en région Auvergne-Rhône-Alpes

Mémoire présenté et soutenu par :

**Lise OLIVIER**

Née le 06 mai 2001

Année universitaire 2023-2024

Maud ARNAL, Sage-femme Docteure en sociologie

**Directrice de mémoire**

Bérangère SEVELLE, Sage-femme enseignante, site de Formation maïeutique de Bourg-en-Bresse

**Guide de mémoire**



## **Remerciements**

**Je tiens à remercier sincèrement,**

**Mme Maud ARNAL**, sage-femme docteure en sociologie, directrice de ce mémoire. Merci d'avoir accepté de me suivre dans la réalisation de cette étude. Merci pour vos conseils, vos apports sociologiques, votre bienveillance et votre confiance tout au long de l'élaboration de ce long travail qu'est le mémoire.

**Mme Bérangère SEVELLE**, sage-femme enseignante du site de formation maïeutique de Bourg-en-Bresse, guidante de ce mémoire. Merci pour votre soutien, votre aide et votre gentillesse.

**Mesdames Paola BONHOURE, Myriam MICHEL, Emilie ETHEVENOT, Françoise MOREL ainsi que toute l'équipe du site de formation maïeutique de Bourg-en-Bresse**, pour votre présence pendant ces années d'études.

**Les sages-femmes** qui ont accepté de s'entretenir avec moi et de donner de leur temps pour l'élaboration de ce mémoire, sans qui rien n'aurait été possible.

**L'ensemble de la promotion 2020-2024**, pour ces quatre années passées ensemble.

**Ma famille et mes amies**, merci d'avoir toujours cru en moi.

**Une merveilleuse rencontre**, rendue possible par mes études de sage-femme, **Clara**. Merci pour ton soutien infaillible, ta générosité, ta gentillesse, ta folie et cette capacité extraordinaire à répandre l'amour autour de toi. Merci d'avoir été mon petit soleil, même dans les moments les plus sombres.



## Table des matières

Liste des sigles et d'acronymes .....	1
Introduction .....	3
1 Chapitre 1 : .....	9
Matériel et méthode.....	9
1.1 Type d'étude .....	11
1.2 Hypothèses.....	11
1.3 Population .....	12
1.3.1 Choix de population et lieu d'étude.....	12
1.3.2 Critères d'inclusion et d'exclusion.....	12
1.3.3 Recrutement de la population .....	12
1.4 Elaboration de la grille d'entretien.....	13
1.5 Déroulement des entretiens.....	14
1.6 Analyse des données .....	15
1.7 Réglementation .....	15
1.8 Forces, limites et biais de notre étude.....	16
1.8.1 Forces .....	16
1.8.2 Limites et biais.....	16
2 Chapitre 2 : .....	17
Environnement de la future sage-femme.....	17
2.1 Environnement sociétal et familial .....	19
2.1.1 Un phénomène générationnel ? .....	19
2.1.2 La profession des parents : un élément fondamental dans la socialisation professionnelle ?	
20	
2.1.3 Lien entre lieu d'habitation et mode d'exercice .....	21
2.2 Motivations et décision de rentrer dans le cursus maïeutique.....	22
2.2.1 Choix de la filière maïeutique : envie de devenir sage-femme.....	22
2.2.2 Projections professionnelles en début de cursus.....	26
3 Chapitre 3 :.....	29

Expérience personnelle et professionnelle .....	29
3.1    Ecole de sage-femme : une influence directe et indirecte sur le premier secteur d'exercice ? 31	
3.1.1    Terrains de stage.....	31
3.1.2    Apports théoriques et cours magistraux .....	34
3.1.3    « Politique de l'école » .....	35
3.2    Les études de sage-femme rythmées de stages et de leurs difficultés.....	38
3.2.1    Vécu des études .....	38
3.2.2    Santé mentale des étudiantes sages-femmes.....	39
3.2.3    Maltraitance .....	40
3.2.4    Choix en négatif.....	42
3.2.5    L'hôpital : un secteur d'activité en déclin ?.....	43
4    Chapitre 4 : .....	45
De l'hospitalier au libéral .....	45
4.1    Un exercice hospitalier temporaire .....	47
4.1.1    L'hôpital comme premier lieu d'exercice.....	47
4.1.2    Nécessité d'une expérience hospitalière ? Incompréhension des équipes .....	47
4.1.3    Attentes et réassurance de cet exercice hospitalier.....	48
4.2    Perspectives : vers un exercice libéral ?.....	49
4.2.1    Les motivations pour un exercice libéral.....	49
4.2.2    Alternatives au libéral.....	51
4.2.3    Evolution sociétale : sage-femme pour une période transitoire ? .....	52
5    Conclusion.....	53
6    Références bibliographiques .....	57
7    Annexes.....	63
8    Liste des figures.....	76

## Liste des sigles et d'acronymes

AMP	Assistance Médicale à la Procréation
ANESF	Association Nationale des Étudiant.es Sages-Femmes
AURA	Région Auvergne Rhône Alpes
BU	Bibliothèque Universitaire
CAE	Contrat d'Allocation d'Études
CRTP	Cellule Régionale de Transferts Périnataux
DE	Diplôme d'État
DREES	Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital, Patients, Santé, Territoires
IDE	Infirmier Diplômé d'État
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
MDN	Maison De Naissance
MSU	Maître de Stage Universitaire
ONSSF	Organisation Nationale des Syndicats de Sages-Femmes
PACES	Première Année Commune aux Études de Santé
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PRADO	Programme d'Accompagnement au retour à Domicile
RIPH	Recherche Impliquant la Personne Humaine
SVT	Sciences de la Vie et de la Terre
UME	Unité Mère-Enfant



# Introduction



En 2012, 20% des sages-femmes exerçaient dans le secteur libéral après l'obtention du Diplôme d'État (DE) en France (cumulée ou non à une activité salariée). En 2021, cette activité libérale représente, en tant que premier choix d'exercice, 34% des sages-femmes néo-diplômées<sup>1</sup>. En 2050, on compterait, selon les prévisions de la Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), une augmentation de 70% de sages-femmes exerçant en libéral ou mixte (hospitalier et libéral) (1).

La profession de sage-femme est en train de prendre un nouveau tournant.

Ce constat démographique tranche avec la réticence perçue lors de nos stages au sujet des nouvelles diplômées se dirigeant en libéral après leur DE : « *Je ne comprends pas les nouvelles diplômées qui exercent directement en libéral après leur DE !* » est un discours entendu de nombreuses fois durant nos stages, et ce, dès le début de notre formation initiale. Énoncée par des sages-femmes, essentiellement hospitalières, elle reflète une incompréhension envers ces jeunes sages-femmes qui font le choix d'exercer immédiatement dans le secteur du libéral. Mais pourquoi cette méprise est-elle ressentie à l'égard de ces jeunes consœurs à propos de leur choix ? Pour comprendre ce qui conduit des sages-femmes à se diriger vers le libéral dès l'obtention du DE, il convient de revenir brièvement sur l'histoire de la profession de sage-femme et la manière dont cette histoire est liée aux différents lieux d'exercice contemporains de la pratique de sage-femme.

Depuis la Haute Antiquité, la figure de la sage-femme jouit d'une position privilégiée au sein des sociétés humaines. Successivement, elle est appelée "*prêtresse*", "*donneuse de vie*", "*druïdesse*", "*leveuse*", "*ramasseuse*", "*ventrière*", "*matrone*", "*accoucheuse*" puis sage-femme (2). La profession de sage-femme est une des seules professions ayant toujours été pratiquée majoritairement par des femmes. Le diplôme de sage-femme sera le premier diplôme attribué aux femmes (au XIX<sup>e</sup> siècle). Séculairement, la profession de sage-femme est en constante évolution. À l'origine, seules les sages-femmes pratiquaient l'accouchement et le suivi des femmes à domicile. Néanmoins, au XVII<sup>e</sup> siècle, apparaît le métier de médecin ou chirurgien-accoucheur, qui peu à peu dépossède la matrone de ses pratiques et des savoirs, la suspectant de sorcellerie ou de magie. (3) À cette époque, la religion, la politique, le patriarcat, les chirurgiens et médecins-accoucheurs auront chacun à leur tour un impact fort sur l'évolution et la pratique des sages-femmes. C'est à partir du XX<sup>e</sup> siècle, qu'un changement significatif s'opère dans la profession et que l'accouchement par les sages-femmes se démocratise progressivement à l'hôpital. La médicalisation prend alors une place majeure dans le secteur de la périnatalité (4).

Depuis le siècle dernier, la profession de sage-femme a été et demeure au cœur de remaniements. La formation des futures professionnelles en est spécifiquement impactée. La profession de sage-femme

---

<sup>1</sup> Tout au long de notre étude, nous n'utiliserons pas l'écriture épicène pour qualifier les personnes exerçant la profession de sage-femme. Le genre féminin sera employé.

est reconnue comme une profession médicale au cours du XIXe siècle (5). En 2003, cela a conduit à l'inclusion dans le programme de formation en passant par la première année de médecine pour accéder à la deuxième année d'études supérieures.

En parallèle, à dater de 1982, la profession s'est ouverte aux hommes et les compétences des sages-femmes n'ont fait qu'augmenter. La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) a permis dès 2009 aux sages-femmes de réaliser des consultations gynécologiques, des actes de prévention et de dépistage ou encore des prescriptions et suivis de contraception, qui auparavant étaient seulement réservés aux médecins (6). De surcroît, le plan de périnatalité entre 2004 et 2007 a aussi contribué aux remaniements de la profession de sage-femme et à la réorganisation des relations interprofessionnelles avec les acteurs de la périnatalité (7). De plus, notons que la profession de sage-femme est une profession médicale dite « à compétences définies » cadrée par le Code de la Santé Publique. Néanmoins, ces quinze dernières années de nouveaux champs de compétence leur ont été ouverts. En effet, depuis 2012 elles peuvent participer à la mise en place de la procédure d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) (8). En aout 2023, un décret a été voté visant la politique vaccinale et permettant aux sages-femmes de prescrire et d'administrer l'ensemble des vaccins du calendrier vaccinal en vigueur à toutes les personnes pour lesquelles ces vaccinations sont recommandées (9). Par ailleurs, en complément de la pratique des Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) par la méthode médicamenteuse, initiée par les sages-femmes en 2012, elles sont maintenant autorisées, depuis le 18 décembre 2023, à effectuer ces interventions par la méthode instrumentale (10). L'élargissement de ces compétences a donné aux sages-femmes l'opportunité d'accroître leurs connaissances et modifier leurs domaines d'expertises, au profit de la santé des femmes et de leur entourage.

Néanmoins d'un point de vue de la politique d'économie de la santé, cette extension du domaine d'expertise des sages-femmes a pour but premier d'accentuer le virage ambulatoire. En effet, de nos jours dans l'objectif de réduire le coût dans le secteur de la santé, nous assistons à l'extrapolation de l'activité hospitalière vers une activité libérale (11). Notamment en réduisant la durée des séjours d'hospitalisation, l'objectif principal est de renforcer l'orientation vers les soins ambulatoires. Cela est clairement illustré par le suivi des grossesses à risque à domicile, qui implique l'utilisation de monitorings en extra-hospitalier, ainsi que par les départs précoces de la maternité avec le dispositif PRADO (programme d'accompagnement au retour à domicile), réalisés par les sages-femmes libérales depuis 2010.

Toutefois, bien que la profession de sage-femme voie ses compétences et responsabilités croître constamment, elle demeure encore dépourvue de reconnaissance et de considération de la part des instances gouvernementales. Par exemple, lors du Ségur de la santé, en juillet 2020, les sages-femmes ont été les grandes ignorées et oubliées de ce plan gouvernemental de grande ampleur. Dans ce contexte, Camille Dumortier, présidente de l'Organisation Nationale des Syndicats de Sages-Femmes (ONSSF) souligne « *une nouvelle fois, la place incongrue des sages-femmes à l'hôpital, personnels médicaux* ».

*parmi les non-médicaux a été mise en avant* »(12). Face à l'absence de revalorisation de leur profession, les sages-femmes ont dû recourir à la grève à plusieurs reprises, notamment en 2001, en 2013 et plus récemment en 2021 (13, 14, 15). La profession de sage-femme reste méconnue et non reconnue.

Par ailleurs, depuis plusieurs années, le secteur d'activité des sages-femmes connaît une transformation significative. Au cours des années 2000, la grande majorité des sages-femmes exerçaient quasiment exclusivement en milieu hospitalier ce qu'il illustre les chiffres de la DREES :

*« En 2012, 73 % des sages-femmes exerçaient exclusivement à l'hôpital et 20 % avaient une activité libérale [..]. En 2021, seules 59 % d'entre elles exercent exclusivement à l'hôpital et 34 % ont une activité libérale. [..] Par ailleurs, parmi les sages-femmes ayant une activité libérale, l'exercice mixte devient légèrement plus fréquent : entre 2012 et 2021, il est passé de 26 % à 31 % des sages-femmes ayant une activité libérale. »* (1).

Cette transformation marquante du milieu d'exercice des sages-femmes amène à réfléchir à ce que ces évolutions sociales font à la manière dont les sages-femmes se représentent leur profession. L'exercice libéral prend de plus en plus de place dans la profession et remet en question l'identité professionnelle. Chercheur.e.s et praticien.ne.s soulignent que cette dernière peut être considérée comme « *fragile* » (16). Notamment, en s'appuyant sur le fait que la pratique des sages-femmes se situent toujours « *entre-deux* » : « *nous sommes entre la mère et l'enfant, entre la physiologie et la pathologie* » souligne Hélène de Gunzbourg, sage-femme docteure en philosophie pratique et auteure de *Naître mère*, un essai abordant la question de l'identité de la profession (17). L'identité professionnelle se construit généralement autour d'activités et d'un champ de compétence (18). Or les sages-femmes les partagent avec d'autres professions, ce qui rend encore plus complexe la construction de celle-ci.

En outre, depuis le début des années 2000 les mentalités changent et les perspectives d'équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle s'élargissent également. Aujourd'hui, la question de la distribution entre le travail domestique, c'est-à-dire le travail accompli dans le cadre de la famille, nécessaire au déroulement de la vie quotidienne, et le travail productif, c'est-à-dire exercer une activité permettant d'obtenir un revenu, subit un renversement de situation (19). Cette évolution est d'autant plus remarquable dans les professions où le genre féminin est prédominant. En effet, dans l'ouvrage *Le sexe du travail* de Marie-Agnès Barrère-Maurisson, la question du genre vient amplifier ce phénomène de partage du travail domestique et reproductif (20). La profession de sage-femme est essentiellement féminine. En 2022 on compte moins de 3% d'homme sage-femme (21). L'impact de cette occurrence est, à fortiori, très important chez les sages-femmes.

Qui plus est, les étudiantes sages-femmes en fin de cursus devront faire un choix sur l'orientation qu'elles voudront prendre après l'obtention de leur DE de sage-femme. Ce sont donc plus particulièrement elles qui sont impactées en première ligne, par cette évolution de la société et de la profession de sage-femme. Le concept de socialisation s'avère particulièrement pertinent pour analyser

ces transformations (22). Il désigne le processus par lequel un individu assimile les diverses normes et valeurs de son environnement. Plus spécifiquement, c'est notre intérêt pour la socialisation professionnelle des sages-femmes qui nous conduit à comprendre comment les sages-femmes néo-diplômées de 2023, que nous avons rencontrées, déterminent leur premier lieu d'exercice professionnel après leur DE.

### **En quoi consiste la construction de l'orientation vers le premier lieu d'exercice des sages-femmes néo-diplômées ?**

Que sait-on au juste de la façon dont se construit la détermination du premier lieu d'exercice ? Quels sont les facteurs sociaux mis en jeu dans ce processus décisionnel ? Comment l'influencent-ils ? Comment comprendre l'orientation professionnelle de ces nouvelles sages-femmes ?

L'orientation des sages-femmes néo-diplômées se trouve ainsi au cœur de notre étude. Cette étude s'inscrit dans une perspective sociologique portant sur la construction de cette orientation. L'orientation caractérisée, ici, comme professionnelle rejoint l'idée de la direction prise, ou encore la voie choisie par la sage-femme, après l'obtention de son DE. Elle peut être de différents types (par exemple, sage-femme en centre de protection maternelle et infantile (PMI), sage-femme exerçant à l'hôpital, sage-femme enseignante, etc) et sera majoritairement qualifiée par les secteurs de l'hospitalier et du libéral.

La réalisation d'une revue de la littérature met en évidence l'existence de plusieurs travaux portant sur le thème de l'orientation des sages-femmes néo-diplômées, en particulier sur leur engagement dans l'exercice libéral après l'obtention du DE. (23, 24) Néanmoins, aucune étude n'a été identifiée permettant de comprendre le processus de décision concernant le premier lieu d'exercice des sages-femmes.

Dans un premier temps, nous exposerons la méthodologie de notre étude. Cette dernière repose sur des entretiens semi-directifs. Dans un second temps, les résultats de notre étude seront présentés à partir de trois chapitres distincts. Le premier détaille l'environnement de la future sage-femme. Le second expose l'expérience personnelle et professionnelle de l'étudiante sage-femme. Enfin, nous constaterons que le domaine hospitalier représente un exercice temporaire, évoluant vers diverses pratiques incluant le libéral, la Maison de Naissance (MDN) ou encore le plateau technique.

# Chapitre 1 :

## Matériel et méthode



## 1.1 Type d'étude

Nous avons vu précédemment que l'orientation des sages-femmes néo-diplômées sur leur premier lieu d'exercice semblait être impactée par de nombreuses composantes. Par conséquent, des questions ont émergé concernant la construction de ce choix du premier lieu d'exercice des sages-femmes après l'obtention du diplôme.

Notre étude s'inscrit ainsi dans une approche sociologique puisque qu'elle s'intéresse à la construction sociale du processus décisionnel du premier lieu d'exercice des sages-femmes nouvellement diplômées.

Afin de répondre à notre problématique, nous avons choisi de mener une enquête qualitative fondée sur des entretiens semi-directifs. L'entretien semi-directif est un outil de recherche en sociologie qui permet de recueillir les expériences vécues de nos participantes de manière libre tout en restant méthodique. Nous pouvons le considérer comme une « forme d'improvisation structurée », comme le souligne Pierre Bourdieu (1980). Cette méthode permet de mettre en lumière les aspects relationnels, affectifs et symboliques des acteurs, ce qui serait difficile à saisir via un simple questionnaire, selon Campenhoudt et Quivy (2011). L'aspect semi-directif nous a permis de cibler des thèmes sous forme de questions afin de tester nos hypothèses tout en donnant une grande liberté de parole à nos enquêtées. Ainsi, les entretiens semi-directifs adoptent une perspective exploratoire, indispensable pour approfondir notre sujet de recherche.

## 1.2 Hypothèses

À partir de questionnements personnels et d'une analyse approfondie de la littérature, nous avons émis plusieurs hypothèses pour répondre à notre problématique.

Notre première hypothèse porte sur l'expérience via les stages pendant la formation initiale. Elle serait une composante essentielle dans la construction du processus décisionnel du premier lieu d'exercice.

La deuxième hypothèse inclut la catégorie socio-économique et socio-professionnelle de l'individu. Le milieu socio-économique auquel appartient la sage-femme néo-diplômée serait décisif sur le processus décisionnel d'orientation qu'elle entreprendra après son DE.

La troisième hypothèse s'intéresse aux motivations qui auraient menées les sages-femmes rencontrées à exercer cette profession. Ces dernières pourraient être à l'origine de la construction de leur processus décisionnel concernant l'orientation de leur premier secteur d'exercice professionnel.

La quatrième hypothèse aborde les perspectives d'avenir professionnelles, de la sage-femme néo-diplômée. Ces perspectives d'avenir seraient des facteurs influençant sur le processus décisionnel de leur premier exercice après l'obtention du DE.

## 1.3 Population

### 1.3.1 Choix de population et lieu d'étude

Notre population cible est constituée par les sages-femmes néo-diplômées de 2023 ayant étudiées dans la région Auvergne Rhône Alpes (AURA) et formées dans les Sites de formation maïeutique de Bourg-en-Bresse, Clermont-Ferrand, Grenoble et Lyon-Sud.

Le territoire a été délimité à la région AURA afin de restreindre une disparité d'enseignement importante au sein des lieux de formation.

En effet, l'homogénéité de notre échantillon a été recherchée afin de pouvoir comparer les résultats lors de l'analyse. Tout en maintenant des critères d'inclusion et d'exclusion définis par souci d'homogénéité et de rigueur scientifique, nous avons également chercher une représentativité des néo-diplômées de l'année 2023 en faisant varier la géographie et les différentes écoles. L'importance des similarités des enseignements ont été privilégiées à des fins comparatives et d'évitement de certains biais dans l'analyse que nous aborderons dans un second temps.

### 1.3.2 Critères d'inclusion et d'exclusion

Cette étude s'adressait aux sages-femmes diplômées de l'année 2023 et ayant réalisé leur formation initiale dans la région AURA dans une des quatre écoles : Bourg-en-Bresse, Clermont-Ferrand, Grenoble et Lyon Sud. Tout type et lieu d'exercice de la profession de sage-femme était accepté.

Nous avions comme critère d'exclusion un temps d'exercice professionnel, en tant que sage-femme, supérieur à cinq mois. Nous excluons toutes les personnes ne rentrant pas dans nos critères d'inclusion

### 1.3.3 Recrutement de la population

Le recrutement a été effectué via un courriel explicatif (Annexe 1) envoyé, le 16 juin 2023, aux quatre écoles de sages-femmes de la région, qui se chargeaient de le relayer aux futures diplômées.

Les professionnels souhaitant participer à l'étude nous contactaient par mail, ou par téléphone afin de convenir d'un rendez-vous.

Plusieurs relances ont été réalisées auprès d'un des quatre sites, dont nous n'avons jamais eu de réponses.

## 1.4 Elaboration de la grille d'entretien

Notre objectif principal était de comprendre le processus décisionnel du premier lieu d'exercice des sages-femmes afin de déterminer leurs motivations les amenant à choisir un type et lieu d'exercice. Plusieurs hypothèses ont été émises.

Afin d'y répondre, nous avons articulé notre enquête autour de sept thèmes qui ont permis la construction de notre guide d'entretien (Annexe 3).

- *Catégorie socio-professionnelle :*

Cette thématique a pour objectif de caractériser les profils des sages-femmes interrogées afin de resituer les paroles des enquêtées dans leur contexte sociologique.

- *Construction du parcours universitaire vers les études de sage-femme :*

Cette thématique avait pour objectif de comprendre le cheminement et les motivations amenant à exercer cette profession. Cet objet pouvait donner lieu à des précisions, s'il y avait eu, des études antérieures aux études de maïeutique, ainsi que le choix de première intention ou pas de la filière maïeutique.

- *Expérience professionnelle pendant la formation initiale et vécu de celle-ci*

Cette thématique avait pour but de déterminer l'influence qu'a pu avoir les études de sages-femmes, tant sur le plan théorique que pratique, sur le processus décisionnel du premier lieu d'exercice. Il était question aussi de comprendre quel(s) élément(s) ou situation(s) pouvaient interagir sur ce processus décisionnel.

- *Les projections professionnelles*

Avec cette thématique, nous cherchions à savoir si les sages-femmes néo-diplômées avaient eu au début de leurs études des représentations, intentions, anticipations ou non sur leur premier lieu d'exercice après avoir été diplômées et pour quelles raisons.

- *La recherche d'emploi*

Ici nous souhaitions aborder les raisons qui ont menées les sages-femmes néo-diplômées à postuler dans certains établissements/ lieux d'exercice, comprendre leur démarche et les paramètres qui ont pu agir sur leur décision ainsi que le poids de ces critères sur leur processus décisionnel de premier lieu d'exercice.

- *L'expérience professionnelle et vécu de celle-ci (si travail débuté)*

L'objectif était ici de savoir comment se déroulait leur exercice professionnel jusqu'à ce jour et s'il y avait un éventuel souhait de changement de lieu d'exercice et pourquoi.

- *Les perspectives d'avenir*

Avec cette dernière thématique, le but était de comprendre dans quelle optique les sages-femmes néo-diplômées se positionnaient par rapport à leur futur professionnel, plus ou moins proche, et pour quelles raisons.

Une trame d'entretien (Annexe 2) a alors été élaborée à partir de ces thématiques, comportant des questions subsidiaires de relance si nécessaire.

La trame a été testée et réajustée au cours des entretiens permettant d'affiner le processus d'enquête et d'enrichir l'analyse par de nouvelles thématiques lorsque cela était nécessaire.

La formulation des questions a été choisie afin de permettre aux sages-femmes rencontrées de développer leurs propos et d'affiner les questionnements liés à notre étude.

## 1.5 Déroulement des entretiens

Les entretiens ont tous été réalisés sur la base du volontariat. En début d'entretien leur accord était demandé pour l'enregistrement et l'anonymat leur était assuré. Nous avons par exemple pris le soin de modifier le prénom des sages-femmes rencontrées. Un formulaire de consentement (Annexe 4) leur était transmis et devait être signé.

Les entretiens ont été réalisés sur une période s'étendant du 28 août 2023 au 1<sup>er</sup> novembre 2023. Au nombre de quatorze, ils ont une durée de 34 minutes à 1h24 minutes, avec une moyenne de 1h01 minute. Quatre ont été effectués en présentiel dans une salle de travail de bibliothèque universitaire (BU), huit en visioconférence via une salle WebEx et deux par téléphone.

Au fur et à mesure des entretiens réalisés, nous avons identifié les données redondantes. Ainsi, les quatorze entretiens menés nous ont permis d'arriver à saturation des données (25).

En effet, les entretiens ont été poursuivis jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de nouvel élément qui émerge, indispensable à la compréhension globale de notre sujet.

## 1.6 Analyse des données

Nous avons procédé à une méthode d'analyse thématique verticale puis horizontale des entretiens.

Au préalable, les entretiens avaient tous été enregistrés, à l'aide d'un dictaphone dédié à l'étude et intégralement retranscrits, sur un document Word, afin de procéder à l'analyse.

L'analyse verticale consistait à extraire dans chaque entretien, les idées majeures qui ressortaient de l'ensemble des thèmes pour une professionnelle donnée.

Par la suite, l'analyse horizontale nous a permis de rechercher parmi tous les entretiens réalisés, les thèmes récurrents.

Pour finir, une analyse interprétative a été réalisée, permettant d'articuler les différents thèmes entre eux en croisant les résultats de l'analyse thématique verticale puis horizontale (26).

Pour ce faire, nous avons élaboré une grille de recueil à l'aide d'un tableau Excel.

## 1.7 Règlementation

Dans le cadre de l'étude, nous avons réalisé des entretiens avec des professionnelles de santé. Les données récoltées sont à caractère personnel et non médicales. Ainsi, cette enquête ne rentre pas dans le cadre de la loi Jardé ni de la Recherche Impliquant la Personne Humaine (RIPH).

Le synopsis ainsi que le protocole de recherche (Annexe 5) ont été validés par l'ensemble des responsables pédagogiques du site de formation maïeutique de Bourg-en-Bresse. Le registre des traitements de recherche et l'engagement de confidentialité ont été remplis et envoyés le 09 avril 2023.

Les entretiens ont été anonymisés et sécurisés. Ils seront détruits à l'issu du travail de recherche.

## 1.8 Forces, limites et biais de notre étude

### 1.8.1 Forces

La principale force de notre étude est l'ancrage dans le contexte actuel. En effet, notre étude tient compte des tendances et des facteurs contemporains à la profession de sage-femme, renforçant ainsi sa pertinence et son applicabilité. Le manque d'étude sur ce sujet, la nécessité et l'utilité directe d'une telle enquête marquent l'originalité de notre étude. Elle permet également l'émergence de nombreux questionnements autour de notre sujet qui est l'orientation des sages-femmes néo-diplômées.

De plus, nous avons réalisé une analyse sémantique de nos entretiens grâce à la retranscription fidèle des discussions que nous avons pu avoir avec les différentes sages-femmes rencontrées, ce qui permet une analyse approfondie des entretiens semi-directifs. Nous avons effectué au total quatorze entretiens qui nous ont permis d'atteindre la saturation des données pour notre échantillon.

### 1.8.2 Limites et biais

Notre choix de réaliser une étude qualitative entraîne des biais inévitables.

Notamment le biais de sélection, il est possible que notre échantillon ne représente pas parfaitement la population cible, représentée par les sages-femmes néo-diplômées de la région AURA, ce qui pourrait limiter la généralisation des résultats à l'échelle nationale.

Le biais de rappel peut également être présent dans notre étude. Les sages-femmes enquêtées peuvent rencontrer des difficultés à se rappeler avec précision des événements passés, ce qui pourrait entraîner des erreurs dans les données recueillies. Ce biais est d'autant plus accentué si l'intervalle de temps entre l'obtention du DE et la période d'exercice professionnel est long.

Le biais de recrutement peut être lié par le recrutement sur la base du volontariat des sages-femmes. Pour exemple, les sages-femmes pensant et/ou pouvant être désintéressées par le sujet de notre étude n'ont sûrement pas répondu positivement à la participation de notre enquête.

L'origine sociale géographique rurale versus urbaine peut également être un biais existant au sein de notre étude.

Nous avons détaillé le matériel et la méthodologie de notre enquête, nous allons maintenant présenter les résultats de celle-ci en analysant et discutant les propos des sages-femmes rencontrées au sein de trois chapitres distincts. L'environnement de la future sage-femme semble être une composante fondamentale dans le processus décisionnel du premier lieu d'exercice après l'obtention du DE.

# Chapitre 2 :

## Environnement de la future sage-femme



## 2.1 Environnement sociétal et familial

Afin de saisir les motivations de ces sages-femmes nouvellement diplômées, il était crucial d'obtenir des données sociodémographiques et d'explorer leur processus de socialisation primaire. La socialisation primaire se construit durant l'enfance et l'adolescence, dépendante du contexte de vie. Elle permet ainsi l'élaboration d'une identité sociale chez les individus (27). Le dictionnaire Larousse définit une « génération » comme un ensemble de personnes vivant dans le même temps et étant dans l'ensemble du même âge (28).

### 2.1.1 Un phénomène générationnel ?

Les enquêtées sont toutes des femmes, âgées entre 23 et 29 ans avec un âge moyen de 24,1 ans. Elles appartiennent à la génération Z, qui se définit par les personnes nées entre 1997 et 2010 (29). La notion de génération semble être un élément essentiel dans notre étude, car tel que souligné lors de l'introduction, certaines sages-femmes peuvent avoir un avis tranché sur les nouvelles diplômées qui exercent directement en libéral. Un exemple concret nous est donné par Manon (23 ans, célibataire, sans enfants) en citant les propos apportés par une sage-femme : « *C'est ça la nouvelle génération. Elles (les nouvelles diplômées) ne veulent plus venir dans les hôpitaux, on va être en manque de sage-femme* ». En ciblant la « *nouvelle génération* », cette sage-femme semblerait donc appartenir à une génération précédente. Daniel Ollivier, sociologue, souligne très bien cet écart de génération dans une de ses conférences au sujet du travail : « *c'est une génération ambitieuse, mais plus carriériste. Autrement dit, le travail est concurrencé par la vie de famille : la génération Z veut voir grandir ses enfants et l'argent n'est plus autant qu'avant un vecteur de motivation* » (30).

On comprend ici que l'articulation entre travail domestique et travail productif est mis en jeu. Héloïse (23 ans, célibataire, sans enfants) sage-femme hospitalière, nous fait part qu'elle n'a pas encore d'enfant et de conjoint à charge : « *Je n'ai pas de vie de famille encore* ». Elle rajoute qu'en général les sages-femmes hospitalières ne peuvent pas se permettre d'avoir une vie de famille avec de nombreux enfants : « *Et en hôpital, quand tu fais des weekends, ça dépend du nombre d'enfants que tu as. Quand tu discutes avec les sages-femmes, il n'y en a aucune qui a plus de trois enfants. Trois enfants, c'est le grand max chez les sages-femmes, qui travaillent en tout cas en hospitalier.* ». Ainsi le milieu hospitalier lui a paru être un bon compromis entre vie personnelle et vie professionnelle au vu de sa situation familiale en sortie de diplôme. Dans son discours, Barbara (23 ans, célibataire, sans enfants) sage-femme hospitalière ajoute que l'aspect financier peut aussi être un élément influençant le mode d'exercice : « *Après ça dépend de combien est ce qu'on veut gagner d'argent, combien est ce qu'on peut se permettre par rapport à la vie qu'on a. Mais je pense qu'on peut être en libéral et avoir un mi-temps et pouvoir s'occuper de ses enfants et que ça aille très bien.* ».

Un rapport québécois *La génération Z du Québec et sa vision du milieu du travail* (31) souligne le fait que les jeunes de la génération Z ne vivent pas pour travailler ; ils travaillent pour vivre. La conciliation entre travail et vie personnelle est, pour cette génération, primordiale. La situation familiale dans laquelle se trouve les sages-femmes françaises néo-diplômées peut alors orienter leur premier lieu d'exercice. Généralement elles n'ont pas encore d'enfant à charge, ce qui rend d'autant plus envisageable un exercice professionnel en milieu hospitalier. Néanmoins, les tendances semblent évoluer avec de plus en plus d'orientation vers l'exercice libéral en sortie de diplôme.

Quelles sont les autres composantes sociales qui interviennent dans cette orientation professionnelle vers le premier lieu d'exercice des sages-femmes-néo-diplômées ? Dans le processus de socialisation professionnelle, la profession des parents peut être un élément pertinent à questionner.

## 2.1.2 La profession des parents : un élément fondamental dans la socialisation professionnelle ?

L'analyse de nos entretiens révèle que la profession de l'entourage familial des sages-femmes rencontrées et, plus particulièrement, celle des parents semble jouer un rôle dans la construction de la socialisation professionnelle des sages-femmes néo-diplômées rencontrées. Nous avons élaboré un tableau avec le profil socio-professionnel des sages-femmes rencontrées (Annexe 6).

Plus d'un tiers de nos enquêtées ont au moins un parent qui exercent la profession d'infirmier diplômé d'état (IDE). Cette donnée a une grande importance dans la compréhension de la socialisation professionnelle des sages-femmes interrogées. En effet, dans le processus de socialisation professionnelle, la famille a une place fondamentale. Elle peut permettre à l'individu de se construire, par exemple, autour de certains centres d'intérêts, de transmettre l'envie de pratiquer telle ou telle activité professionnelle (22).

L'origine sociale est également une notion à prendre en considération dans la construction de la socialisation professionnelle, comme peut l'illustrer Camille Peugny dans son ouvrage *Le destin au berceau. Inégalités et reproduction sociale* « sept enfants d'ouvriers sur dix exercent eux-mêmes des emplois d'exécution » (32).

Plusieurs de nos sages-femmes enquêtées ont souligné d'elles-mêmes ce lien entre la profession de leurs parents et leur orientation professionnelle. Alice (24 ans, célibataire, sans enfants) mentionne qu'elle est devenue sage-femme hospitalière en s'inspirant de sa mère qui est une ancienne IDE : « *je pense que ça vient de ma mère puisqu'elle a fait le métier d'infirmière* ». A l'inverse les parents de Karine (26 ans, en concubinage, sans enfants) n'avaient pas de métier en lien avec le soin. Néanmoins, pour son orientation professionnelle elle s'est inspirée de leur mode d'exercice. En effet, ces derniers ont toujours exercé leur activité de façon indépendante ce qui, selon elle, l'a poussée à devenir sage-

femme libérale : « *C'est quelque chose qui, je pense, qui m'a été transmis par mes parents. Ma mère, elle gère un commerce, elle est buraliste. Mon père, il est mécanicien. Il est à son compte et je pense qu'ils m'ont transmis ce truc d'indépendance.* »

D'autre part, certains parents ont exercé différents métiers ou encore un même métier mais de diverses façons. Cette socialisation professionnelle familiale primaire peut influencer la représentation professionnelle que peuvent avoir leurs enfants. Par conséquent, l'exercice professionnel de leurs parents a pu influencer les sages-femmes de notre étude, sur la manière dont elles envisagent leur évolution professionnelle. Effectivement, il semble que les personnes ayant eu un entourage où changer de métier ou de façon d'exercer serait la norme, auraient plus de facilité à se projeter ou à reproduire ce même schéma. Ce vécu tenterait à réduire cette éventuelle appréhension du changement de vie professionnelle et permettrait une certaine aisance à se projeter et/ou à reproduire un schéma familial. Alice (24 ans, célibataire, sans enfants) témoigne : « *Parce que moi, j'ai mes parents qui nous ont appris à... Ils ont fait cinq métiers chacun et ils ont changé de carrière pas mal de fois. Du coup, j'ai des parents qui nous ont appris à savoir changer de vie même à 50 ans. Moi, j'ai l'éducation de me dire que ce n'est pas parce que j'ai fait des études pour ce métier- là que je vais faire ce métier- là toute ma vie* ».

Le corps de métier, le mode d'exercice ou encore les évolutions de carrière des parents semblent alors jouer un rôle important ( $n=7$ ) dans la représentation des sages-femmes néo-diplômées sur leur propre profession, et ainsi influencer leur processus décisionnel concernant leur premier mode d'exercice. Nous nous sommes interrogées ensuite sur l'impact que pouvait avoir le lieu d'habitation actuel des sages-femmes nouvellement diplômées sur le type et lieu d'exercice choisi directement après l'obtention de leur DE.

### 2.1.3 Lien entre lieu d'habitation et mode d'exercice

Le lieu d'habitation actuel des enquêtées était une donnée recueillie lors de nos entretiens. L'objectif est de savoir si celle-ci peut exercer une influence sur l'orientation des sages-femmes néo-diplômées. L'analyse des données montrent qu'habiter en milieu rural ou en milieu urbain n'a pas un fort impact sur le mode d'exercice choisi par les sages-femmes rencontrées. La proportion de sage-femme rencontrée habitant dans un milieu rural ( $n=6$ ) ou urbain ( $n=8$ ) se rapproche de l'égalité. Le type d'exercice des sages-femmes enquêtées en fonction de leur lieu d'habitation est lui aussi semblable. Les sages-femmes libérales habitants en milieu rural sont au nombre de deux ( $n=2$ ) et celles en milieu urbain sont au nombre de trois ( $n=3$ ). Les sages-femmes hospitalières habitants en milieu rural sont au nombre de quatre ( $n=4$ ) et celles en milieu urbain sont au nombre de cinq ( $n=5$ ). Le lieu d'habitation ne rentre donc pas, dans le cadre de notre étude, comme un facteur influençant l'orientation des sages-femmes.

L'analyse des données révèlent qu'aucune corrélation entre mode d'exercice et lieu d'habitation n'a pu être mise en évidence. Afin d'illustrer notre propos, nous avons donc réalisé deux diagrammes circulaires concernant notre échantillon de sages-femmes enquêtées. Ceux-ci montrent que la proportion de sages-femmes ayant choisi comme premier mode d'exercice le libéral sont issues autant d'un milieu rural que d'un milieu urbain. Il en est de même pour les sages-femmes ayant pris l'orientation du secteur hospitalier comme premier lieu d'exercice.

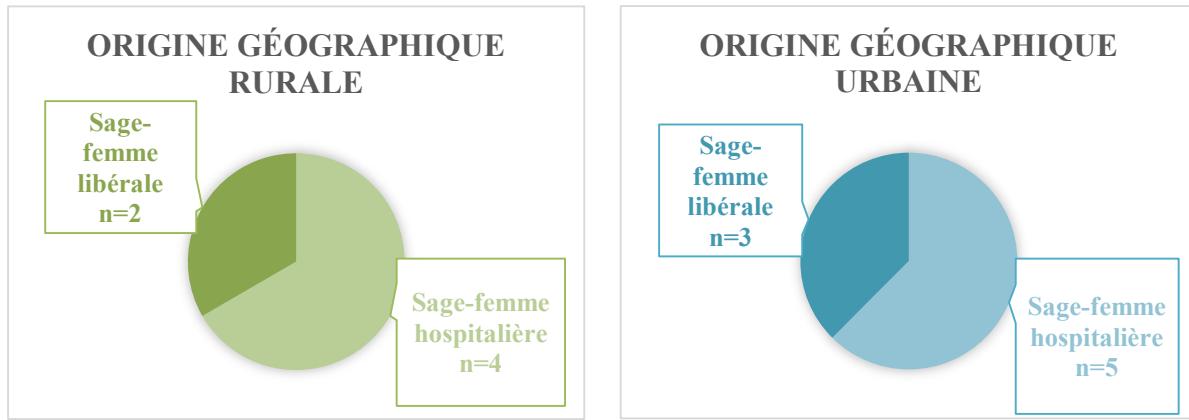


Figure 1 : Diagrammes circulaires représentant les origines géographiques des sages-femmes ayant choisi comme premier mode d'exercice le libéral ou l'hospitalier.

Nous venons donc de voir dans quelle catégorie socio-professionnelle se situaient les sages-femmes enquêtées. Cela nous a permis d'ancrer la population dans son environnement, sous diverses dimensions, et de comprendre leur origine sociale et familiale. Il était donc nécessaire d'aborder ces notions afin d'appréhender la construction du parcours universitaire des individus vers les études de sage-femme. La question des motivations qui les ont menées à exercer cette profession s'est alors posée.

## 2.2 Motivations et décision de rentrer dans le cursus maïeutique

### 2.2.1 Choix de la filière maïeutique : envie de devenir sage-femme

Tout d'abord plusieurs d'entre elles nous ont fait part de cette envie de devenir sage-femme depuis leur plus jeune âge ( $n=4$ ) et d'autres pour lesquelles, sage-femme n'était pas le projet professionnel initial ( $n=10$ ).

Dans notre échantillon de quatorze enquêtées, trois profils se distinguent : (1) les personnes pour lesquelles la filière maïeutique était le premier choix en fin de Première Année Commune aux Etudes de Santé (PACES) ( $n=8$ ), (2) les personnes pour lesquelles la filière maïeutique était le second choix en fin de PACES ( $n=4$ ) et (3) les personnes ayant faits des études supérieures après l'obtention du baccalauréat avant de s'engager dans la filière maïeutique ( $n=2$ ).

## CHOIX DE LA FILIÈRE MAÏEUTIQUE

■ 1e choix ■ 2e choix ■ Etudes antérieures

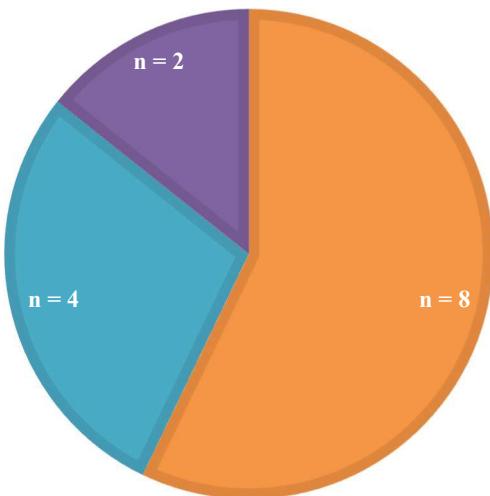


Figure 2 : Diagramme circulaire représentant les profils des enquêtées en fonction de leur choix au sujet de la filière maïeutique

« *L'envie de soigner les autres* », « *le contact humain* », « *se sentir utile* », « *rendre service* », « *aider les autres* » ont été rapportés à plusieurs reprises dans de nombreux entretiens (n=10). Le soin, défini comme un acte de thérapeutique qui vise à la santé de quelqu'un, de son corps (33), semble être au cœur des motivations pour devenir sage-femme. Quel que soit le mode d'exercice des sages-femmes, le soin est omniprésent auprès des femmes et des nouveaux nés. Le soin peut également se caractériser par la bientraitance définie par la Haute Autorité de Santé comme « une démarche collective pour identifier l'accompagnement le meilleur possible pour l'usager, dans le respect de ses choix et dans l'adaptation la plus juste à ses besoins » (34). Il serait utopique de penser que la bientraitance est toujours de mise dans la profession de sage-femme. En novembre 2020, Anna Roy sage-femme, auteure et chroniqueuse, lance le #jesuismaltraitante en dénonçant les conditions de travail des sages-femmes. Le manque de personnel, le manque de moyen à l'hôpital et la surcharge de travail ont été à l'origine de cette publication (Annexe 7). Anna Roy demande un décret d'application qui instaure une sage-femme par femme en salle d'accouchement en prenant pour exemple l'Angleterre où chaque sage-femme suit une seule femme en travail à la fois leur permettant d'être plus présente auprès de la patiente (35).

Le choix d'être sage-femme, pour une grande majorité des professionnelles rencontrées, semble être le fruit de leur « *côté féministe* » comme l'évoque Diane (24 ans, en concubinage, sans enfants), sage-femme libérale. Le féminisme se caractérise comme un courant de pensée et mouvement politique, social et culturel en faveur de l'égalité entre les femmes et les hommes (36). Le mouvement féministe est né suite au refus de certaines femmes de vivre dans des sociétés patriarcales qui marquent, encore

aujourd’hui, la société dans laquelle nous vivons. Le patriarcat désigne une forme d’organisation sociale dans laquelle les hommes monopolisent le pouvoir et les richesses (37). Une des conséquences les plus marquantes est sans nul doute les féminicides. En 2023, cent trente-quatre féminicides ont été commis en France (38). La profession de sage-femme peut alors apparaître pour certaines sages-femmes rencontrées ( $n=6$ ) comme engagée et protectrice de la santé des femmes. Karine (26 ans, en concubinage, sans enfants) nous fait part de son désir de « *veiller sur la santé des femmes et des enfants* », prendre soin de la santé des femmes, veiller à ce qu’elles aillent bien apparaît comme un aspect fondamental de la profession. D’autre part, Alice (24 ans, célibataire, sans enfants) nous indique « *on est actrice dans la santé des femmes et dans leur prise de pouvoir dans la société* ». Au vu d’éclairer différents tabous comme la méconnaissance de certaines femmes sur leur corps, les sages-femmes déconstruisent certains tabous ancrés dans notre société. Elles contribuent ainsi à transmettre aux femmes certains savoirs sur leurs corps.

Parmi les sages-femmes de notre population d’étude, le partage des connaissances est considéré comme un des nombreux piliers de la profession de sages-femmes. Garance (23 ans, en concubinage, sans enfants), sage-femme hospitalière, nous explique notamment adorer « *la transmission d’informations* ». Le volet prévention est également une des caractéristiques phares de la profession, comme le précise Diane (24 ans, en concubinage, sans enfants) sage-femme libérale, avec principalement la prévention des pathologies gravidiques, gynécologiques, psychologiques. En effet, la sage-femme qui a pour champ de compétence majeur la physiologie, se doit de prévenir tout risques avant de devoir orienter vers un spécialiste de la pathologie.

Puis le domaine des sciences et de la médecine a été évoqué une multitude de fois ( $n=4$ ) par les sages-femmes rencontrées, avec l’attrait pour « *la santé* », « *le médical* », « *le corps humain* » ou encore « *l’embryologie* ». Ces notions confirment que les enquêtées étaient conscientes de l’aspect et du statut de la profession médicale avant de s’engager dans celle-ci. De fait, la profession de sage-femme est une profession médicale reconnue par le code de la Santé Publique. Comme le souligne Héloïse (23 ans, célibataire, sans enfants) : « *sage-femme, pour moi, c'est un métier médical avant tout* », notion peu reconnue parfois dans l’histoire de la profession. Pour exemple, lors du Ségur de la santé, la revalorisation du salaire des sages-femmes a été équivalente à celle des professions dites non médicales (39). La quête de reconnaissance professionnelle de la profession de sage-femme en France demeure en cours.

L’envie d’exercer la profession de sage-femme a pu être la suite logique de certaines pensées telles que la fascination de la physiologie ou la passion de la grossesse. Alice (24 ans, célibataire, sans enfants) témoigne « *j’ai toujours été passionnée par le corps féminin, je trouve ça assez fascinant* ». La profession de sage-femme, intemporelle, a longtemps été perçue, et peut l’être encore aujourd’hui, comme une vocation. Il semblerait davantage une quête de sens dans sa profession plutôt qu’une question d’adoration. De nos jours, les jeunes adultes préfèrent trouver du sens dans leur travail plutôt

que de travailler seulement pour des raisons financières. Lola (24 ans, en concubinage, sans enfants) sage-femme hospitalière nous confie : « *Je trouvais ça incroyable de se dire que des toutes petites cellules tenaient un enfant et que cet enfant allait naître. Ça m'a complètement fascinée* ». Cette envie de comprendre, de connaître, de savoir, a été une des sources de motivation pour entrer dans la formation maïeutique. Il en est de même pour Karine (26 ans, en concubinage, sans enfants), sage-femme libérale, qui trouve cela même « *un peu intriguant* ». D'autres sages-femmes nous expriment le désir « *d'être là à un moment crucial* », ou bien « *être porteuse de bonne nouvelle* » ou encore une sage-femme nous déclare qu'elle aime bien « *ce côté un peu symbolique, un peu ancestral, ça a de la valeur* ». La naissance vécue, dans la grande majorité des cas, comme un événement heureux et porteur d'avenir, permet aux sages-femmes de vivre aux côtés des couples des moments uniques. Ces instants précieux peuvent avoir un aspect irréel ou encore considérés comme mystique.

Plusieurs sages-femmes (n=4) ont évoqué que cette profession était apparue comme une révélation ou une évidence. Comme Céline (23 ans, célibataire, sans enfants) qui nous témoigne : « *j'ai su au lycée. C'est vrai que ça, ça a un peu été une évidence* ». Cette notion d'évidence nécessite d'être interrogée. Quels sont les différents facteurs sociaux qui les aurait amenés à décider de s'engager dans cette filière sans forcément les sensibiliser auparavant ? Ou peut-être y-a-t-il eu des éléments impactant cette notion d'évidence décrite par Céline (23 ans, célibataire, sans enfants) ? Céline continue avec « *c'est vrai que moi, j'étais une grande fan de Baby-Boom, un peu cliché, mais au collège je regardais tout le temps ça* ». L'émission Baby-Boom diffusée pour la première fois en 2011, racontait le quotidien de différentes maternités de France. Ce média a peut-être été un intermédiaire à l'installation de cette vocation pour Céline (23 ans, célibataire, sans enfants) et pour d'autres. Par ailleurs, Karine (26 ans, en concubinage, sans enfants) nous a livré que l'année de redoublement de sa PACES, elle a émis l'idée de rentrer dans la filière de maïeutique et c'est à ce moment-là qu'elle y a vu une évidence : « *j'ai pensé à l'option sage-femme et je me suis dit « en fait, c'est évident, c'est super bien. » L'idée m'a plu et je pense que c'était le bon choix* ». Karine (26 ans, en concubinage, sans enfants) précise même que la filière maïeutique a été une « *révélation* » : « *je ne savais pas bien ce que je voulais faire de ma vie et finalement, maïeutique est apparu comme la révélation à l'issue de cette deuxième année de médecine* ». Ces témoignages nous amènent à nous interroger sur la nécessité potentielle d'être « *une évidence* » pour certaines sages-femmes rencontrées ? Pourquoi cette notion « *d'évidence* » revient-elle ? Y-aurait-il un lien entre leur(s) représentation(s) de la profession de sage-femme et le choix du lieu d'exercice professionnel à la sortie du DE ?

Par ailleurs, la durée des études de sage-femme pouvait être une motivation pour s'engager dans la filière maïeutique, par exemple : Céline (23 ans, célibataire, sans enfants), « *je voulais faire 5 ans d'études* » ou Karine (26 ans, en concubinage, sans enfants), « *et puis ce sont des études courtes* ». Certaines peuvent donc percevoir les études de sages-femmes comme étant de courte durée, cependant, elles demeurent tout aussi riches en contenu et en densité.

En revanche, quelques sage-femmes interrogées ont soulevé des freins à l'engagement dans les études de maïeutique. Le passage par la PACES, majoritairement, est ressorti quatre fois, avec toujours cette appréhension de ne pas réussir, du niveau trop élevé demandé et de la sélection importante à la fin de cette première année. En effet, les sages-femmes enquêtées ont pour la plupart (n=12) passé la PACES sur l'années scolaire 2018-2019. Le taux de réussite sur cette année scolaire était d'environ 30% pour passer en deuxième année d'étude supérieure dans toutes les filières confondues (40). Il y a également, « *la peur de la pression du métier* » avec les « *risques médico-légaux* » qu'il implique, qui a été évoqué par Fanny (29 ans, mariée, actuellement enceinte de son premier enfant). Ou encore la pression de l'entourage, au sujet de la vision qu'on peut avoir de la profession de sage-femme avec par exemple Garance (23 ans, en concubinage, sans enfants) qui nous confie : « *J'avais un peu peur de ce que mes parents auraient pu dire.* « *Tu te rends compte ? C'est dur comme métier.* » *Du coup, ils l'ont finalement assez bien accepté, même si je pense qu'ils ne se rendent pas du tout compte de ce que c'est, mon métier* ». On comprend bien ici, que cette appréhension d'une opinion négative envers la profession de sage-femme, provient d'une éventuelle méconnaissance de certains parents envers la profession de sage-femme, avec la persistance de certains stéréotypes et de tabous autour de la santé gynécologique et sexuelle des femmes.

De multiples motifs en faveur de l'entrée dans les études de sage-femme viennent d'être exposés. Ils nous ont permis de comprendre le processus décisionnel des sages-femmes rencontrées au profit d'un lancement des études supérieures au sein du cursus maïeutique. Il est ensuite question du projet professionnel des sages-femmes enquêtées. De nombreux éléments peuvent rentrer en compte, comme les objectifs professionnels, les intérêts, la personnalité, les expériences vécues, etc.

## 2.2.2 Projections professionnelles en début de cursus

Juste après avoir obtenu leur DE, nous avons questionné les sages-femmes sur leur projection professionnelle qu'elles pouvaient avoir au début de leurs études. Il y a plusieurs cas de figure avec notamment celles pour qui leur projection s'est réalisée, d'autres pour lesquelles il n'y avait pas de projection et enfin celles pour qui leur projection a évolué.

Le projet professionnel se construit en différents temps, principalement en trois phases : avec une période initiale de créativité, un engagement fortifié progressivement par des choix décisifs et une réalisation placée pas à pas sous le regard d'autrui (Boutinet, 1990) (41). Cette étude a été réalisée auprès d'étudiants participant à une formation professionnalisante de second cycle universitaire (Master). Bien que cette enquête ne soit pas parfaitement applicable aux étudiantes sages-femmes, elle présente un intérêt certain. En effet, le diplôme d'État de sage-femme leur confère un grade Master. Il est également

important de noter que la création et la structuration de chaque projet professionnel est unique, et se construit sans suivre une progression linéaire stricte. Se projeter dans un avenir plus ou moins proche est une notion subjective. Le temps dans lequel l'individu se projette peut être différent d'une personne à l'autre. De multiples facteurs peuvent être mis en jeu dans ce processus de projection professionnelle. Dans notre étude, les sages-femmes qui ne se projetaient pas au début de leur cursus après leur DE, témoignent que cette situation était attribuable aux terrains de stages : « *il n'y avait pas de lieu dans mes stages où je m'étais sentie bien au point d'y travailler. Donc je n'arrivais pas du tout à me projeter. J'avais du mal à me dire, aussi, que j'allais être sage-femme* » nous confie Céline (23 ans, célibataire, sans enfants). Cette difficulté de se projeter uniquement en tant que sage-femme et non sage-femme dans un type/ lieu d'exercice précis, peut traduire un manque de confiance en soi. Penser ne pas en être capable, ne pas avoir les compétences requises pour être diplômée est ressorti plusieurs fois au cours de nos entretiens. De fait, la perte de confiance en soi est pour la plupart apparue en PACES et a pu persister tout au long des études. Lola (24 ans, en concubinage, sans enfants) nous parle même de « *contre-coup* » de la PACES avec une aggravation de celle-ci.

D'autres sages-femmes ont pu avoir des projections professionnelles qui se sont réalisées, comme pour Iris (23 ans, célibataire, sans enfants) qui se voyait travailler dans le secteur hospitalier dans un établissement de type 3 : « *rapidement au début de mes études, j'avais décidé que je travaillerais en niveau trois* ». À l'inverse, Justine (26 ans, célibataire, sans enfants) nous déclare qu'elle n'appréhendait point l'exercice en structure hospitalière, les stages dans le secteur du libéral ont renforcé sa décision : « *dès la base, l'hospitalier je n'aime pas forcément. Quand j'ai commencé à faire des stages en libéral, ça m'a encore plus confortée dans le fait que je voulais faire ça* ». Ces résultats de l'enquête réalisée suggèrent que les expériences professionnelles jouent un rôle décisif dans l'orientation prise par les sages-femmes néo-diplômées.

L'environnement de la future sage-femme, élément fondamental à la construction de la socialisation professionnelle, nous a permis d'ancrer notre population cible - les sages-femmes néo-diplômées de l'année 2023 en région AURA - dans leur contexte de vie. Les sages-femmes rencontrées se sont également spontanément exprimées au sujet des expériences personnelles et professionnelles vécues pendant leur formation initiale impactant leur processus décisionnel concernant le premier lieu d'exercice après l'obtention de leur DE.



# Chapitre 3 :

## Expérience personnelle et professionnelle



### 3.1 Ecole de sage-femme : une influence directe et indirecte sur le premier secteur d'exercice ?

Dans un second temps, nous nous sommes interrogées sur l'influence que pouvait avoir l'école de sage-femme sur le processus décisionnel du premier mode d'exercice. Comment les sites de formation maïeutique choisissent et répartissent-ils les cours magistraux ? Y-a-t-il une répartition équitable des thématiques portant sur les pratiques hospitalières et les pratiques libérales ? Comment les terrains de stage sont-ils distribués ? Les équipes pédagogiques soutiennent-elles les projets professionnels des étudiantes sages-femmes ?

En France, les écoles de sages-femmes ont le devoir de respecter deux arrêtés : l'arrêté du 19 juillet 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques (42) et celui du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État de sage-femme (43). Ces arrêtés énoncent et précisent les programmes des enseignements théoriques ainsi que les contenus des stages à effectuer. Les contenus de stage ont un nombre d'heures à respecter. Celles-ci peuvent être réalisées dans différents terrains de stage mis à disposition par l'école de sage-femme. A titre d'exemple, le suivi post-natal peut être réalisé dans des stages hospitaliers, en cabinet libéral, en maison de santé, en hospitalisation à domicile (HAD), ou encore dans des espaces territoriaux. Dans l'arrêté ministériel, une multitude de terrains de stages sont proposés mais non imposés. Cette nuance prend tout son sens dans notre étude. Car, c'est au « bon vouloir » des sites de formation maïeutique que des terrains de stage sont présentés ou non aux étudiantes sages-femmes. Cette réglementation crée des disparités de formation entre les écoles de sages-femmes et peut restreindre certains étudiantes sages-femmes dans leur expérience professionnelle au cours de leur formation initiale.

#### 3.1.1 Terrains de stage

Lors de nos entretiens, plusieurs sages-femmes ont justement dénoncé certains choix de leur école concernant les terrains de stages. Particulièrement les sages-femmes diplômées de Grenoble ont déclaré que les stages en libéral n'étaient possibles qu'à partir de la cinquième année : « *avant la Ma5<sup>2</sup>, on n'a pas de stages de libéral obligatoire et on ne peut même pas en demander, c'est ça qui est terrible* » nous confie Diane (24 ans, en concubinage, sans enfants). Elle nous explique même que les étudiantes sages-femmes exprimaient le désir d'obtenir davantage de stages en libéral : « *et les étudiants étaient demandeurs de faire des stages en plus en libéral dès la troisième année* ». Cette demande n'avait

---

<sup>2</sup> Le terme Ma5 correspond au statut d'une élève sage-femme en 5<sup>ème</sup> année d'études de cursus de maïeutique et plus précisément la 2<sup>ème</sup> année du deuxième cycle.

pu être acceptée par la direction sous motif que c'était « *dans le règlement des études* ». L'utilisation du terme « *terrible* » par Diane (24 ans, en concubinage, sans enfants) reflète l'intensité des émotions qu'elle a pu éprouver face à l'incapacité de faire des stages en libéral avant la Ma5. Manon (23 ans, célibataire, sans enfants), sage-femme libérale, nous témoigne même son sentiment de libération quand elle a pu avoir l'opportunité d'aller en stage ailleurs qu'en milieu hospitalier : « *en Ma5 ce sont les premiers stages qu'on choisit. Et ça, c'était une vraie libération, déjà pour moi de choisir les stages* ». Cette situation semble regrettable d'après nos enquêtées. Les écoles de sages-femmes, ne permettant pas l'accès aux terrains de stage en libéral et n'ouvrant donc pas tous les champs du possible qu'offre la profession de sage-femme. En considérant les évolutions de la profession de sage-femme vers le secteur du libéral, ne risquerions-nous pas de compromettre la formation initiale des futures sages-femmes diplômées en gardant ce système de formation ? La formation initiale des étudiantes sages-femmes serait-elle inadéquate face aux perspectives du virage ambulatoire.

Grace à la nouvelle loi promue le 25 janvier 2023 visant à faire évoluer la formation de sage-femme, le statut de Maître de Stage Universitaire (MSU) en maïeutique a été adopté (44). Celui-ci a pour objectif d'accompagner les étudiantes sages-femmes dans leur formation tout en ayant une responsabilité administrative, pédagogique et de soutien relationnel et social. Le statut de MSU espère permettre un meilleur encadrement des étudiantes sages-femmes, pendant leurs stages dans les secteurs du libéral et de l'hospitalier. Pour transmettre un apprentissage et une formation de qualité aux étudiantes sages-femmes, les sages-femmes libérales, territoriales et hospitalières pourront suivre une formation spécialisée pour devenir MSU. Ainsi, les opportunités de stages dans le secteur du libéral tendent à augmenter. Les écoles de sages-femmes actuellement réticentes à envoyer les étudiantes en stage chez des sages-femmes libérales se verront peut-être changer de point de vue avec ce nouveau statut de MSU.

En plus de restreindre les stages en secteur du libéral, certaines écoles vont même jusqu'à axer certains stages en hospitalier. Il semble alors important de définir l'organisation des maternités en France. La DREES définit différents types de maternité en France : « *Un établissement est dit de type 1 s'il possède un service d'obstétrique, de type 2A s'il a aussi un service de néonatalogie sur le même site que le service d'obstétrique, de type 2B s'il a aussi un service de soins intensifs néonatals et de type 3 s'il dispose, sur le même site que le service d'obstétrique, des trois services précédents (obstétrique, néonatalogie et soins intensifs néonatals) ainsi que d'un service de réanimation néonatale* » (45). Selon quelques sages-femmes rencontrées (n=3), des lieux de stages semblent être privilégiés dans certains types d'établissement plus que d'autres. Les enquêtées ont soulevé différentes problématiques liées aux terrains de stages qu'elles ont expérimenté lors de leur formation initiale.

Pour Céline (23 ans, célibataire, sans enfants), sage-femme hospitalière en type 1, les stages ont été restreints globalement qu'à des centres hospitaliers de type 3 et 2B, ce qui selon elle influencerait donc l'orientation des sages-femmes après leur diplôme : « *ils favorisent vachement les niveaux 3 et 2B,*

*ce qui fait que quand même, dans ma promo, on a remarqué qu'il y a beaucoup de filles qui s'orientent vers ces niveaux-là, où elles ont fait la majorité de leurs stages au final, au détriment des niveaux 1 ».*

Manon (23 ans, célibataire, sans enfants) nous exprime elle aussi ce sentiment : « *de toute façon on nous bride sur l'hospitalier. Sur le milieu hospitalier et sur être sage-femme de cette manière-là, comme plus aussi être sage-femme en niveau 3 qu'en niveau 1* ». Les lieux de stages privilégiés par les sites de formation semblent alors les maternités de haut niveau, donc de type 3, à défaut des terrains de stage dans des établissements de type 1, ou des maisons de naissance ou encore des plateaux techniques.

Iris (23 ans, célibataire, sans enfants) sage-femme hospitalière en type 3, nous confie même le regret de ne pas avoir pu accompagner assez de femmes accouchant sans analgésie péridurale au cours de sa formation, elle pense que c'est une « *faute à pas de chance* » et ne remet pas en question les choix de l'école sur les terrains de stage. En revanche, elle nous mentionne n'avoir jamais fait de stage en maternité de type 1 jusqu'en mars de sa dernière année : « *j'ai fait que des 2B et des 3 jusqu'à mars de ma Ma5* ». Iris (23 ans, célibataire, sans enfants) nous livre avoir eu des préjugés avant d'aller en stage dans une maternité de type 1. Et finalement celui-ci a été une révélation pour elle : « *J'avais décidé que je travaillerais en niveau trois, que moi je n'étais pas du tout une sage-femme de physiologie, que je n'aimais pas ça, que les accouchements sans péri, je n'en avais pas trop vu et que ça me faisait un peu chier. Donc j'y suis allée un peu avec des préjugés. Et en fait là, ça a complètement changé ma perception de l'obstétrique. J'ai adoré travailler en niveau 1. Je me suis rendue compte que c'est comme ça que j'aimais bosser. Je n'aimais pas bosser à la chaîne, imposer des péris, mettre du synto [ocytocine] à tout le monde et c'était pas du tout quelque chose qui me plaisait. Ça a été un peu un déclic qui est tardif finalement.* » Elle nous explique aussi par la suite, qu'elle travaille actuellement dans un type 3 parce qu'elle avait déjà été embauchée quand elle a réalisé ce stage en maternité de type 1. Mais cette expérience lui a permis de voir les choses autrement et sûrement de modifier ses pratiques professionnelles. D'ailleurs, Iris (23 ans, célibataire, sans enfants) nous précisera plus tard dans l'entretien que son contrat dans l'établissement de type 3 ne sera pas renouvelé et elle cherchera ultérieurement un poste de sage-femme dans un établissement de type 2A.

Cet exemple d'Iris nous montre bien ici que les expériences professionnelles vécues pendant la formation initiale ont un impact prédominant (n=7) sur l'orientation prise après l'obtention du diplôme.

Le choix des terrains de stage jusqu'à la fin de la formation n'est pas anodin et aura une incidence sur la suite. Qu'en est-il des apports théoriques et des cours magistraux transmis pendant la formation initiale ?

### 3.1.2 Apports théoriques et cours magistraux

Les cours magistraux délivrés aux étudiantes sages-femmes influencent également l'orientation des sages-femmes.

Barbara (23 ans, célibataire, sans enfants), sage-femme hospitalière, nous déclare avoir peu de cours sur les pratiques libérales notamment au sujet de la rééducation périnéale : « *on n'a pas assez de cours sur tous ce qui est rééducation, etc, on n'est pas formé clairement au libéral c'est sûr, on n'est pas du tout assez armé* ». Cette répétition de négativation renforce d'autant plus cette idée d'insuffisance de cours magistraux et travaux pratiques sur le secteur du libéral. Karine (26 ans, en concubinage, sans enfants) nous manifeste son mécontentement sur le manque d'apport théorique en vue d'une installation en libéral. L'accompagnement de l'école dans son projet professionnel semble inexistant puisqu'elle nous précise avoir dû se renseigner « *seule* » : « *à l'école, ils mettent vraiment pas du tout du tout l'accent sur le libéral. Si tu veux te renseigner, il faut te renseigner tout seul. Vraiment, il faut attendre le bout de la cinquième année pour avoir un comptable qui vient t'expliquer vaguement ton régime d'imposition et quand même la présidente de l'Ordre qui vient te donner quelques informations. Ça je trouve que c'est dommage. Je leur en veux un peu. Il y en a quand même beaucoup qui partent en libéral après. Et puis, ce n'est pas évident. Au contraire tu as tout à apprendre !* ». D'ailleurs, la plupart des sages-femmes libérales interrogées disent avoir appris sur le terrain en ce qui concerne les démarches administratives et la gestion d'un cabinet. En plus de favoriser l'expérience professionnelle hospitalière pendant la formation initiale, les sages-femmes rencontrées (n=5) estiment que les écoles de sage-femme n'apportent pas suffisamment de notions théoriques sur le secteur du libéral. Selon les propos de Karine (26 ans, en concubinage, sans enfants), il semble même que cette démarche serait « *volontaire* ».

Céline (23 ans, célibataire, sans enfants), sage-femme hospitalière nous indique aussi que les cours sont exclusivement centrés sur les pratiques hospitalières traditionnelles et trouve dommage que d'autres formes d'exercice ne soient pas exposées : « *le travail en maison de naissance (MDN), en plateau technique, tous ces lieux d'exercice finalement, qu'on n'ouvre pas vraiment à l'école d'un point de vue théorique* ». En France, la légalisation et l'expérimentation des MDN est possible depuis 2013. L'émergence de nouvelles façons d'appréhender la naissance et d'accompagner les femmes dans le parcours de la maternité sont des enjeux actuels pour les sages-femmes françaises. Or, si pendant nos études nous n'y faisons pas face, est-il possible de répondre aux demandes des femmes souhaitant se renseigner voire accoucher au sein de ces structures ?

D'ailleurs, dans l'arrêté ministériel qui encadre les études de sage-femme, le terrain de stage des MDN n'est pas cité une seule fois. Cependant, il existe actuellement neuf MDN en France (46), ce sont des structures autonomes qui sont sous la responsabilité exclusive des sages-femmes. Ce paradoxe entre l'absence de théorie et de pratique pendant la formation initiale sur les MDN et la responsabilité exclusive qu'ont les sages-femmes dans les MDN, pose question. Les programmes de formation aux

études de sage-femme semblent presque obsolètes. Au vu des changements actuels dans notre profession, y aura-t-il prochainement une adaptation de la formation des étudiantes sages-femmes ? Les études de maïeutique sont amenées à changer, notamment grâce à la loi du 25 janvier 2023 visant à faire évoluer la formation de sage-femme (47). Cette loi permet la création d'un troisième cycle d'études de maïeutique et prévoit parallèlement une révision des référentiels de formation des premier et deuxième cycle. La formation permettra aux étudiants sages-femmes d'être mieux préparés aux nouvelles compétences et à la diversité des modes d'exercice.

Manon (23 ans, célibataire, sans enfants) souligne que les étudiantes sages-femmes sont évaluées principalement sur les pratiques hospitalières : « *on nous apprend à être sage-femme en hospitalier, c'est tout. On sera sûrement des très bonnes sages-femmes en hospitalier, mais on nous apprend que ça et on nous évalue aussi que sur ça* ». Néanmoins, nous savons qu'en 2021 il y avait 59% de sages-femmes exerçant exclusivement en hospitalier et 34% en libéral (1). Le taux de sages-femmes libérales ne fait qu'augmenter et tend quasiment vers une égalité entre le mode d'exercice libéral et hospitalier des sages-femmes en 2050. Ainsi, il semblerait intéressant de changer et/ou d'ajouter des modalités d'évaluation des futures sages-femmes qui auront autant de probabilité d'exercer à l'hôpital qu'en libéral. Diane (24 ans, en concubinage, sans enfants) rajoute : « *on est vraiment formé à l'hôpital de A à Z. C'est bête, mais presque tous nos cours sont donnés par des médecins. Les seuls cours donnés par des sages-femmes sont pour la plupart considérés comme supplémentaires et sur lesquels on n'est même pas forcément évalué* ». La profession de sage-femme espère que la loi du 25 janvier 2023 permettra d'adapter leur formation au contexte actuel. La profession tend à être une profession dite « *libérale* » De fait, les sages-femmes ont beaucoup appris de l'activité hospitalière et ont évolué en faveur de la santé des femmes. De nouvelles compétences leur ont été attribuées et de nouvelles possibilités d'exercice ont vu le jour.

Au regard des données de notre enquête et de certaines sages-femmes rencontrées, les apports théoriques et les cours magistraux semblent ainsi être en quantité et qualité insuffisante. Plusieurs de nos enquêtées ont d'ailleurs mentionné une volonté de la part de certains sites de formation maïeutique de former majoritairement au secteur hospitalier.

### 3.1.3 « Politique de l'école »

Nous avons demandé à nos enquêtées lors de nos entretiens si le contenu de leur formation initiale, tant sur le plan théorique que pratique, leur ont permis, selon elles, de réaliser un choix libre et éclairé sur le processus décisionnel de leur premier lieu d'exercice. La majorité (n=13) ont répondu que c'était une décision prise en toute liberté. Cependant, plusieurs d'entre elles (n=5) ont soulevé spontanément des points de discussion qui conduisent à nuancer les données recueillies.

Six sages-femmes ont évoqué « *la politique de l'école* ». Elles ont exprimé le fait que, selon elles, les sites de formation étaient orientés vers le modèle hospitalier et globalement fermés à l'idée au modèle libéral. Barbara (23 ans, célibataire, sans enfants) souligne particulièrement l'idée selon laquelle son école aurait tendance à stéréotyper le rôle des sages-femmes en le limitant à la pratique hospitalière. Elle énumère également les différents terrains de stage effectués avant la cinquième année pour illustrer ce point : « *C'est leur politique. Je pense que c'est un peu ce qu'on pense de la sage-femme, que la sage-femme fait de la salle. On fait des stages de salle, on fait des stages d'UME (Unité Mère-Enfant) et un peu de consultation mais consultation à l'hôpital quoi* ». Justine (26 ans, célibataire, sans enfants), sage-femme libérale, nous confie même que son école lui a imposé de réaliser son dernier, stage avant le diplôme, en hospitalier. Et pourtant, son projet professionnel était d'exercer en libéral : « *l'école nous a orienté beaucoup plus pour un travail hospitalier. D'ailleurs, mon dernier stage de ma cinquième année, j'ai dû le faire en hospitalier* ». Cette situation semble inadéquate entre le projet professionnel et l'orientation de certains sites de formation en maïeutique qui favorisent et axent nettement leur formation sur l'exercice hospitalier. En privilégiant une pratique hospitalière accrue, l'école crée un déséquilibre dans la formation des étudiantes.

D'autres sage-femmes dénoncent cette « *politique de l'école* » qui consisterait à inciter les jeunes diplômées à exercer en hospitalier, quel que soit le projet professionnel de l'étudiante. Alice (24 ans, célibataire, sans enfants), sage-femme hospitalière, témoigne : « *l'exercice libéral ou autre, tout ce qui est sage-femme de PMI (Protection Maternelle et Infantile), tout ça, ce n'est pas la politique de l'école. La politique de l'école, c'est un peu de nous mettre quand même dans les hôpitaux parce qu'il y a besoin de monde* ». En effet, de nombreuses maternités en France souffrent du manque de personnel, précisément de sages-femmes. Afin de retrouver une attractivité pour l'hôpital, certains établissements ont même dû mettre en place des Contrats d'Allocation d'Etudes (CAE). Les CAE engagent des étudiantes sages-femmes à travailler dans leur établissement, après l'obtention de leur DE, pour une durée déterminée (souvent aux alentours de 18 mois) et en contrepartie l'établissement reverse une allocation à l'étudiante (pouvant aller jusqu'à 1500 euros par mois). Garance (23 ans, en concubinage, sans enfants), sage-femme hospitalière, a décidé de signer un CAE pendant ses études. Elle nous a fait part de ses motivations qui l'ont amenée à signer celui-ci : la sécurité de l'emploi : « *Sécuritaire, aussi, par le fait d'avoir un job pendant un an et demi* », elle nous confie aussi : « *Je pense qu'il n'y aurait pas eu ce contrat-là, peut-être que j'aurais fait quelques mois ici. Et puis après, peut-être que je serais partie. Je ne sais pas. Pour moi, c'était bien de travailler un an et demi dans un même endroit, sans se préoccuper de ce qui va se passer par la suite* ». Le fait de « *connaître les locaux* » et d'avoir un « *complément de salaire* » pendant ses études étaient aussi des arguments de taille garantissant une sécurité économique. Pour Garance (23 ans, en concubinage, sans enfants), le CAE est un bon compromis permettant d'allier stabilité et rémunération pendant ses études.

À l'inverse, Diane (24 ans, en concubinage, sans enfants) sage-femme libérale, nous a partagé son point de vue au sujet des CAE. Au sein de notre étude, l'orientation des sages-femmes après l'obtention de leur DE est au cœur de notre problématique. Le CAE fait partie d'une des orientations possibles pour les sages-femmes nouvellement diplômées. Il semble alors particulièrement pertinent de confronter des avis disparates sur ce sujet. Diane (24 ans, en concubinage, sans enfants) compare le CAE à de « *l'exploitation* ». Elle nous confie être consciente de la précarité étudiante et de la nécessité pour certains d'adhérer à un CAE pour vivre. Cependant, elle souligne que les CAE ne sont pas une solution durable au manque de personnel dans les hôpitaux et ne résolvent pas les causes de la précarité étudiante : « *Mais dans ma vision un peu utopiste du monde en fait. Pour moi, il faudrait juste qu'on soit payé comme des stagiaires et on n'aurait pas besoin d'avoir un CAE. On est payé 1 € de l'heure en tant qu'étudiant. C'est scandaleux en fait. Et le CAE c'est mettre un pansement sur une plaie ouverte et qui a besoin d'une suture quoi. Donc ça ne sert à rien, et par contre ça aide bien les hôpitaux. Et en fait on devient les esclaves des hôpitaux parce qu'on signe les CAE et après tu es obligé de rester et voilà.* » Le CAE permettrait alors une liberté financière à l'étudiant. Néanmoins il irait à l'encontre d'une liberté du choix du premier lieu d'exercice.

Du reste, les équipes pédagogiques pouvaient parfois manifester des réticences à certains projets professionnels, notamment pour les étudiantes qui souhaitent exercer en libéral ou même dans des établissements de petite taille après le diplôme. Emeline (23 ans, en concubinage, sans enfants), sage-femme hospitalière, en témoigne : « *si on veut faire du libéral directement après ou qu'on veut bosser dans une petite structure, on sent que certaines personnes de l'équipe sont un peu réticentes.* » Elle continue en essayant de nous expliquer les raisons pour lesquelles les équipes pédagogiques seraient réticentes. Il semblerait que ce soit une question d'expérience. Toutefois, comme le souligne Emeline (23 ans, en concubinage, sans enfants), l'expérience à l'hôpital ne garantirait peut-être pas une compétence accrue dans le secteur du libéral : « *ils prenaient souvent l'exemple du rythme cardiaque foetal. Il faut en voir et en lire beaucoup des rythmes cardiaques pour pouvoir être à peu près à l'aise là-dessus. Mais d'un autre côté, je trouve qu'en libéral, c'est complètement un autre job. On ne fait pas du tout la même chose, on n'a pas du tout la même approche.* »

A travers cette « *politique de l'école* », certaines étudiantes sages-femmes seraient amenées à intégrer cette notion que l'exercice en hôpital serait plus approprié que l'exercice libéral en sortie d'études. Fanny (29 ans, mariée, actuellement enceinte de son premier enfant), sage-femme libérale, nous raconte justement son cheminement de pensée qu'elle a pu avoir au long de ses études : « *J'ai vraiment un peu internalisé cette pression de commencer par l'hôpital, j'avais l'impression qu'on était obligé de faire de l'hospitalier. Donc, en fin de Ma4<sup>3</sup>, j'essayais vraiment de me projeter sur*

---

<sup>3</sup> Le terme Ma4 correspond au statut d'une élève sage-femme en 4<sup>ème</sup> année d'études de cursus de maïeutique et plus précisément la 1<sup>ère</sup> année du deuxième cycle

*l'hospitalier. Et puis après, en Ma5, je me suis dit : je ne vais quand même pas faire ça juste pour faire plaisir aux profs. »*

Par ailleurs, Alice (24 ans, célibataire, sans enfants), sage-femme travaillant à l'hôpital, mentionne au cours de notre entretien qu'une de ses camarades aspirant à une pratique en libéral était plus ou moins contrainte de maintenir la confidentialité autour de son projet professionnel afin d'éviter tous commentaire désagréable : « *elle devait un peu taire son projet professionnel parce qu'elle n'aimait pas qu'on lui dise « Vous êtes une... Il faudrait plutôt que... ». Elle ne s'est pas du tout sentie encouragée dans son projet.* »

Ces témoignages soulèvent des interrogations quant à la politique de l'école de sage-femme propre au cadre de notre enquête en imposant certains stages et cours et proposent, selon nos enquêtées, peu d'ouverture à l'évolution de la profession de sage-femme. Cette orientation semble participer à contraindre les étudiantes rencontrées à renoncer à leur individualité. Comment sont-donc-vécues les études de sage-femme ?

## 3.2 Les études de sage-femme rythmées de stages et de leurs difficultés

Nous venons donc de voir que les écoles de sages-femmes jouent un rôle important dans la construction du projet professionnel des étudiantes. Elles influencent ainsi l'orientation qu'elles choisissent après l'obtention de leur DE. Cependant, les expériences professionnelles pendant les stages semblent également exercer des répercussions sur le processus décisionnel concernant leur premier lieu d'exercice.

### 3.2.1 Vécu des études

Le vécu des études et plus précisément des stages apparaît comme crucial dans l'élaboration du premier choix professionnel. Nous savons que les études dans les filières de santé sont particulièrement difficiles et notamment la filière maïeutique. Un rythme soutenu et alternant stages et cours cadence les études de sage-femme : « *en résumé c'étaient des études très intenses, très difficiles mais cela reste quand même passionnant.* », Emeline (23 ans, en concubinage, sans enfants). Ces études durent cinq ans mais sont d'une densité et intensité telles que le bien être étudiant est mis en jeu. En effet, grâce à l'enquête bien être réalisée par l'Association Nationale des Etudiant.es Sages-Femmes (ANESF) (48), il a été révélé que huit étudiant.es sur dix se sentent plus stressé.es depuis l'entrée en formation, 28,90% considèrent que la formation ne permet pas de s'épanouir. Ces constats sont alarmants. Au sujet des stages, 61% ressentent de la maltraitance en stage dont 59,29% moralement, 38,14% verbalement et 2,57% physiquement.

Au cours de nos entretiens, nous avons justement posé la question du vécu des études ainsi que des stages. Certaines réponses ont été préoccupantes. L'analyse sémantique des entretiens révèle que le champ lexical de l'anxiété est proéminent. Plusieurs mots se répètent et reviennent dans les discours de différentes sages-femmes. Le mot « *stress* » revient en tout soixante-quinze fois sur quatorze entretiens. Nous retrouvons aussi les mots « *horreur* », « *horrible* », « *pression* », « *enfer* », « *compliqué* », « *dur* », « *dense* », « *peur* », « *cauchemar* », « *boule au ventre* », « *difficile* », etc. À cela s'ajoute des superlatifs tels que « *hyper stressant* », « *très difficile* », « *ultra dense* » qui accentuent le côté compliqué des études. Nous retrouvons aussi de la négation tel que « *pas facile* ».

Ce vécu des études parfois compliquées peut mettre en danger la santé mentale des étudiantes sages-femmes. Les sages-femmes rencontrées nous témoignent alors quelques faits au sujet de leur santé mentale.

### 3.2.2 Santé mentale des étudiantes sages-femmes

Plusieurs sages-femmes ont par ailleurs évoqué l'idée d'arrêter leurs études. Les successions des périodes de cours puis des périodes de stage tout au long des études de sages-femmes sont des motifs légitimes d'épuisement moral et physique. Selon l'enquête réalisée par l'ANESF, parmi les étudiantes sages-femmes actuellement en formation, 27% ont déjà eu envie d'arrêter leurs études, avec pour raison principale (56,4%) « *je ne supportais plus la formation* » (49).

L'arrêt des études a été évoquée à plusieurs reprises (n=6) dans nos entretiens, synonyme d'une voie de soulagement, d'échappatoire à ce cercle vicieux. Surtout, lorsque les stages ne se passent pas bien, où on ne se sent pas bien accueilli par les équipes, où l'encadrement est plus que douteux avec une bienveillance parfois inexistante. Lola (24 ans, en concubinage, sans enfants) nous illustre une situation inconfortable : « *J'ai détesté tous mes stages à [...] parce qu'il y a eu une situation où j'ai été prise en grippe par une auxiliaire de puériculture devant tout le monde. J'y allais la boule au ventre* ». Céline (23 ans, célibataire, sans enfants) témoigne des doutes auxquels elle a dû faire face : « *quand ça ne se passait pas bien, je me disais : est-ce que je continue ? Mais si je ne continue pas, qu'est-ce que je ferai ?* ». Cette question sans réponse semble être le motif pour lequel elle n'a pas arrêtée ses études. Noémie (24 ans, célibataire, sans enfants), sage-femme hospitalière, nous livre aussi que sa quatrième année a été associée à de grandes remises en question sur le fait de poursuivre ses études. Mais comme Céline (23 ans, célibataire, sans enfants), Noémie (24 ans, célibataire, sans enfants) n'avait pas la réponse à cette question : si j'arrête, qu'est-ce que je fais par la suite ? « *C'est une année où je me suis posée beaucoup de questions, à savoir si ça me plaisait, si c'était bien ce que je voulais faire, si je voulais me réorienter, changer de métier, d'études, mais pour faire quoi ? Je n'en avais aucune idée.* »

Elle aborde également que si c'étaient des études à refaire, elle ne l'accepterait sûrement pas. La principale raison est la densité et l'intensité des études de maïeutique. « *De manière générale, si c'était à refaire. Je ne suis pas sûre que je le referai. Parce que ce sont quand même des études qui étaient super compliquées. Pas tant dans le sens compliqué au niveau théorique, même s'il y avait beaucoup, beaucoup de choses à apprendre, à connaître et à savoir, mais compliquées surtout sur le plan plutôt dense. C'est plutôt dense le mot, très, très dense et intense.*

- Barbara (23 ans, célibataire, sans enfants) nous confie : « *si je n'ai pas mon diplôme, je pense que je ne redoublerai pas alors que je sais que c'est ça que je veux faire* »
- Emeline (23 ans, en concubinage, sans enfants) nous livre : « *en Ma5 on se dit : j'en ai marre, vraiment faut pas que je me plante parce que j'ai envie de partir d'ici. Et à la fois, on se dit : c'est la dernière année, on va serrer les dents encore un peu et ça va aller* »
- Manon (23 ans, célibataire, sans enfants) nous dit : « *et s'il y avait un truc que je redoutais très très fort, c'était le redoublement, parce que je ne recommencerais pas une année comme ça (Ma5)* »

Ces extraits d'entretiens soulignent la mise en péril de la santé mentale de certaines étudiantes sages-femmes tout au long du cursus de formation en maïeutique. D'après le rapport réalisé par l'ANESF, sept étudiantes sages-femmes sur dix présentent des symptômes dépressifs (49). Lors de nos entretiens, nous posons la question du vécu des études avec quelques relances mais nous n'abordions pas précisément la notion de santé mentale. Or, celle-ci est apparue de multiples fois dans les réponses des enquêtées. Quatre sage-femmes ont explicitement mentionné la dégradation de leur santé mentale au cours de leurs études, avec notamment le diagnostic de « *dépression* », de « *trouble anxieux généralisé* » et de « *Burn out* ». Quelques-unes d'entre elles nous ont expliquées que l'apparition de ces pathologies ont été concomitantes avec le début des études de sages-femmes et les manifestations cliniques ont été les crises d'angoisse : « *c'est là que j'ai commencé à faire des crises d'angoisse* », ou « *c'est l'année où j'ai commencé les crises d'angoisse* ». Elles nous racontent que celles-ci ont pu s'empirer pendant les études, et ont notamment évoqué la maltraitance des étudiantes sages-femmes en stage.

### 3.2.3 Maltraitance

La maltraitance est définie dans le Code de l'action sociale et des familles (50) :

« *La maltraitance au sens du présent code vise toute personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action compromet ou porte atteinte à son développement,*

*à ses droits, à ses besoins fondamentaux ou à sa santé et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement. Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non. Leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle. Les violences et les négligences peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein de ces situations. »*

Dans notre étude, il a été décrit uniquement des maltraitances psychologiques envers les étudiantes sages-femmes. Nous avons pu soulever dans nos entretiens plusieurs situations marquantes. L'humiliation en fait partie : « *j'ai été prise en grippe par une auxiliaire devant tout le monde* », ou « *on me faisait des réflexions devant la patiente* », ou bien « *j'ai pu subir de l'humiliation, de l'irrespect, de la négligence* ». Ou encore l'exclusion, se traduisant par le fait de manger seule, ou d'effectuer des corvées inappropriées : « *je n'étais pas invitée dans le bureau pour manger* », « *je mangeais toute seule dans un coin, on ne m'adressait pas la parole* », « *j'étais un peu le larbin du service* », « *je devais faire des tâches ingrates* », « *être la petite main ou la sous-merde* », « *j'étais le sous-fifre de la sage-femme* ».

Outre les maltraitances des étudiantes sages-femmes, les violences obstétricales et gynécologiques ont également été dénoncées pendant nos entretiens. Ces situations ont marqué à vie les étudiantes sages-femmes qui ont été témoins de ces événements. Elles nous délivrent, pour quelques-unes d'entre elles, les sentiments qu'elles ont pu ressentir ou ressentent encore :

- « *J'ai été témoin de violences<sup>4</sup> envers des patientes* », Manon, (23 ans, célibataire, sans enfants)
- « *J'ai vu énormément de violences de la part des médecins et même de certaines sages-femmes, et c'était hyper dur pour moi. Vraiment j'ai des souvenirs, des flashes horribles des patientes qui hurlaient, à qui on faisait une épisiotomie, ou qui hurlaient et le médecin qui n'attendaient pas que l'anesthésiste refasse le plein* », Diane (24 ans, en concubinage, sans enfants)
- « *Cela m'a choqué comment est-ce qu'ils ont traité cette patiente* », Héloïse (23 ans, célibataire, sans enfants)
- « *Un de mes pires stages, où il y a eu beaucoup de violences gynéco, tout ça. Et du coup, c'était très difficile de voir, on va dire, ce genre de choses et ce qu'il se passait.* », Manon, (23 ans, célibataire, sans enfants)

Les mots « *flashes* », « *choc* », « *témoin* » peuvent être le reflet d'un traumatisme. Il serait alors important de se demander si ces actes de violence ne causent pas des conséquences psychologiques préoccupantes chez les étudiantes rencontrées, les dissuadant ainsi d'exercer en milieu hospitalier.

Néanmoins, il est essentiel de mentionner que quelques sages-femmes (n=5) ont souligné que plusieurs stages s'étaient déroulés très positivement et leur avaient permis de mieux vivre leurs études.

---

<sup>4</sup> Nous avons mis en surgras les propos marquants des sages-femmes enquêtées.

### 3.2.4 Choix en négatif

Ces expériences professionnelles négatives forgent ainsi des sélections de certains terrains de stages où certaines étudiantes sages-femmes rencontrées ( $n=10$ ) n'envisagent alors pas de travailler. Cela semble une suite logique de ces situations d'accueil déplorable des étudiantes. Des choix en négatif se construisent alors sur leur décision de premier lieu d'exercice. En d'autres termes, les futures diplômées réfléchissent d'abord aux endroits où elles ne veulent pas exercer avant de déterminer leur premier lieu d'exercice. Nous pouvons citer :

- « *Je me suis dit : je ne bosserai pas là* », Alice (24 ans, célibataire, sans enfants)
- « *Jamais je ne travaillerai là-bas* », Garance (23 ans, en concubinage, sans enfants)
- « *J'ai dit : jamais de la vie je viens travailler là* », Noémie (24 ans, célibataire, sans enfants)
- « *Je me suis dit que je ne voulais pas remettre les pieds ici avec ces gens que je ne pouvais pas me blairer* », Karine (26 ans, en concubinage, sans enfants)
- « *Je n'aimais pas du tout la façon d'exercer. Je savais que je ne voulais pas aller travailler là-bas* », Céline (23 ans, célibataire, sans enfants)
- « *Mais plus jamais. Jamais je ne reviendrai ici. Je me suis dit : plus jamais tu ne remets les pieds là-dedans. Je pense que je me suis construite mon opinion en me disant : ça je veux, ça je ne veux pas*<sup>5</sup> », Héloïse (23 ans, célibataire, sans enfants)
- « *Et après, pour ce qui est de mon lieu d'exercice, je savais que je ne voulais pas travailler dans un environnement où je n'avais pas été bien en tant qu'étudiante. Parce que pour moi ça n'avait pas de sens* », Lola (24 ans, en concubinage, sans enfants)
- « *C'était beaucoup d'élimination. Pas d'hôpital, pas de... Je me suis un peu retrouvée là comme ça. Ce n'était pas le premier choix, honnêtement, du cœur non plus, ce job en libéral. C'était plus ce côté de : je voulais partir de l'hôpital et je voulais partir de la région. Et j'ai trouvé une région qui me plaisait* », Manon (23 ans, célibataire, sans enfants)
- « *Je savais que je ne voulais pas en hospitalier* », Diane (24 ans, en concubinage, sans enfants)
- « *Ne pas remettre les pieds à l'hôpital. Je n'avais pas envie d'être néo diplômée à l'hôpital parce que ça a l'air très difficile* », Fanny (29 ans, mariée, actuellement enceinte de son premier enfant).

Dix sages-femmes enquêtées sur quatorze nous témoignent de ce choix en négatif. Toutes, ne souhaitent pas travailler dans un lieu où elles ne se sont pas senties à l'aise que ce soit avec les équipes, avec les locaux ou encore avec les façons d'exercer pendant leurs études.

---

<sup>5</sup> Nous avons mis en surgras les propos marquants des sages-femmes enquêtées.

En outre, le secteur hospitalier se trouve particulièrement visé. De multiples arguments ont été amenés par les enquêtées envers l'hôpital. Il semblerait que l'hôpital ne soit pas toujours un lieu propice à l'épanouissement.

### 3.2.5 L'hôpital : un secteur d'activité en déclin ?

La hiérarchie, la rentabilité, l'ambiance au sein des équipes, la technicité et la surmédicalisation sont des notions qui sont ressorties plusieurs fois au cours de nos entretiens. Ces aspects peuvent faire de l'hôpital un secteur d'activité en déclin. La profession de sage-femme peut en être particulièrement impactée.

La hiérarchie hospitalière est actuellement le système prédominant de fonctionnement. Chaque professionnel de santé appartient à un corps de métier. Chaque corps de métier joue un rôle bien défini dans l'organisation hospitalière. Toutes les activités sont régies par des protocoles afin de garantir un fonctionnement optimal.

De plus, la hiérarchie hospitalière correspond à une relation de subordination entre des individus. Cette relation peut ne pas convenir à certains individus ou être en désaccord avec certaines de leurs valeurs. Certaines sages-femmes enquêtées nous ont fait part de leur point de vue. Cette hiérarchie a pu être ressentie dès les études. Alice (24 ans, célibataire, sans enfants) nous témoigne une « *relation d'éducation des sages-femmes envers nous* » qu'elle n'appréciait vraiment pas. Karine (26 ans, en concubinage, sans enfants), dans le même principe, nous explique que des sages-femmes dispensaient des « *leçons* » aux étudiantes même sur des sujets qui n'étaient pas en rapport avec les études : « *c'était tout le temps dans le donnage de leçons, même sur des trucs qui n'avaient aucun rapport* ». Fanny (29 ans, mariée, actuellement enceinte de son premier enfant), nous exprime que « *l'hôpital est infantilisant* » et n'affectionnait pas « *cette relation de subordination à une cadre* ». De plus, quelques sages-femmes précisent le souhait d'être indépendante sur les pratiques professionnelles, sur le choix des horaires et des vacances :

- « *En fait, tu vois le côté salariat où on te dit à quelle heure tu travailles, où on te dit quand c'est tes vacances, c'est un truc dans lequel moi je n'ai jamais grandi et qui me paraît complètement insensé* », Karine (26 ans, en concubinage, sans enfants)
- « *Ne pas me sentir indépendante à l'hôpital, de devoir faire un petit peu comme mes collègues faisaient, de devoir justifier quand je fais un acte, d'avoir une certaine pression de la part d'autres professionnels, de devoir supporter certains collègues, une certaine ambiance à l'hôpital qui ne crée pas forcément une bonne ambiance* », Justine (26 ans, célibataire, sans enfants)

- « *Choisir mes horaires, négocier comment je vais travailler. Il n'y a pas ce rapport-là, hiérarchique, que tu peux avoir avec les cadres* », Lola (24 ans, en concubinage, sans enfants)

Par ailleurs, il a été mentionné plusieurs fois au cours de nos entretiens le rythme et la rentabilité du milieu hospitalier. Les mots « *usine* », « *à la chaîne* » sont revenus une dizaine de fois pour qualifier l'activité soutenue de certains centres hospitaliers. Cela pose question sur la manière dont sont pris en charge les patientes et les nouveau-nés. Nous sommes loin de la philosophie d'une femme = une sage-femme comme a pu l'évoquer Anna Roy (Annexe 7).

En France, les établissements de santé constituent un ensemble de structures qui se différencient par leur statut juridique, leurs missions et activités, ainsi que par leurs modes de financement (51). Il existe trois catégories d'établissements de santé : les établissements publics, les établissements privés à but non lucratif et les établissements privés à but lucratifs. Dans nos entretiens, des sages-femmes ont différencié l'activité dans des structures privées ou publiques. Il a pu être mentionné la cotation des actes avec notamment le dépassement d'honoraires pour les médecins gynécologues obstétriciens dans les établissements privés : « *il faut qu'il soit dans la pièce au moment de l'accouchement parce que comme ça il cote l'accouchement* ». Diane (24 ans, en concubinage, sans enfants) nous confie que « *l'ambiance clinique* » lui déplaîtait, notamment avec « *la rentabilité de la machine qui rentrait beaucoup en jeu* ». Elle déclare : « *moi je ne comprends pas qu'on capitalise le corps des femmes comme ça* ».

De plus, la technicité et la surmédicalisation ont pu être dénoncées dans les pratiques hospitalières. La surmédicalisation correspond à un excès de prise en charge médicale, sous plusieurs aspects : surdiagnostics, surtraitements, surdétections et aussi soins et prises en charge exagérées (52). Les témoignages suivants concernent uniquement des maternités de type 3. Des actes ont pu être relevés par certaines sages-femmes comme « *très interventionnistes* » alors qu'elles jugeaient cela pas nécessaire comme « *piquer des bébés à tout va* » déclare Emeline (23 ans, en concubinage, sans enfants) ou encore des « *protocoles ultra costauds* » considérés comme excessifs. Béatrice Jacques illustre ces faits dans son ouvrage *Naître à la maison* datant de 2016 (53). Cette surmédicalisation peut parfois engendrer des conséquences dites iatrogènes. Comme « *piquer des bébés à tout va* » peut aggraver un ictère néonatal ou encore être une voie d'entrée aux agents infectieux. Remettre en question certaines pratiques, c'est aussi peser la balance bénéfices/risques des actes réalisés. Ainsi, certains protocoles ou façons de faire peuvent être un des critères favorisants, ou pas, l'orientation vers un secteur d'activité plus qu'un autre des nouvelles diplômées sages-femmes.

Nous avons mis en évidence dans ce chapitre trois comment la formation initiale, via l'école de sage-femme et les stages, semble jouer un rôle essentiel dans la construction du processus décisionnel du premier lieu d'exercice. Afin de comprendre, dans sa globalité l'orientation des sages-femmes néo-diplômées, dans le chapitre quatre nous questionnerons pour finir le déroulement de leur recherche du premier emploi et leurs perspectives d'avenir.

# Chapitre 4 :

## De l'hospitalier au libéral



## 4.1 Un exercice hospitalier temporaire

La recherche du premier emploi a pu être la source de plusieurs questionnements et notamment pour les sages-femmes qui ont des perspectives dans un avenir plus ou moins proche d'exercer en libéral. Sur les quatorze enquêtées, neuf ont choisi comme premier lieu d'exercice l'hôpital et cinq le libéral.

### 4.1.1 L'hôpital comme premier lieu d'exercice

Le secteur hospitalier a principalement été choisi pour débuter leur expérience professionnelle. De multiples motivations ont conduit à cette orientation. Au cours de nos entretiens, « *l'ambiance de travail* » ou « *l'ambiance au sein des équipes* » ont été cités par toutes les sages-femmes ayant décidé d'exercer à l'hôpital. C'est le critère prédominant dans leur décision. Avec celui-ci, « *la sécurité* » a été mentionnée une multitude de fois (n=6). Ici, les enquêtées parlent de sécurité dans leur travail, notamment avec la présence de plusieurs personnels soignants dont un médecin de garde, Lola (24 ans, en concubinage, sans enfants) nous précise : « *pour moi la sécurité c'est être à plusieurs et de pouvoir s'entraider* » ou encore Noémie (24 ans, célibataire, sans enfants) qui considère qu' « *avoir les équipes sur place, je trouvais ça important* ». La situation géographique pouvait elle aussi être un paramètre pris en compte par les sages-femmes. Quatre sages-femmes ont évoqué également le fait de « *bien se former* » et donc de travailler à l'hôpital. A titre d'exemple, Barbara (23 ans, célibataire, sans enfants) nous livre qu'elle a décidé de débuter son exercice professionnel par une maternité de type 3, alors même qu'elle n'apprécie pas spécialement l'organisation et les façons d'exercer, mais bien pour être formée : « *c'est vrai que je suis allée en niveau 3, pas parce que j'aime le niveau 3 mais pour être formée du coup, parce que c'est dans la continuité de ce que je pense* ». De plus, Héloïse (23 ans, célibataire, sans enfants) nous rappelle le serment d'Hippocrate qui indique : « *Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission* » et déclare ainsi : « *je pense que la formation c'est au fur et à mesure et qu'il faut se donner les moyens de la formation, d'où le fait d'aller en niveau 3* ».

Il semblerait que la formation soit une justification au travail hospitalier. Une question plus générale se pose : est-il nécessaire d'exercer à l'hôpital pour être « *bien formée* » ? Une formation clinique n'est-elle possible ou souhaitable qu'en milieu hospitalier ?

### 4.1.2 Nécessité d'une expérience hospitalière ? Incompréhension des équipes

Pendant nos études, nous avons toutes et tous entendu de nombreuses sages-femmes considérer que l'expérience hospitalière était plus que nécessaire en début de carrière. L'argument premier est : « *se faire une expérience* ». Cette expérience hospitalière semble indispensable pour être une « *bonne sage-femme* », quel que soit le type d'exercice par la suite. Or, nous savons bien que l'activité hospitalière et l'activité libérale sont deux travaux différents. Nous savons également que l'une sans

l'autre, notre système de santé français ne fonctionnerait pas. L'activité libérale et l'activité hospitalière sont complémentaires. Elles permettent toutes les deux le soin et l'accompagnement de la santé des femmes. Cependant chacune d'elle pratique des actes différents.

Quelques sages-femmes libérales enquêtées nous ont confiées diverses phrases ou situations qu'elles ont pu vivre quand elles annonçaient leur orientation professionnelle. Manon (23 ans, célibataire, sans enfants) nous livre : « « *il faut se faire la main à l'hôpital avant de partir en libéral*<sup>6</sup>. » *Déjà rien que cette phrase dans tous les sens du terme, elle est horrible à entendre. C'étaient des réactions globalement comme celle-ci des sages-femmes hospitalières.* » Karine (26 ans, en concubinage, sans enfants) nous exprime aussi qu'elle a pu avoir à faire à des « *remarques un peu acerbes* » concernant son orientation professionnelle. Justine (26 ans, célibataire, sans enfants), elle, a pu vivre des situations désobligeantes avec une incompréhension totale des équipes pendant ses stages ainsi que l'absence de soutien et d'encouragement via les équipes pédagogiques. Elle nous confère avoir « *été mal vue* », « *mise de côté* », « *jugée* » quand elle évoquait son projet professionnel.

De plus, elle nous raconte : « *certaines sages-femmes considèrent que les bases de la profession de sage-femme, c'est la naissance. Comme en libéral on ne fait pas de naissance, sauf pour des cas particuliers, elles pensent que cela dénature la profession de faire du libéral. Moi ça je l'ai entendu* ». La persistance de l'idée que le cœur de la profession de sage-femme est la salle d'accouchement est une idée erronée et conservatrice. La sage-femme joue un rôle bien plus large que l'accouchement en lui-même. Ses compétences définies, lui permettent un suivi global et complet de la santé génésique des femmes. Ces représentations discordantes ne favorise pas la prise de confiance des sages-femmes dans leur choix d'orientation. Karine (26 ans, en concubinage, sans enfants) souligne même le doute que certaines sages-femmes ont pu créer en elle, elle s'est d'ailleurs demandée : « *mais quand-même peut-être qu'elles ont raison ? Peut-être qu'il faut en faire un peu (de l'hôpital) ? Alors que c'est complètement infondé comme remarque. Et puis après j'avais presque des petits remords : qu'est-ce qui va bien m'arriver ? Et je me suis dit ça va bien se passer.* » Certaines enquêtées pensent que c'était un peu de « *jalousie* » des autres sages-femmes n'ayant « *pas eu le cran* » de partir de l'hôpital. En revanche, quelques sages-femmes néo-diplômées ayant choisi comme premier emploi un exercice hospitalier, nous ont confié qu'elles n'étaient pas parties directement exercer en libéral pour plusieurs raisons.

#### 4.1.3 Attentes et réassurance de cet exercice hospitalier

Au cours de nos entretiens, plusieurs sages-femmes nous ont évoqué leur projet de partir, après leur exercice hospitalier, dans le secteur du libéral. Elles nous ont expliquées les raisons pour lesquelles

---

<sup>6</sup> Nous avons mis en surgras les propos marquants des sages-femmes enquêtées.

elles souhaitaient exercer d'abord à l'hôpital. Principalement, est ressorti l'argument de réassurance qui consiste à prendre confiance en soi. En effet, quelques sages-femmes nous ont notifié que ce manque ou cette perte de confiance pouvait découler de situations en stage complexes ou d'environnements qui ne favorisaient pas totalement la prise de confiance en elles. Garance (23 ans, en concubinage, sans enfants) témoigne : « *j'avais besoin de me réconforter dans tous mes choix auprès de mes collègues, chose que je ne pouvais pas avoir en sage-femme libérale. Concrètement l'hôpital c'était le choix de facilité numéro un* ». L'expérience et le travail en équipe semblent alors les clés de la réassurance. Alice (24 ans, célibataire, sans enfants) illustre notre propos : « *le côté libéral, moi, ce qui me faisait peur, c'est d'être un peu seule et de ne pas être sûre de moi et de trop me stresser. J'avais besoin d'un gros niveau pour commencer mon expérience pour me sécuriser* ». Nous comprenons ici, la nécessité d'être entourée et soutenue par son entourage professionnel, c'est-à-dire l'équipe pluridisciplinaire. Lola (24 ans, en concubinage, sans enfants) nous explique aussi que ce besoin de prendre confiance en elle devait être immédiat après l'obtention de son diplôme afin que le stress ne l'emporte pas : « *j'avais besoin de pratiquer et je savais que si je ne pratiquais pas tout de suite, ce stress n'allait que faire grandir* ».

De plus, comme décrit dans notre chapitre précédent, le choix des écoles concernant les terrains de stage et les cours magistraux décernés aux étudiants ne permettent pas toujours une formation diverse et variée. Notamment au sujet du secteur du libéral, Héloïse (23 ans, célibataire, sans enfants) nous dit : « *libéral : je ne me sens pas assez formée* ». La formation initiale des étudiantes sages-femmes semble inadéquate aux pratiques des sages-femmes de nos jours. Plus d'un tiers exercent aujourd'hui dans le secteur du libéral, et cette tendance ne fait que croître dans les prévisions (1). À quand une révision uniformisée des cours et de la répartition des terrains de stages ? Actuellement en plein changement de l'organisation des soins avec un virage ambulatoire proéminent, la formation maïeutique est amenée à être modifiée les prochaines années.

Il semble alors que l'exercice hospitalier soit un exercice temporaire et puisse être « *une étape* » ou « *un tremplin* » vers des perspectives professionnelles diverses et variées.

## 4.2 Perspectives : vers un exercice libéral ?

Nous avons ensuite demandé à nos enquêtées quelle(s) perspective(s) elles envisageaient pour la suite de leur parcours professionnel.

### 4.2.1 Les motivations pour un exercice libéral

Deux tiers des sages-femmes enquêtées qui ont choisi comme premier mode d'exercice l'hospitalier prévoient d'exercer en libéral dans un avenir plus ou moins proche. D'après la DREES, une sage-femme salariée âgée entre 26 et 34 ans a 4 % de chances chaque année de changer d'exercice (1) et de notamment partir exercer en libéral. Les motivations qui animent les sages-femmes souhaitant, un

jour, exercer dans le secteur du libéral sont multiples. Globalement, deux grandes catégories d'arguments sont ressorties : le type d'activité en libéral avec une relation privilégiée auprès des patientes et l'indépendance marquée par le choix des horaires de travail. Ainsi, le « *suivi global* », « *l'accompagnement sur le long terme* », « *une grande relation avec les patientes* », « *le dialogue* » et « *le suivi gynécologique* » ont été les idées phares de cette première catégorie d'argument. En effet, comme le précise Fanny (29 ans, mariée, actuellement enceinte de son premier enfant), sage-femme libérale, « *être maître de son temps et de la relation que tu construis avec les patientes* » est favorisé par l'activité libérale.

Dans la deuxième catégorie d'arguments avancés par les sages-femmes rencontrées, nous avons relevé un champ lexical impliquant la répartition du travail domestique et du travail productif. Les termes employés par les enquêtées, quand elles nous parlaient de leur projet de travail libéral, sont les suivants : « *un aspect de vie un peu plus confortable* », « *moins de contrainte horaire* » (Alice, 24 ans, célibataire, sans enfants), « *vie de famille* », « *s'occuper des enfants* » (Barbara, 23 ans, célibataire, sans enfants), « *cela dépend du nombre d'enfant* » (Héloïse, 23 ans, célibataire, sans enfants), « *choisir mes horaires* », « *vie personnelle* » (Lola, 24 ans, en concubinage, sans enfants), « *le pouvoir décisionnaire sur ton temps de travail* » (Karine, 26 ans, en concubinage, sans enfants) etc. D'après l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques), le temps de travail des femmes après la naissance d'un enfant diminue nettement et « *correspond davantage aux rythmes scolaires des enfants, avec par exemple un temps partiel le mercredi* » (54). Le lien entre le changement de travail et le début d'une activité libérale correspond généralement à un choix de vie qui se veut en meilleure adéquation avec la construction d'une famille.

Par ailleurs, l'intervalle de temps entre leur activité actuelle et la perspective d'exercer en libéral varie en fonction des sages-femmes. Généralement, cet espace-temps fluctue entre un et cinq ans. Comme Céline (23 ans, célibataire, sans enfants) est dans l'optique de rester « *au moins un an* » après son diplôme en structure hospitalière, ou encore Barbara (23 ans, célibataire, sans enfants) et Alice (24 ans, célibataire, sans enfants) se projettent « *cinq ans peut-être* » en milieu hospitalier.

Justine (26 ans, célibataire, sans enfants) sage-femme qui exerce en libéral, déclare : « *c'est quand même vachement plus cool que ce soit au niveau de la vie professionnelle qu'au niveau de la vie personnelle !* ». Il semblerait que la probabilité d'avoir un épanouissement professionnel ainsi que personnel soit considérée par nos enquêtées comme plus élevée dans le secteur du libéral. Cette représentation de l'activité libérale et de son articulation avec les sphères non-professionnelles – en particulier familiale – serait-elle liée aux conditions de travail, hospitalières et libérales, décrites préalablement ?

#### 4.2.2 Alternatives au libéral

D'autre part, plusieurs sages-femmes enquêtées nous ont spontanément livrées des souhaits d'exercice différents de l'exercice hospitalier ou de l'exercice libéral en cabinet. En effet, la profession de sage-femme ne se réduit pas à ces deux exercices principaux. Les sages-femmes peuvent exercer dans des Maisons De Naissance (MDN), comme nous avons déjà pu l'évoquer dans notre chapitre trois. Elles effectuent le suivi global des patientes ayant une grossesse simple sans pathologies. Les MDN ont une attractivité grandissante auprès des patientes mais également auprès des sages-femmes. Pour Lola (24 ans, en concubinage, sans enfants), sage-femme hospitalière, l'exercice en MDN serait un de ses objectifs de carrière, elle nous dit même : « *Mon grand rêve à moi, ce serait de travailler en MDN. C'est un peu mon but de vie, à long terme, de travailler en MDN.* » De plus, les plateaux techniques ont également été mentionnés. Le plateau technique offre la possibilité d'accoucher au sein de l'hôpital dans une salle dédiée tout en étant accompagnée par une sage-femme libérale (55). Céline (23 ans, célibataire, sans enfants) témoigne : « *c'est le compromis parfait où il y a du suivi global et tu fais les accouchements toi, tu restes dans la physiologie, mais en même temps tu n'es pas à domicile. Pour moi c'est le bon compromis de tout ça.* ». Une autre sage-femme, Alice (24 ans, célibataire, sans enfants), nous fait part de son envie d'exercer à la fois à l'hôpital et en libéral : « *Et après idéalement c'est d'avoir une activité mi-libérale, mi-hospitalière.* ». En France, le cumul d'activité pour les sages-femmes est réalisable sous certaines conditions, décrites dans le Code de la Santé Publique.

Par ailleurs, un nouvel exercice a été créé pour les sages-femmes dans les années 2000 : les Cellules Régionales des Transferts Périnataux (CRTP). Il en existe cinq en France. Elles ont pour objectifs de diminuer la mortalité périnatale, maternelle, la morbidité post-natale, et d'améliorer la prise en charge des grossesses en les orientant vers la structure la plus adaptée. Les CRTP travaillent en réseau. C'est-à-dire au sein d'un réseau de santé périnatale, qui sont souvent délimités par territoires. Dans la région AURA, pour exercer en tant que sage-femme à la CRTP, il faut minimum trois ans d'expérience hospitalière et si possible dans un établissement de type 3. Iris (23 ans, célibataire, sans enfants) nous confie son projet : « *il y a un projet que j'ai depuis des années, c'est que je veux bosser à la cellule de transfert.* ». Elle nous explique par la suite le fonctionnement de la CRTP et espère un jour pouvoir y accéder.

En outre, quelques sages-femmes nous ont évoqué d'autres modes d'exercices, notamment « *la PMI* », « *le planning familial* », « *l'orthogénie* », « *l'enseignement* », ou bien « *être salariée dans un centre de santé communautaire* », ou encore travailler dans « *une Maison des femmes* ». Les sages-femmes rencontrées dans le cadre de notre enquête tendent globalement toutes pour une évolution dans leur carrière, un changement de mode d'exercice ou encore même une reconversion professionnelle.

#### 4.2.3 Evolution sociétale : sage-femme pour une période transitoire ?

Nous avons cherché dans notre étude à comprendre le processus décisionnel conduisant à choisir un premier lieu d'exercice par des sages-femmes néo diplômées. Dans cette dernière partie nous proposons de comprendre ce qui pourrait les conduire à changer d'exercice professionnel.

Au cours de nos entretiens, plusieurs sages-femmes ont abordé une éventualité de reconversion professionnelle. Nous leur avons d'ailleurs, à toutes, posé la question si elles se projetaient sage-femme toute leur vie. Les réponses ont été globalement mitigées avec une incertitude souvent associée à un dilemme. Celui-ci met en jeu des facteurs favorisants et des freins à continuer la profession de sage-femme.

Les freins sont principalement rapportés au déplaisir d'exercer la profession qui pourrait être lié à de multiples causes. L'élément central concerne les « *conditions de travail* », la « *non-reconnaissance* » et le « *salaire* ». Nous avons même Barbara (23 ans, célibataire, sans enfants) qui nous dit que si elle changerait de profession ce serait pour devenir IDE : « *infirmière parce que je me dis que c'est la planque. On a moins de responsabilités, je rétrograde un peu mais je suis payée pareil* ». Ou alors, Manon (23 ans, célibataire, sans enfants) qui nous confie : « *Je ne serai pas sage-femme toute ma vie en soi* » et nous parle ainsi de son projet qui consisterait à travailler « *dans le domaine de la santé et pour les femmes* » mais dans une dimension plus « *politique en santé publique* ». Elle a aussi hésité pendant ses études à changer de parcours en postulant à « *Sciences Politique* », chose finalement qu'elle n'a pas faite. Cependant, il semblerait que la profession de sage-femme soit une étape ou un tremplin pour accéder à d'autres champs d'activités. D'ailleurs, dans les données du Dossier de presse de l'enquête bien-être 2023 réalisée par l'ANESF (48), met en exergue qu'un quart des étudiants sages-femmes envisage une durée d'exercice inférieure à quinze ans après l'obtention du diplôme.

Ce changement professionnel, quel que soit sa nature, pourrait également être le signe d'évolutions d'une représentation de la profession de sage-femme par les sages-femmes néo-diplômées et de transformations sociales plus générale qu'il serait pertinent de continuer à analyser. En effet, se reconvertir professionnellement pour les individus appartenant à la génération Z serait une source moindre d'appréhension. Le choix du libéral pour cette génération Z pourrait être lié au souhait de privilégier l'équilibre travail-famille afin de favoriser un épanouissement professionnel mais également personnel hors de la profession sage-femme, quel que soit le lieu d'exercice.

# Conclusion



Dans un contexte où le « virage ambulatoire » se majore, la profession de sage-femme prend un nouveau tournant : celui du libéral. Nous constatons d'après les chiffres de la DREES de plus en plus de sages-femmes récemment diplômées exercer immédiatement dans le secteur du libéral. Les professionnelles du terrain hospitalier sont les premières à réagir face à cette évolution. Une incompréhension est alors soulevée par plusieurs sages-femmes rencontrées. Notre étude est née en raison de cette réaction de quelques sages-femmes hospitalières envers leurs jeunes consœurs, s'orientant vers le libéral comme premier secteur d'exercice.

Grâce à notre étude qualitative, nous avons pu ainsi contribuer à comprendre comment s'est construit le processus décisionnel du premier lieu d'exercice des sages-femmes. Au cours de nos entretiens, nous avons été en mesure de mettre en évidence l'importance de l'environnement sociétal et familial de la sage-femme sur l'orientation professionnelle du premier lieu d'exercice. Le rôle du vécu des études de maïeutique - via le choix des écoles des terrains de stages et des apports théoriques dispensés aux étudiantes sages-femmes -, joue également un rôle fondamental sur l'orientation professionnelle des sages-femmes néo-diplômées rencontrées après leur diplôme.

De plus, notre étude met en évidence que la formation initiale des études de maïeutique devient inadaptée à la profession de sage-femme qui est en train de connaître un nouveau tournant concernant le lieu d'exercice : celui du libéral. Cette transformation modifie l'identité professionnelle des sages-femmes et remet ainsi en question des représentations sociales séculaires de la profession de sage-femme. L'idée que la sage-femme accompagne seulement la naissance devient obsolète. Leurs nouvelles compétences acquises au cours du XXI<sup>e</sup> siècle, leur permettent aujourd'hui un suivi global de la santé génésique des femmes. Le taux de sages-femmes libérales tendrait à continuer d'augmenter dans les années à venir. En 2050, elles atteindront quasiment le même taux de sages-femmes qui exercent en hospitalier (1).

Par conséquent, alors que la formation clinique des sages-femmes se déroulent principalement en secteur hospitalier, nous pouvons nous interroger sur l'adéquation de cette formation au tournant professionnel qui se dessine vers le libéral, et qui semble prendre de plus en plus de sages-femmes néo-diplômées. Le manque de stage en libéral, le défaut de cours liés à la pratique libérale prodigués aux étudiantes sages-femmes et l'incitation au travail hospitalier en première intention, vont effectivement à l'encontre de nombreux projets professionnels qu'ont les sages-femmes de nos jours. Avec l'ajout de la sixième année d'étude dans la filière maïeutique dès la rentrée 2024, y aura-t-il des changements significatifs dans l'organisation des terrains de stages et des apports théoriques au sein des écoles de sage-femme ? La diversité des projets professionnels des futures diplômées seront-ils soutenus par les équipes pédagogiques et les professionnels du terrain ?

Par ailleurs, le vécu des études et notamment des stages influence directement l'orientation du premier lieu d'exercice. Les stages principalement hospitaliers confrontent immédiatement les

étudiantes sages-femmes à un système hospitalier actuellement en crise, ce qui peut parfois s'avérer difficile à vivre, accentuant ainsi l'envie des sages-femmes néo-diplômées d'exercer ailleurs et de se diriger notamment vers le secteur du libéral.

Ces nombreux éléments mis en lumière sont également renforcés par les évolutions sociales concomitantes. En effet, les projets de carrière et la représentation de la profession semblent ne plus être les mêmes que les sages-femmes d'il y a 30 ans. Ces projets professionnels intensifient-ils alors le virage ambulatoire actuel ?

Pour conclure, notre étude s'est intéressée à la construction du processus décisionnel des sages-femmes néo-diplômées de l'année 2023 de la région AURA les conduisant à déterminer leur premier lieu d'exercice professionnel. Or, certaines étudiantes abandonnent et se réorientent en cours de parcours. En 2012 selon l'ANESF, 15% des étudiantes sages-femmes étaient confrontés à l'échec ou l'abandon des études de sages-femmes, et ce majoritairement en deuxième année (56). Il serait par conséquent pertinent d'interroger ces étudiantes, de comprendre comment se construisent ces nouveaux projets professionnels et de rechercher quels facteurs sociaux participent d'une telle réorientation.

# Références bibliographiques



1. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Monziols M, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? 2021;74.
2. Montazeau O, Bethuys J. Histoire de la formation des Sages-Femmes en France.
3. Faniel A. La sage-femme : particularités d'un métier vieux comme le monde. 2013;
4. Marie-France M. Histoire de la naissance en France (XVIIe-XXe siècle). ADSP Actual Doss EN SANTE PUBLIQUE. 2008;(61-62):22-8.
5. Sage Pranchère N. L'école des sages-femmes: naissance d'un corps professionnel 1786-1917. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2016. (Perspectives historiques).
6. Cavillon M. La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs [Internet]. France : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2012 mars p. 8. (Etudes et résultats). Report No.: 791. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er791.pdf>
7. Douguet F, Vilbrod A. La profession de sage-femme libérale et la loi HPST : entre espoirs et désillusions. In 2012. Disponible sur: <https://hal.science/hal-00958897>
8. Légifrance. Section 6 : Participation des sages-femmes aux activités d'assistance médicale à la procréation (Articles D4151-20 à D4151-24) - Légifrance [Internet]. 2012. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>
9. Direction des Affaires Juridiques. Décret n° 2023-737 du 8 août 2023 relatif aux compétences vaccinales des sages-femmes - APHP DAJDP [Internet]. Disponible sur: <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/décret-n-2023-737-du-8-aout-2023-relatif-aux-compétences-vaccinales-des-sages-femmes/>
10. Légifrance. Section 2 : Pratique des interruptions volontaires de grossesse dans les établissements de santé. (Articles R2212-4 à D2212-8-1) - Légifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>
11. HCSP. Virage ambulatoire : pour un développement sécurisé [Internet]. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2021 juin. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1078>
12. ONSSF. SAGE-FEMME CODE ROUGE.
13. Journal Officiel Sénat. Sénat. 2001. Grève des sages-femmes. Disponible sur: <https://www.senat.fr/questions/base/2001/qSEQ01040486G.html>
14. Grève des sages-femmes de 2013-2014. In: Wikipédia [Internet]. 2023. Disponible sur: [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Gr%C3%A8ve\\_des\\_sages-femmes\\_de\\_2013-2014&oldid=209917300](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Gr%C3%A8ve_des_sages-femmes_de_2013-2014&oldid=209917300)
15. UNSSF. Sages-Femmes / Appel à la grève les 22-23-24-25 octobre 2021 [Internet]. UNSSF - Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes. 2021. Disponible sur: <https://unssf.org/2021/10/16/sages-femmes-appel-a-la-greve-les-22-23-24-25-octobre-2021/>
16. Magnan G, Christine LAMIABLE. « Sage-femme, pourquoi une identité si fragile ? ». juill 2015;(217):15-8.
17. Hélène de GUNZBOURG. Naitre mère. L'Harmattan; 2014. 274 p.

18. Fray AM, Picouleau S. Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail. *Manag Avenir*. 2010;38(8):72-88.
19. Chadeau A, Fouquet A. Peut-on mesurer le travail domestique ? *Econ Stat*. 1981;136(1):29-42.
20. Marie-Agnès BARRERE-MAURISSON. Le sexe du travail: structures familiales et système productif. Presses universitaires de Grenoble. Grenoble; 1984. 320 p.
21. La formation aux professions de santé [Internet]. Disponible sur: [https://drees2-sgsocialgouv.opendatasoft.com/explore/dataset/491\\_la-formation-aux-professions-de-sante/information/](https://drees2-sgsocialgouv.opendatasoft.com/explore/dataset/491_la-formation-aux-professions-de-sante/information/)
22. La socialisation professionnelle : de l'orientation dans un métier aux possibles bifurcations professionnelles — Sciences économiques et sociales [Internet]. Disponible sur: <https://ses.ens-lyon.fr/articles/la-socialisation-professionnelle-de-lorientation-dans-un-metier-aux-possibles-bifurcations-professionnelles>
23. Gladin L. L'orientation professionnelle des étudiants sages-femmes en dernière année d'étude: vers plus de jeunes diplômés en libéral?
24. Laurent J. Les jeunes diplômées sages-femmes et l'exercice libéral [Internet] [other]. Université de Lorraine; 2014. p. 90. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01844100>
25. Glaser BG, Strauss AL, Soulet MH, Oeuvray K, Paillé P. La découverte de la théorie ancrée: stratégies pour la recherche qualitative. Paris: A. Colin; 2010. (Individu et société).
26. Beaud S, Weber F. Guide de l'enquête de terrain: produire et analyser des données ethnographiques. 4e éd. augmentée. Paris: la Découverte; 2010. (Grands repères).
27. Lasvergnas I. Contexte de socialisation primaire et choix d'une carrière scientifique chez les femmes. *Rech Féministes*. 1988;1(1):31-45.
28. Larousse É. Définitions : génération - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 27 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/g%C3%A9n%C3%A9ration/36537>
29. La langue française [Internet]. Définition de génération Z | Dictionnaire français. Disponible sur: <https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition/generation-z>
30. Génération Z : comment les attentes des femmes ont évolué - Informateur Judiciaire [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.informateurjudiciaire.fr/actualites/generation-z-comment-les-attentes-des-femmes-ont-evolue/>
31. Hortemel M, Montambeault C. La génération Z du Québec et sa vision du milieu du travail.
32. Moraldo D, Camille Peugny, Le destin au berceau. Inégalités et reproduction sociale. Lectures [Internet]. 2 avr 2013; Disponible sur: <https://journals.openedition.org/lectures/11102>
33. Larousse É. Définitions : soin, soins - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soin/73236>
34. Haute Autorité de Santé [Internet]. La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2835126/fr/la-bientraitance-definition-et-reperes-pour-la-mise-en-oeuvre](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835126/fr/la-bientraitance-definition-et-reperes-pour-la-mise-en-oeuvre)
35. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). Intrapartum Care: Care of Healthy Women and Their Babies During Childbirth [Internet]. London: RCOG Press; 2007.

(National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK49388/>

36. Larousse É. Définitions : féminisme - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/f%C3%A9minisme/33213>
37. Care [Internet]. Comment le patriarcat bafoue les droits des femmes ? | ONG CARE. Disponible sur: <https://www.carefrance.org/actualites/comment-le-patriarcat-bafoue-les-droits-des-femmes/>
38. #NousToutes [Internet]. Mur de femmages 2023. Disponible sur: <https://www.noustoutes.org/mur-femmages-2023/>
39. Sénat [Internet]. 2022. Revaloriser la profession de sage-femme. Disponible sur: <https://www.senat.fr/questions/base/2022/qSEQ220701149.html>
40. les parcours et la réussite en STS, IUT et PACES - état de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation en France n°16 [Internet]. Disponible sur: [https://publication.enseignementsup-recherche.gouv.fr/eers/T578/les\\_parcours\\_et\\_la\\_reussite\\_en\\_sts\\_iut\\_et\\_paces/](https://publication.enseignementsup-recherche.gouv.fr/eers/T578/les_parcours_et_la_reussite_en_sts_iut_et_paces/)
41. Bart D, Fournet M. Le projet professionnel et personnel des étudiants, assise de leur professionnalisation ? Rev Int Pédagogie L'enseignement Supér [Internet]. 10 mai 2010;26(1). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/ripes/314>
42. Arrêté du 19 juillet 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques.
43. La ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche. Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme. code de la santé publique mars 11, 2013.
44. Article 2 - LOI n° 2023-29 du 25 janvier 2023 visant à faire évoluer la formation de sage-femme (1) - Légifrance [Internet]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000047055164](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000047055164)
45. Fiche 24 - La naissance les maternités .pdf [Internet]. [cité 10 mars 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Fiche%202024%20-%20La%20naissance%20%20les%20maternit%C3%A9s%20.pdf>
46. DGOS. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024. Les maisons de naissance. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/article/les-maisons-de-naissance>
47. Lettre de la DAJ - Loi n° 2023-29 du 25 janvier 2023 visant à faire évoluer la formation de sage-femme [Internet]. Disponible sur: <https://www.economie.gouv.fr/daj/lettre-de-la-daj-loi-ndeg-2023-29-du-25-janvier-2023-visant-faire-evoluer-la-formation-de-sage>
48. ANESF. Dossier de Presse – EBE 2023 – ANESF – Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://anesf.com/dossier-de-presse-ebe-2023/>
49. ANESF. Enquête bien-être étudiant [Internet]. Semdee; 2018. Disponible sur: <https://anesf.com/3d-flip-book/dossier-de-presse-enquete-bien-etre-des-etudiant-e-s-sages-femmes-2018/>
50. Lolivier I. Santé Mentale. 2022. La maltraitance a désormais une définition juridique. Disponible sur: <https://www.santementale.fr/2022/02/la-maltraitance-a-desormais-une-definition-juridique/>

51. Les établissements de santé: cadre juridique et institutionnel [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-04/fiche1-5.pdf>
52. Juste M. Surmédicalisation. Pharm Hosp Clin. déc 2020;55(4):313-4.
53. Béatrice JACQUES. Naître à la maison. D'hier à aujourd'hui. érès. 2016. 400 p. (1001 bébés).
54. Kleven H, Landais C, Søgaard JE. Children and Gender Inequality: Evidence from Denmark. Am Econ J Appl Econ. 1 oct 2019;11(4):181-209.
55. ANESF. Fiche technique – Accouchement en plateau technique – ANESF – Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://anesf.com/fiche-technique-accouchement-en-plateau-technique/>
56. Engagement-n°12-sept 2012 ANESF [Internet]. Disponible sur: <https://anesf.com/wp-content/uploads/2018/08/Engagement-12-1.pdf>

# Annexes



## Annexe 1 : Courrier explicatif à destination des futur.es diplômé.es sage-femme de l'année 2023



## Annexe 2 : Trame d'entretien

Présentation succincte de l'enquêteur (moi).

Comme prévu dans la demande d'entretien,

- Cet entretien est anonyme.
- Vous avez la possibilité de vous retirer de l'étude à tout moment,
- Vous avez la possibilité de refuser de répondre à certaines questions posées,
- Vous pouvez avoir accès aux données vous concernant à tout moment.

Peut-on se tutoyer ?

J'aimerais enregistrer cet entretien, pour ne rien oublier et rester la plus fidèle par rapport à tout ce que vous allez me dire, es-tu d'accord ? Il n'y aura que moi qui écouterai l'enregistrement. Il sera détruit dès que mon étude sera finie.

Cet entretien n'est pas un interrogatoire. J'ai évidemment quelques questions à te poser, mais mon objectif est de discuter avec toi sur ton exercice professionnel en tant que sage-femme néo-diplômée.

**1/ Peux-tu me parler un peu de toi ?**

**2/ Peux-tu me retracer ton parcours scolaire jusqu'aux études de sagefemme ?**

**3/ Au début de tes études, est-ce que tu te projetais dans un certain type et/ou lieu d'exercice juste après avoir eu ton diplôme ?**

**4/ Peux-tu me raconter le déroulement des tes études de sages-femmes ?**

**5/ Comment s'est déroulée la recherche d'un premier emploi pour toi ?**

**6/ Quelles sont tes perspectives d'avenir ?**

Y a-t-il quelque chose que tu aimerais ajouter ? As-tu des choses que tu souhaiterais développer ?

Remerciements.

Fin de l'enregistrement.

## Annexe 3 : Guide d'entretien

Présentation succincte de l'enquêteur (*moi*).

Peut-on se tutoyer ?

Comme prévu dans la demande d'entretien, cet entretien est anonyme.

J'aimerais enregistrer cet entretien, es-tu d'accord ?

Il n'y aura que moi qui écouterai l'enregistrement. Il sera détruit dès que mon étude sera finie.

Cet entretien n'est pas un interrogatoire. J'ai évidemment quelques questions à te poser, mais mon objectif est de discuter avec toi sur ton exercice professionnel en tant que sage-femme néo-diplômée.

Thème / Catégorie	Questions principales	Questions complémentaires ou de relance	Données recherchées /objectif
Catégorie socio-professionnelle	Peux-tu me parler un peu de toi ?		Age
			Lieu d'habitation
			Origine
			Culture
		Vis-tu en couple ? Es-tu marié.e / PACS/ concubinage ?	Statut matrimonial
			Enfant(s)
Construction du parcours universitaire vers les études de sage-femme	Peux-tu me raconter un peu ton parcours ?	Quel type de baccalauréat ? PACES ? Autres études ?	Parcours, étude antérieure
	Qu'est-ce qui t'as conduit vers les études de sages-femmes ?	Maleutique, était-ce ton premier choix ? Si ce n'était pas ton choix premier, quel(s) paramètre(s) t'ont permis « d'accepter » la filière maeutique ?	Ecole de sage-femme
		Si oui,	Comprendre les motivations qui l'ont menées à exercer cette profession

**Commenté [LO1]: HYPOTHÈSE:**  
La catégorie socio-professionnelle de l'enquêté.e pourrait influencer le choix du premier lieu d'exercice.

		D'où est venue cette envie d'expérimenter cette profession ?  Qu'est-ce qui t'as motivé à pratiquer cette profession ?	
Expérience professionnelle pendant la formation initiale et vécu de celle-ci	Comment se sont déroulées, pour toi, les études de sage-femme ?  Comment as-tu vécu tes études de sages-femmes ?	Quels éléments as-tu le plus et le moins apprécié pendant tes études ?	
		Comment as-tu vécu tes stages pendant ta formation ? Quel(s) stage(s) as-tu préféré ? Pour quelles raisons ? Et inversement ?	
		Y-a-t-il eu un ou plusieurs moments clés qui ont permis de te dire « je veux ou pas travailler dans ce type et/ou lieu d'exercice » ?	
		Dans quel(s) domaine(s) te sentais-tu le plus à l'aise pendant tes études ?	
		Penses-tu que le contenu de ta formation initiale (tant sur le plan théorique que pratique) a permis de réaliser un choix libre et éclairé sur le choix de ton premier lieu d'exercice ? Comment et pourquoi ?	Comprendre l'influence qu'a pu avoir le vécu et le contenu de la formation initiale sur le choix du premier lieu d'exercice Libéral/Hôpital Ecole
		Par exemple, penses-tu être assez « armé.e » pour t'installer en libéral ? (ici, le « libéral » est juste à titre d'exemple, nous aurions pu demander en SDN également, etc.)  Pour quelles raisons ?	

**Commenté [LO2]: HYPOTHÈSE:**  
Le parcours et les motivations qui l'ont menées à devenir sage-femme auraient un impact sur le choix du premier lieu d'exercice.

Projection professionnelle	Au début de tes études, est-ce que tu te projetais dans un certain type et/ou lieu d'exercice juste après avoir eu ton diplôme ?	Si oui, comment te voyais-tu travailler (en tant que néo diplômée) ? Cette projection s'est-elle donc concrétisée aujourd'hui ?	Si non, Sais-tu pourquoi ? Se projeter après ton diplôme, était-ce une peur/appréhension pour toi ? Ou peut-être ne te voyais-tu pas sage-femme ?	Comprendre comment a évolué son choix du premier lieu d'exercice
		Si oui, Qu'est-ce qui t'a conforté dans ton choix ?	Si non, Qu'est-ce qui a fait évolué/changé ton choix ? Expérience/stages/projection VS réalité ?	Comprendre quels sont les facteurs qui ont influencés ce choix
Recherche d'emploi	A quelle date as-tu été diplômé.e ?  Comment s'est déroulée la recherche d'un premier emploi pour toi ?	Et depuis quand travailles-tu ? T'es-tu pris des vacances ?	Si oui, pourquoi ?	Si non, pourquoi ?
		Comment as-tu organisé ta recherche ? As-tu eu une ou plusieurs propositions d'emploi ? As-tu démarché des employeurs ?		
		Si oui, Combien de demandes, De quel type ?	Si non,	Pour quelle(s) raison(s) ?
		As-tu effectué pour chaque demande un entretien d'embauche ?		
		Si non, pourquoi ?		
		As-tu signé un CAE ?		

**Commenté [LO4]: HYPOTHÈSE:**  
La projection professionnelle aurait une évolution, liée aux expériences vécues durant la formation initiale, notamment pendant les stages.

Expérience professionnelle et vécu de celle-ci (Si travail débuté)	Comment se déroule actuellement ton exercice professionnel ?	Si oui, pour quelles raisons ? (Financières, sécuritaires, autres)	Si non, pour quelles raisons ? (Engagement, contrainte, autres)	
		As-tu eu des entretiens d'embauches ?		
		Si oui, Comment se sont-ils déroulés ?		
		Quelle importance as-tu donnée à tes entretiens d'embauche ? Est-ce que ces entretiens ont participé à ta décision de prendre tel ou tel premier emploi ?		Comprendre quels paramètres ont pu agir sur la décision
		Si oui, Qu'est-ce qui a, selon toi, joué ?		
		Sur quels critères t'es-tu appuyé.e ? Le ou lesquel(s) avaient le plus de poids ?		Comprendre le poids des critères énoncés par l'enquêté.e sur son choix
		Comment te sens-tu ? Y-a-t-il des points que tu souhaiterais aborder ? Notamment, sur l'activité, l'accueil de l'équipe, l'ambiance de travail, l'épanouissement au travail, ou autres éléments ?		
Perspectives d'avenir	Quelles sont tes perspectives d'avenir ?	Auras-tu imaginé ton début de vie professionnelle autrement ? A titre d'exemples, te verrais-tu aujourd'hui en libéral/ PMI/ AMP/ SDC/SDN/GHR/ autres ?		
		Quels auraient été les avantages et les inconvénients selon toi ?		
		Combien de temps souhaites-tu travailler dans cet établissement ou ce type d'exercice ?		

**Commenté [LO5]: HYPOTHÈSE:**  
La recherche d'emploi serait un moment clé dans le choix du premier lieu d'exercice pour différentes raisons, telles que:  
- l'offre d'emploi  
- la rémunération  
- les conditions de travail  
- les équipes  
- le contenu du travail/ type d'activité/ autonomie/ responsabilité/ prise en charge des patientes  
- si CDD court (ex: < 3 mois)  
- CAE  
- l'évolution de carrière

Fin de l'entretien		Pour quelles raisons ?			
		Te vois-tu sage-femme toute ta carrière ?			
		Si oui, où et comment te vois-tu travailler ?			
		Si non, qu'imaginestu faire ?			
Y a-t-il quelque chose que tu aimerais ajouter ?					
As-tu des choses que tu souhaiterais développer ?					
Remerciements.					
Fin de l'enregistrement.					

#### Abréviations :

- AMP : aide médicale à la procréation
- CAE : contrat d'allocation d'études
- GHR : grossesses à hauts risques
- PACES : première année commune aux études de santé
- PACS : pacte civil de solidarité
- PMI : protection maternelle infantile
- SDC : suites de couches
- SDN : salle de naissance

## Annexe 4 : Formulaire de consentement

Lise OLIVIER

Site de Formation Maïeutique de Bourg-en-Bresse

### FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

RECHERCHE QUALITATIVE auprès de Sages-femmes néodiplômé.e.s de l'année 2023 de la Région Auvergne Rhône Alpes n'ayant pas exercé.e.s ou exercé.e.s moins de 5 mois.

Réalisation de l'entretien :

Cet entretien sera réalisé par Lise OLIVIER suivant vos disponibilités. Il durera de 45 à 60 minutes et sera enregistré de façon anonyme.

Participation et retrait

La participation à cette recherche est entièrement volontaire et non rémunérée. La personne est, par conséquent, tout à fait libre d'accepter ou de refuser d'y participer. La personne est également libre, à tout moment, de mettre fin à sa participation et ce, sans fournir d'explication.

Comment sera traitée l'information recueillie ?

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle. Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée. L'analyse des données sera réalisée par Lise OLIVIER. Les résultats seront utilisés dans le cadre d'un mémoire de fin d'études en Maïeutique et peuvent éventuellement être publiés.

Merci de noter vos initiales dans chaque case :

1. Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions.

2. Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment. Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison.

3. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien.

4. Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans un mémoire.

5. Je suis d'accord pour participer à l'étude.

Signature (participant) :

Signature (investigateur) :

Date, Nom, Prénom :

Date, Nom, Prénom :

## Annexe 5 : Synopsis

 Institut Supérieur de la Santé Bourg-en-Bresse	<b>PROTOCOLE DE RECHERCHE</b> <b>Résultat de l'enquête exploratoire</b> <b>Diplôme d'Etat de Sage-Femme</b> <b>Faculté de médecine et de maïeutique Charles Mérieux</b> <b>Site Bourg en Bresse</b>	
<b>Auteur :</b> Lise OLIVIER		
<b>Date de ce synopsis :</b> 06 Février 2023		
<b>Directeur de recherche (nom, qualification) :</b> <input type="checkbox"/> envisagé <input checked="" type="checkbox"/> confirmé : Maud ARNAL, sage-femme doctorante en sociologie		
<b>Titre provisoire :</b> Orientation professionnelle des sages-femmes après obtention du diplôme d'Etat.		
<b>Constat/Justification / Contexte / Problématique :</b> <p>Les hôpitaux ont de plus en plus de difficultés à recruter des sages-femmes malgré une démographie en constante augmentation des sages-femmes néo diplômé(e)s. En effet, l'élargissement de leurs compétences a accompagné la diversification des modes d'exercice des sages-femmes. Si l'exercice hospitalier, en salle de naissance, est longtemps resté prépondérant, les sages-femmes exercent aujourd'hui, de plus en plus, en libéral ou au sein de services de la Protection maternelle et infantile (PMI). Selon la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), 34 % des sages-femmes ont une activité libérale en 2021 alors qu'elles n'étaient que 20 % en 2012. Si la tendance actuelle se poursuit, les sages-femmes libérales pourraient devenir majoritaires dans les prochaines décennies (1).</p> <p>La part des sages-femmes exerçant en libéral est estimée, dans les projections tendancielles, à 46 % en 2050. De plus, on peut noter qu'en 2020, 576 nouvelles sages-femmes se sont installées avec un âge moyen de 32 ans (2). Il semblerait donc qu'il y ait une désaffection des sages-femmes en milieu hospitalier de plus en plus tôt dans leur carrière professionnelle.</p> <p>Cette désertification du milieu hospitalier serait-il le résultat de la non-reconnaissance institutionnelle à l'égard des sages-femmes à l'hôpital ?</p> <p>Nous chercherons donc à comprendre comment se construit le premier choix du lieu d'exercice des sages-femmes.</p>		
<b>Cadre conceptuel, données de la littérature :</b> <input type="checkbox"/> Médical <input checked="" type="checkbox"/> Sociologique <input checked="" type="checkbox"/> Autre : Démographie médicale, Identité professionnelle (3), satisfaction au travail et sentiment d'efficacité personnelle (4) Etude en Sciences Humaines et Sociales dans le domaine de la santé		
<b>Objectif(s) de recherche :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Principal : Comprendre comment se construit le premier choix du lieu d'exercice des sages-femmes</li></ul>		
<b>Méthodologie / Schéma de la recherche :</b> <input checked="" type="checkbox"/> Qualitatif <input type="checkbox"/> Quantitatif Champs disciplinaire : sciences humaines et sociales		
<b>Trame d'entretien si recherche qualitative :</b> <b>Question principale :</b> Peux-tu me parler de ton orientation professionnelle ?		
<b>Exemples de questions de relance :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Qu'est-ce qui t'a conduit vers les études de sage-femme ?</li><li>- Comment se sont déroulées, pour toi, les études de sage-femme ? Comment tu les as vécus ?</li><li>- Au début de tes études, est-ce que tu te projetais dans un certain type et/ou lieu d'exercice juste après ton diplôme ?</li><li>- Comment s'est déroulée la recherche d'un premier emploi pour toi ? As-tu eu des entretiens d'embauches ? Si oui, comment se sont-ils déroulés ? Quelle importance as-tu donnée à tes entretiens d'embauche ? Sur quels critères t'es-tu appuyé ? Le ou lesquels avaient le plus de poids ?</li><li>- Quelles sont tes perspectives d'avenir ?</li></ul>		
<b>Population cible et modalités de recrutement :</b> Sages-femmes néo diplômé(e)s en 2023 et ayant des profils multiples afin d'avoir des données plus variées. Recrutement grâce à la diffusion de mails via les écoles de sages-femmes.		
<b>Critères d'inclusion :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Sages-femmes néo diplômé(e)s de l'année 2022-2023</li><li>- Formation initiale réalisée en région AURA</li></ul>		
<b>Critères de non-inclusion :</b>		

<p>/</p> <p><b>Critères de sortie d'étude :</b></p> <p>/</p> <p><b>Nombre de sujets nécessaires :</b></p> <p>Une dizaine environ. Jusqu'à saturation des données.</p> <p><b>Durée de l'étude et calendrier prévisionnel :</b></p> <p>&lt;3 mois : de Août 2023 à novembre 2023</p> <p><b>Lieu de la recherche :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Monocentrique <input checked="" type="checkbox"/> Multicentrique</p> <p><b>Justifiez de ce choix :</b> Nécessité d'inclure une population issue de sites de formation en maïeutiques différents afin d'avoir une vision plus globale qu'avec seulement un centre.</p> <p><b>Retombées attendues :</b></p> <p>Comprendre les choix de carrière des sages-femmes néo-diplômé(e)s et identifier les raisons de la désertification de l'hôpital.</p> <p><b>Aspects éthiques et réglementaires :</b></p> <p><input type="checkbox"/> RIPH3 (MR-003)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Recherche n'impliquant pas la personne humaine (non RIPH)</p> <p><input type="checkbox"/> Interne</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Multicentrique (MR-004)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Fiche information préalable</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Renseigner registre de traitement des données</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Signature engagement confidentialité</p> <p><b>Promoteur :</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> CHB</p> <p><b>Autres accords à recueillir :</b></p> <p><input type="checkbox"/> cadre</p> <p><input type="checkbox"/> chef de service</p> <p><input type="checkbox"/> DIM</p> <p><b>Références bibliographiques :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Piquemal A, Reingewirtz S, Zantman F. L'évolution de la profession de sage-femme [Internet]. Inspection générale des affaires sociales; 2021 juill p. 109. (Santé). Report No.: 2021-022R. Disponible sur: <a href="https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2021-020r.pdf">https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2021-020r.pdf</a></li> <li>2. Sénat. Proposition de loi visant à faire évoluer la formation de sage-femme [Internet]. senat.fr. 2021. Disponible sur: <a href="http://www.senat.fr/rap/I22-015/I22-0151.html">http://www.senat.fr/rap/I22-015/I22-0151.html</a></li> <li>3. Fray AM, Picouleau S. Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail. Manag Avenir. 2010;38(8):72-88.</li> <li>4. Garner P, Laroche P. Les effets du sentiment d'efficacité personnelle sur la relation entre l'équilibre travail-famille et la satisfaction au travail. Rev Gest Ressour Hum. 2016;100(2):41-60.</li> <li>5. Conseil Nationale de l'Ordre des Sages-Femmes. Le marché du travail des sages-femmes : transition ou déséquilibre [Internet]. France: Lazertyuiop; 2014 oct p. 98. Report No.: 3. Disponible sur: <a href="https://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2016/04/Etude-Le-march%C3%A9-du-travail-des-SF-1.pdf">https://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2016/04/Etude-Le-march%C3%A9-du-travail-des-SF-1.pdf</a></li> <li>6. Les sages-femmes, une profession en mutation: Mai 2016 [Internet]. Paris: ONDPS; 2016. Disponible sur: <a href="https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_ouvrage_sur_les_sagesfemmes_mai2016.pdf">https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_ouvrage_sur_les_sagesfemmes_mai2016.pdf</a></li> <li>7. Cavillon M. La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs [Internet]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2012 mars p. 8. (Etudes et résultats). Report No.: 791. Disponible sur: <a href="https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er791.pdf">https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er791.pdf</a></li> </ol> <p><b>Mots clés :</b> Démographie de la profession de sage-femme(5), Compétences sage-femme, Perspectives d'avenir(1,6), Désertification hôpital(7), Satisfaction au travail, Sentiment d'efficacité personnelle(4)</p>
---

## Annexe 6 : Tableau des profils socio-professionnels

	Age	Statut matrimonial	Profession des parents		Ecole de sage-femme	Premier lieu d'exercice
			Mère	Père		
ALICE	24 ans	Célibataire, sans enfants	IDE puis déléguée médicale des RH puis mère au foyer puis thérapeute	Agroalimentaire puis formateur en transition écologique et en transition alimentaire	Lyon Sud	CHU type 2B
BARBARA	23 ans	Célibataire, sans enfants	Assistante maternelle	Ingénieur	Grenoble	CHU type 3
CÉLINE	23 ans	Célibataire, sans enfants	Comptable	Technicien informatique	Lyon Sud	CH type 1
DIANE	24 ans	En concubinage, sans enfants	INSA + thèse puis enseignante chercheuse et ingénieure en sciences du langage phonétique	Ouvrier puis musicien puis reprise études psycho puis manager puis ingénieur son puis père au foyer puis travail dans le social	Grenoble	Remplacement libéral
EMELINE	23 ans	En concubinage, sans enfants	BTS tourisme puis caissière puis ASH dans un centre médical	Electricien	Lyon Sud	CH type 1
FANNY	29 ans	Mariée, attend un enfant	IDE	Directeur technique	Lyon Sud	Remplacement libéral
GARANCE	23 ans	En concubinage, sans enfants	Assistante maternelle	Boulanger puis technicien SNCF	Bourg	CHU type 2B
HÉLOISE	23 ans	Célibataire, sans enfants	IDE en hématologie puis en endoscopie puis en consultation anesthésie	Ingénieur en téléphonie	Bourg	CHU type 3

	Age	Statut matrimonial	Profession des parents		Ecole de sage-femme	Premier lieu d'exercice
			Mère	Père		
<b>IRIS</b>	23 ans	Célibataire, sans enfants	Animatrice après addiction	Directeur d'entreprise	Bourg	CHU type 3
<b>JUSTINE</b>	26 ans	Célibataire, sans enfants	Secrétaire dans un garage	Ouvrier	Grenoble	Remplacement libéral
<b>KARINE</b>	26 ans	En concubinage, sans enfants	Buraliste	Mécanicien à son compte	Grenoble	Remplacement libéral
<b>LOLA</b>	24 ans	En concubinage, sans enfants	AP puis IADE	Pompier	Bourg	CHU type 2B
<b>MANON</b>	23 ans	Célibataire, sans enfants	Contrôleuse aux impôts	Ingénieur industriel	Grenoble	Remplacement libéral
<b>NOEMIE</b>	24 ans	Célibataire, sans enfants	IDE en réa puis en consultation dialyse	IDE en réa puis aux urgences puis en libéral	Bourg	CHU type 2B

## Annexe 7 : Publication Instagram du 11 novembre 2020 par Anna Roy

Episode 7/Sage-meuf Europe 1.

Mme X (c'est comme cela qu'on anonymise les gens à l'hosto). Maëlys X est arrivée au creux de la nuit avec son amoureux pour donner naissance à leur premier enfant. Tout était doux et joli cette nuit-là, une nuit de début d'été. Elle avait une jolie robe à fleurs et le visage déformé par les contractions.

J'ai posé le monitoring avec mon plus beau sourire malgré la folie de cette nuit. Les huit salles de naissance, les deux salles d'urgence ainsi que la salle d'attente étaient pleines à craquer.

L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal n'est pas bon, pas bon du tout. Je fais part aux parents de ma grande inquiétude. Le silence s'abat dans la pièce. Le coup de tonnerre est immense.

L'obstétricien de garde qui était en train de faire des forceps à côté arrive immédiatement, il sait que je n'appelle pas pour rien.

"On pose une rachi au bloc et on césarise, vite, très vite".

Adjugé vendu.

Il me jette un "ça pue du cul".

Je lâche tout ce que je suis en train de faire, il ne faut pas traîner. Tic-tac. Chaque seconde, chaque minute supplémentaire met en jeu le pronostic vital de ce petit garçon. Tic, tac. A moins que ce soit déjà trop tard. Tic, tac. On s'active comme des malades. Tic, tac.

Pour que cet enfant vive :

Je laisse une femme sans péri qui hurle de douleur faute d'accompagnement. Elle est venue seule et elle comptait sur moi. Son conjoint l'a quitté pendant la grossesse. Maltraitance.

Je laisse une femme dont le travail n'avance pas, je ne la poste pas, je n'administre pas pas ce que je devrais injecter, je ne fais rien de ce que je devrais. Je majeure son risque de césarienne faute de temps. Maltraitance.

Je laisse des femmes désespérées en salle d'attente dont une qui vient parce que son bébé ne bouge plus. Maltraitance.

Je ne peux pas passer la main à mes collègues, elles peinent tout autant que moi à gérer leurs patientes, à sauvegarder la vie.

Je me bats pour que tout le monde vive.

Jacques naît très rapidement. Il va très mal. Très très mal. Les pédiatres sont en route.

Désobstruction / ventilation / pas de récupération / intubation / légère récupération.

Les réanimateurs arrivent. Jacques souffrait certainement depuis un certain temps dans le ventre de sa maman. On emporte Jacques rapidement. Ils n'ont pas beaucoup de temps non plus.

Les parents de Jacques sont passés de la joie céleste aux ténèbres.

Je n'ai pas le temps de les entourer de paroles, j'ai trop de choses à faire. Maltraitance.

Nous laissons cette jeune mère avec le ventre vide seule avec son mari. Sans soins ni langage. Maltraitance.

Cette nuit-là, tout le monde a eu la vie sauve finalement.

Après un séjour de 2 semaines en réanimation, Jacques s'est parfaitement remis. C'est aujourd'hui un très beau petit garçon. On a bien bossé.

Cette photo a été prise alors que je faisais le ph (une analyse sanguine) de Jacques et la machine marchait mal comme souvent. Je ne voulais pas oublier cette nuit. J'ai pris en photo ce reflet pour ça. Cette nuit où j'ai créé 3 états de stress post traumatisques, où j'ai rajouté de la souffrance à des situations déjà difficiles voire tragiques.

Mme X a traîné des heures dans ses serviettes hygiéniques pas changées avec sa douleur pas suffisamment prise en charge, sans nouvelles de son bébé, dans un désespoir profond.

Mme Y qui accouchait sans péridurale était partie trop loin psychiquement, elle avait été trop seule. La psy de la maternité a eu du mal à recollé les morceaux.

Mme Z, faute de bons soins donnés à temps, a eu des forceps assortis d'une épisiotomie parce que son bébé allait mal, le travail avait été trop long.

Tout le monde était en vie, oui. Mais il y avait eu de la casse. Trois mauvaises prises en charge. De la casse corporelle oui. Mais on n'accouche pas qu'avec son corps. Les dégâts créés dans la tête sont aussi graves et mettent en péril la relation d'un enfant avec ses parents. Ce n'est pas rien le moment de la rencontre avec son enfant.

SUIS-JE COUPABLE ? JE SUIS AU MOINS COMPLICE. J'AI DEMANDÉ PARDON À CES TROIS FEMMES, À CES DEUX PÈRES ET À CES TROIS BÉBÉS. MAIS JE NE PEUX PAS ME SATISFAIRE DE CELA.

CETTE SITUATION N'AURAIT PAS EXISTÉ SI J'AVAIS ÉTÉ DANS LA SITUATION DES SAGES-FEMMES ANGLAISES.

UNE FEMME PAR SAGE FEMME, ET PUIS C'EST TOUT. C'EST URGENT. IL Y A BEAUCOUP TROP DE CASSE.

## Liste des figures

Figure 1 : Diagrammes circulaires représentant les origines géographiques des sages-femmes ayant choisi comme premier mode d'exercice le libéral ou l'hospitalier.

Figure 2 : Diagramme circulaire représentant les profils des enquêtées en fonction de leur choix au sujet de la filière maïeutique



<b>Auteur :</b> OLIVIER Lise	<b>Diplôme d'État de Sage-Femme</b>
<b>Titre : Choix du lieu d'exercice professionnel des sages-femmes néo-diplômées en région Auvergne-Rhône-Alpes</b>	
<u>Résumé :</u>	
<p><b>Introduction</b> – Entre 2012 et 2021, le nombre de sage-femme exerçant dans le secteur du libéral après l'obtention du DE a fortement augmenté, passant de 20% à 34% selon la DREES. Cette enquête interroge cette transformation du lieu d'exercice professionnel des sages-femmes. La profession de sage-femme est-elle en train de prendre un nouveau tournant, celui du libéral ? Comment le processus décisionnel du premier lieu d'exercice des sages-femmes nouvellement diplômées s'élabore-t-il ?</p>	
<p><b>Objectif</b> – Le principal objectif est de comprendre le processus décisionnel du premier lieu d'exercice des sages-femmes afin les facteurs sociaux les conduisant à choisir un type et lieu d'exercice.</p>	
<p><b>Méthode</b> – Une étude sociologique qualitative a été menée à partir d'entretiens semi-directifs auprès de quatorze sages-femmes diplômées en 2023 dans la région Auvergne-Rhône-Alpes et exerçant depuis moins de cinq mois.</p>	
<p><b>Résultats</b> – Cette étude révèle que de nombreux facteurs sociaux influencent la construction du choix du premier lieu d'exercice des sages-femmes rencontrées. La socialisation professionnelle, l'expérience professionnelle via les stages et le vécu de ceux-ci pendant les études ainsi que l'environnement social et familial jouent un rôle important sur l'orientation du premier lieu d'exercice des sages-femmes néo-diplômées de notre enquête.</p>	
<p><b>Conclusion</b> – Ces facteurs sociaux se trouvent également renforcés par des évolutions sociales concomitantes affectant directement l'ensemble de la profession de sage-femme. En effet, les projets de carrière et la représentation de la profession diffèrent de ceux des sages-femmes d'il y a 30 ans et mettent en question les transformations sociales et sanitaires de l'ensemble du paysage périnatal français.</p>	
<u>Mots clés :</u> Socialisation professionnelle – Sage-femme – Orientation professionnelle – Type d'exercice – Virage ambulatoire	

<b>Title : Choice of Type and Location of Professional Practice for New Graduate Midwives in the Auvergne-Rhône-Alpes Region</b>
<u>Abstract :</u>
<p><b>Introduction</b> – Between 2012 and 2021, the number of midwives practicing in the private sector after obtaining their state diploma in midwifery has risen sharply, from 20% to 34% according to DREES. This survey examines this transformation in midwifery practice. Is the midwifery profession in the process of taking a new turn, that of the private sector? How are newly qualified midwives choosing their first place of practice?</p>
<p><b>Objective</b> – The main objective is to understand the decision-making process of midwives' first place of practice in order to understand the social factors that lead them to choose a type and place of practice.</p>
<p><b>Method</b> – A qualitative sociological study was conducted based on semi-directive interviews with fourteen midwives graduating in 2023 in the Auvergne-Rhône-Alpes region and practicing for less than five months.</p>
<p><b>Results</b> – This study reveals that many social factors influence the choice of first place of practice for the midwives we met. Professional socialization, work experience via internships and the experience of these internships during studies, as well as the social and family environment, all play an important role in determining the first place of practice of the new-graduate midwives in our survey.</p>
<p><b>Conclusion</b> – These social factors are also reinforced by concomitant social changes directly affecting the midwifery profession as a whole. Indeed, the career plans and representation of the profession differ from those of midwives 30 years ago, and call into question the social and health transformations of the entire French perinatal landscape.</p>
<u>Key words :</u> Professional socialization - Midwifery - Professional orientation - Type of practice - Ambulatory shift

