HAL
open science

Les sages-femmes face à la médicalisation de la naissance et de leur formation

Céline Puill

To cite this version:

Céline Puill. Les sages-femmes face à la médicalisation de la naissance et de leur formation. Gynécologie et obstétrique. 2011. dumas-00631028

HAL Id: dumas-00631028

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00631028

Submitted on 11 Oct 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

DEPARTEMENT DES ETUDES DE SAGE-FEMME

Les sages-femmes face à la médicalisation de la naissance et de leur formation

Mémoire présenté par
Mademoiselle Céline PUILL
Née le 05 Décembre 1987

BIBLIOTHÈQUE DE L'UNIVERSITÉ
MÉDECINE
DE ROUEN

DIPLOME D'ETAT DE SAGE FEMME
PROMOTION 2011

Remerciements

Madame Legrand, sans qui ce travail n'aurait pu avoir lieu, pour ses conseils judicieux, ses grandes compétences et son accompagnement pédagogique sans faille.

Les personnes qui ont accepté mes entretiens, pour leur disponibilité et leur sincérité

Madame Blandin,

Madame Chantal Birman,

Madame Durier,

Madame Sidonie Le Poul-Petit

Les sages femmes

L'Anesf,

Mes proches, à qui je dois beaucoup

Sommaire

INTRODUCTION **1**

I La conquête de la naissance, un duel sage- femme/médecin ? **3**

1.1 Les matrones : qui sont-elles ? 3

1.2 L'émergence du processus de légitimation des accoucheurs 5

1.3 Le virage de 1730 6

1.4 L'entreprise de Madame du Coudray, une aubaine pour les chirurgiens. 8

II l'essor des techniques, ou le changement de l'identité professionnelle des sages- femmes. **9**

2.1 Du libéral à l'hospitalier 10

2.2 Les sages-femmes et les incontournables techniques. 12

2.3 Les sages- femmes : une profession à part ? 15

2.4 La profession en 2010, données démographiques, ... 17

2.5 Le mode de recrutement par PCEM1 17

Méthodologie. **22**

I La « position défensive » **24**

1.1 Conception de la naissance 25

1.2 PCEM1 ou la perte de la vocation ? 28

1.2.1 PCEM1, une perte de la motivation ? *28*

1.2.2 Le relationnel *30*

1.2.3 Un libéral sans abnégation ? *32*

1.4 L'accompagnement, une spécificité féminine ? 35

II Position autonome **38**

2.1 L'autonomie comme priorité 38

2.1.1 Qui sont-elles ? Activités et difficultés d'un segment professionnel. *38*

2.1.2 La recherche, mythe ou réalité ? *41*

2.2 Le libéral ou la reconquête d'une place sociale 44

2.3 Nouvelles compétences 45

2.4 Le libéral, une autonomie toujours relative 46

2.5 Les maisons de naissances : une lutte de pouvoir ? 48

III la position « indifférente » ou « négociée» **51**

3.1 Le rapport au médecin : un consensus 51

3.2 Le mode de recrutement pas PCEM1, ... 52
3.3 Le libéral, ... 53
3.4 La recherche 54
CONCLUSION 56

BIBLIOGRAPHIE.

ANNEXES.

INTRODUCTION

En France les sages-femmes ont une place particulière au sein du système de santé. Le code de la santé publique les définit, en effet, comme profession médicale, au même titre que les médecins, les dentistes et les pharmaciens. Elles ont ainsi un pouvoir de diagnostic et un droit de prescription. Cependant leur champ de compétences est limité à la physiologie aussi bien dans le suivi de grossesse, l'accouchement que le post-partum.

Depuis une trente ans, les innovations techniques autour de la naissance se développent beaucoup, (échographie, péridurale, déclenchement…). Ces techniques ont des conséquences sur le contenu du travail des sages-femmes, ainsi que sur leur autonomie, celle-ci tend à être de plus en plus négociée. Les pressions médico-légales augmentent et pèsent de plus en plus dans les prises de décisions. Dans la pratique, le recours à la technique est augmenté ainsi que le recours aux médecins.

Parallèlement à cette médicalisation globale de la naissance, le mode de recrutement par PCEM1[1] inscrit la médicalisation dans la formation de sage- femme. Il révèle aussi un processus d'acquisition des critères d'une profession (au sens anglo-saxon du terme) que les sages-femmes ont entamé depuis les années 80.

L'objet de cette étude est de savoir quelles sont les identités professionnelles des sages-femmes, dans ce contexte de médicalisation de la naissance et de leur formation. Dans une perspective exploratoire, nous avons réalisé seize entretiens, auprès de sages-femmes et de quelques gynécologues obstétriciens.

Au cours d'une première partie, nous verrons l'ancrage historique qui explique le statut médical à compétence limitée des sages-femmes, puis le rapport des sages-femmes face à la technique. Enfin, nous verrons comment les sages-femmes ont initié un « processus dynamique de maîtrise quant au contrôle des conditions structurelles de leur exercice » (Carricaburu, 1994) par l'acquisition du mode de recrutement par PCEM1.

Dans une deuxième partie, nous vous présenterons l'analyse de notre étude qualitative.

[1] Premier Cycle des Etudes Médicales, autrement dit la première année de médecine.

Partie Théorique

Le caractère médical des sages-femmes françaises est une exception en Europe.

En effet, ailleurs ce sont bien souvent des infirmières spécialisées en obstétrique : il y a une grande diversité de champ de compétences entre les sages-femmes européennes. On peut prendre l'exemple des Pays-Bas où les sages-femmes sont des infirmières spécialisées : à la différence des SF françaises, elles possèdent le monopole de la physiologie alors que les gynécologues obstétriciens s'occupent exclusivement de la pathologie. En France, au contraire, les sages-femmes françaises n'ont pas d'attributions spécifiques.

Par conséquent, on peut dire que les sages-femmes françaises n'ont pas une expertise totale car tout ce qu'une sage-femme peut faire un médecin peut aussi le faire. Si le médecin peut déléguer la physiologie à la sage-femme, cette dernière n'en a pas l'exclusivité et à l'obligation légale de recourir au médecin lorsqu'il y a pathologie. Il s'agit donc d'une compétence répondant à un principe de délégation (Carricaburu, 1986).

Pour résumer, on peut dire que le médecin, en maîtrisant la pathologie et la physiologie, a une expertise totale sur le domaine de l'obstétrique, alors que la sage-femme a une expertise « limitée » à une partie de ce domaine.

Malgré le caractère institutionnel de profession médicale, la division fonctionnelle du travail entre la profession dominante les gynécologues/obstétriciens et les sages femmes, ainsi que le principe de délégation de compétences, sont à l'origine de l'autonomie relative des sages- femmes (Carricaburu 1986).
Cette division des tâches entres sages-femmes et obstétriciens trouve un ancrage historique.

Un détour par l'histoire de l'obstétrique et plus précisément de l'évolution des professions de sages-femmes et de chirurgiens (accoucheurs) nous permettra d'en rendre compte.

Avant le XVIème siècle, le domaine de la naissance était exclusivement féminin, les matrones puis les sages-femmes exerçaient le monopole de cette discipline jusqu'au XVIIIème, moment où les chirurgiens ont pris l'ascendant sur les sages-femmes.

I La conquête de la naissance, un duel sage- femme/médecin ?

1.1 Les matrones : qui sont-elles ?

Au moyen âge, l'accouchement est un acte public où toute la communauté féminine se mobilise lorsqu'une femme accouche.
Les matrones sont des femmes, passées de l'aide mutuelle lors d'un accouchement un peu difficile, à la matrone qui aide la communauté lors des couches.

La matrone doit être elle-même libérée de ses couches, elle est souvent celle qui en a eu le plus grand nombre : l'expérience suppose alors la compétence. C'est donc généralement une mère de famille nombreuse, plutôt âgée, vivant de la charité publique (la matrone est hors des circuits d'argent).

La matrone à défaut d'être toujours efficace possède avant tout un pouvoir charismatique : elle a le sens de la relation, elle inspire confiance, c'est une femme d'expérience, expérience qui fonde son assurance. La place sociale de cette femme est à part d'autant plus qu'elle s'occupe aussi bien de la naissance que de la toilette des morts : elle est donc aux deux extrémités de la vie, de la naissance à la mort. Ainsi, son pouvoir est quasi thaumaturgique (Gelis 1988).

A coté de ce rôle social important et chargé de reconnaissance, il existe des aspects moins glorieux.
En effet, l'accouchement jouit d'une mauvaise image sociale. Le sang de l'accouchement est considéré comme « impur, corrosif » (Gelis 1988). Ainsi, cette tâche fait parfois l'objet d'aversion, que l'on abandonne alors à des pauvresses (les matrones) n'ayant rien à perdre. En conséquence, ces dernières ne peuvent en espérer que des rétributions.

Par ailleurs, l'absence de formation aboutit souvent à des catastrophes obstétricales. Sans oublier, que les matrones sont suspectées d'avortements et d'infanticides.
Dès le XVIème siècle, au moment de la grande vague de répression de la sorcellerie, les accoucheuses ont été parmi les cibles privilégiées des inquisiteurs.

Après ces percussions, les matrones vont être l'objet de l'attention de l'Eglise, avant d'être peu à peu remplacées.

L'Eglise n'a de cesse de vouloir contrôler les matrones pour deux raisons essentielles.

Premièrement, à cette époque, la mortalité maternelle et néonatale est particulièrement importante et de nombreux nouveaux nés meurent sans avoir été baptisés, trop d'âmes échappent à l'Eglise. Ainsi l'Eglise autorise la pratique de l'ondoiement aux matrones. Le sacrement se réduit alors à quelques mots et on accepte qu'il soit pratiqué dans des lieux non sacrés afin de pénétrer les communautés féminines rurales et de faire accéder les âmes à Dieu. Or, l'Eglise ne leur confie pas, sans quelques réticences, ce rudiment de sacrement, qui doit être pratiqué par une personne irréprochable. Il faut donc évincer les matrones, ces « espèces de fées » sur lesquelles trop de suspicion pèse (avortements, infanticides, pratiques païennes…). Les matrones seront donc remplacées par des sages-femmes, baptisées, de bonne moralité et assermentées par l'Eglise.

Deuxièmement, l'Eglise entend assoir son autorité et faire cesser les pratiques païennes encore existante parmi le peuple. Ainsi, après le Concile de trente au XVIIème. « Il faut reconquérir le troupeau » l'Eglise fait machine arrière. Elle intensifie les pressions pour installer les sages femmes à la place des matrones, avec son nouvel allié, l'Etat.

Parallèlement à l'Eglise, au XVIIIème siècle, l'Etat prend conscience des taux élevés de mortalité en couche (nouveaux-nés comme parturientes) alors que l'Etat cherche à développer une politique nataliste et trouve un intérêt à la sauvegarde de la population. En effet, un grand nombre de sujets prévient contre l'extinction du pays et participe à sa puissance.

La prise de conscience de l'Etat est d'autant plus importante que les connaissances scientifiques s'accroissent et permettent désormais de dénombrer la population. Cette science des dénombrements émergente intéresse de près l'Etat d'autant que connaître sa population c'est aussi pouvoir réclamer des impôts.

L'Etat constate rapidement le manque, sinon l'absence de formation, des sages-femmes et à fortiori des matrones. La seule école se situe à la maternité de l'hôtel Dieu à Paris, ce qui laisse imaginer le désert obstétrical français.

Ainsi, durant le XVIIIème, pour répondre à une politique nataliste de grande envergure et permettre la croissance de la population, la formation de professionnels compétents sera au cœur des priorités de l'Etat.

1.2 L'émergence du processus de légitimation des accoucheurs

Le rôle des médecins est de pure forme jusqu'au XVI, que peuvent-ils savoir de la pratique des accouchements ? En effet leurs connaissances, quand ils en ont, sont purement théoriques et ils ne pratiquent pas les accouchements.

Néanmoins, les préoccupations populationnistes poussent les autorités à demander l'avis des praticiens pour juger de la valeur de la candidate. Les chirurgiens sont en marche pour casser le monopole féminin, et assurer les tutelles (l'Etat et l'Eglise) de leur supériorité.

Les chirurgiens pratiquent également les accouchements. Au départ, essentiellement chez les catégories les plus favorisées. Puis, progressivement, le recours à l'accoucheur se démocratise. Dans l'esprit de tous un accouchement « qui dure peu est un accouchement réussi » (Gelis, 1988) alors pourquoi perdre son temps avec une accoucheuse qui avouerait son impuissance face à une présentation contre nature ? (Gelis, 1988).

En 1663, Louis XIV décide de faire accoucher Madame de la Vallière par un chirurgien accoucheur. Ce choix, jugé plus sécuritaire pour sa maîtresse, révélait aussi sa profonde méfiance à l'égard des accoucheuses. La famille royale conservait en effet un souvenir douloureux de la mort de la femme de Gaston d'Orléans en 1627, décédée de la fièvre puerpérale. Louise Bourgeois, la sage-femme de Catherine de Médicis en fut tenue responsable. A cet événement, s'ajoute la mort de Madame de Guerchy à la suite de manœuvres abortives perpétrées par une accoucheuse peu recommandable, qui n'a fait que renforcer l'hostilité de louis XIV. L'enquête qui suivit révéla que des centaines d'avortements avaient été réalisés par des matrones de la capitale. Le scandale fut énorme, le discrédit des accoucheuses, total.

Ces affaires furent bien entendu une aubaine pour les chirurgiens.

En officialisant le recours à l'homme, Louis XIV contribua ainsi à faire disparaître la dernière barrière psychologique vis-à-vis de la morale sexuelle et religieuse qui pouvait limiter la pratique de l'accoucheur.

En 1692 paraît le premier Edit royal réglementant la profession de sages-femmes. Il réglemente en fait la profession de chirurgiens en l'obligeant à se grouper en

communautés et à accepter de nouveaux statuts qui prévoient les conditions de réception des sage-femmes.

1.3 Le virage de 1730

En 1730, s'opère un virage dans l'art des accouchements et dans la distribution des rôles entre chirurgiens et sages-femmes. Plusieurs facteurs y contribuent :

- Le nombre d'accoucheurs brillants et très compétents augmentent à cette période[2] : en 1736, un enseignement de chirurgie est créé, interdit aux femmes, ce qui confirme l'ascension sociale de ce groupe professionnel. Le nombre de ces écoles au cours du XVIIIème siècle ne cesse de croître.
- Le XVIIIème siècle, siècle des lumières, connait une augmentation majeure des connaissances, dans tous les domaines et dans l'Europe entière. C'est l'époque de la construction d'un esprit véritablement scientifique. Les intellectuels et jeunes gens de bonnes familles effectuent des tours dans les grandes villes et universités françaises. A leur retour, ils intègrent des confréries autour de thématiques diverses, pour débattre et échanger sur les connaissances apprises afin de faire progresser l'humanité.

On ne conçoit pas la formation des étudiants en médecine hors de ces « grands tours ». Ils en effectuent un, ainsi que leurs ainés désireux de parfaire leurs expériences, de découvrir de nouvelles techniques et de les ramener dans leurs pays d'origine. Les grands tours donnent lieu à la rédaction de guides et de manuels d'observation remplis d'informations sur les pratiques obstétricales européennes et notamment anglaises et françaises.

La production scientifique autour de la naissance est en pleine expansion grâce aux chirurgiens.

Dans le même temps, les chirurgiens accoucheurs construisent un véritable réseau européen de connaissances.

Les grandes revues sont l'espace de discussions entre plusieurs visions de l'obstétrique, à l'échelle européenne.

Lors de ces grands tours, des relations sont nouées avec des confrères ou leurs anciens maîtres, ce qui permet l'établissement de correspondance à propos des cas particulièrement intéressants qu'ils rencontrent. L'intérêt scientifique est évident lors de

---

[2] Même s'ils sont encore insuffisamment nombreux pour répondre aux besoins de toute la population

la publication de ces correspondances. Il se forme en plus des réseaux régionaux et nationaux, des réseaux européens entre accoucheurs, permettant la progression scientifique des connaissances en Europe.

Alors que les grands débats apparaissent à la fois, techniques (la symphectomie, les crochets, forceps…) et, éthiques (réanimation du nouveau-né), des solidarités se forment autour de « grands maîtres », et s'expriment dans les grandes revues.

Des renommées internationales se construisent, telle celle de l'accoucheur français André Levret, avec sa conception de l'obstétrique privilégiant la pratique instrumentale.

L'obstétrique devient une discipline scientifique et de prestige, qui va dans le sens des préoccupations populationnistes de l'Etat.

Parallèlement à ce phénomène, la loi de 1730, réaffirme « les statuts et règlements pour les chirurgiens de province » grandement influencés en sous main par le 1er chirurgien du roi.

Cette loi prévoit que le chirurgien est chargé de faire passer l'examen à trois catégories de sages-femmes. Cette loi, n'est pas sans rapport avec un mouvement plus large de dénigrement des matrones orchestré depuis 1720 et qui monte en puissance. En 1750, tout ce que l'Europe compte comme esprits éclairés (Gelis, 1988) pointe du doigt la matrone. Toutes les raisons sont bonnes pour les évincer et les revues internationales en prennent largement le relais.

La méfiance des médecins, du législateur et de l'église pèse face aux soupçons de foeticide. La matrone n'est plus que le suppôt du diable mais elle incarne l'obscurantisme pendant ce siècle des lumières avide de connaissances (Gelis, 1988).

Au milieu du XVIIIème siècle, de plus en plus de médecins affirment qu'ils pourraient avantageusement remplacer les sages-femmes. « En qualifiant la pratique de toutes les matrones et pas seulement de celles qui sont réellement dangereuses, d'inhumaines, de barbares, on use d'un amalgame abusif. Mais le pouvoir politique, l'Eglise, comme le corps médical sont alors tellement persuadés de leur bon droit… » (Gelis, 1984).

Les matrones sont absentes de la scène publique, seules quelques sages-femmes qui sentent que les accusations contre les matrones les concernent aussi, tentent de se défendre. En Angleterre Elisabeth Nihell, sage-femme formée à la maternité de Paris, lance des brulots face aux accoucheurs, toujours enclin à utiliser les instruments, et dont les méfaits, relatés dans les revues scientifiques, sont au moins aussi graves que ceux des matrones. Mais c'est une voix bien isolée face aux concerts des politiques, de

l'Eglise et des médecins qui s'élèvent contre la matrone et indirectement contre les sages-femmes.

1.4 L'entreprise de Madame du Coudray, une aubaine pour les chirurgiens.

Madame du Coudray est une sage-femme formée à la prestigieuse maternité de Paris. Elle commence son tour de France obstétrical avec son fameux mannequin pour instruire les sages-femmes de Province. Grâce au succès de sa méthode, qui répondra aux objectifs de l'Etat, elle bénéficiera d'appui solide pour continuer son périple pendant plus de 25 ans. Du premier cours dispensé en Auvergne en 1759 au dernier cours en 1783, à Bourg-en-Bresse, on estime qu'Angélique du Coudray forma dans une cinquantaine de villes environ 5000 élèves.

Au début des cours de Madame du Coudray, les sages-femmes ressemblent étrangement à des matrones : généralement assez vieilles, veuves de journaliers agricoles, anciennes matrones, ce qui dessert la revalorisation de la profession d'accoucheuse. C'est ainsi que les matrones sont peu à peu évincées des cours d'accouchement jugées trop « irrécupérables ».

Il s'en suit un recrutement de filles plus jeunes, mariées ou célibataires, issues en général du milieu médical, femmes ou filles de médecins, chirurgiens ou d'artisans, c'est-à-dire d'une origine sociale moins misérabiliste que les matrones. Ces sages-femmes ressemblent de plus en plus au modèle de l'accoucheur, qui tend par ailleurs à s'imposer.

Ces nouvelles sages-femmes font preuve d'une autorité grandissante à l'égard des femmes (fin de la liberté des femmes de se mettre dans une position confortable pour l'accouchement), les mots de réconfort tendent à disparaitre (trop proches de la pratique de la matrone).

Madame du Coudray n'a pas instruit que des sages-femmes, elle a aussi instruit des chirurgiens désireux de se faire accoucheur ou de progresser dans leur pratique. Mais ceux-ci vont être stigmatisés par d'autres accoucheurs, jaloux de la réussite de Madame du Coudray, ainsi que le souligne Gélis, ils sont considérés comme ayant « manqué aux sentiments du corps en suivant les leçons d'une femme, Mme du Coudray » (Gelis, 1984).

Pourtant Madame du Coudray forme beaucoup plus de chirurgiens démonstrateurs que de sages femmes : ils enseigneront à leur tour l'art des accouchements dans toute la France avec un mannequin (195 chirurgiens pour 5 sages femmes).
C'est toute l'ambiguïté de l'entreprise. En effet, les femmes ne peuvent former de corporations ni exercer la chirurgie. Les autorités élisent donc les chirurgiens pour être les seuls détenteurs du savoir médical et pour instruire les sages-femmes.
Institutionnellement, on reconnait la supériorité des hommes accoucheurs.
L'enseignement de l'art des accouchements est une étape importante dans la perte d'autonomie et d'indépendance de la sage-femme face aux chirurgiens. De nombreux cours organisés sur tout le territoire avec l'aide des politiques locaux, des ecclésiastiques et des notables montrent que le consensus est réalisé (Carricaburu, 1986).
L'étape ultime du processus de mise sous tutelle de la sage- femme par le chirurgien prend forme dans la loi de 1803. Elle place la sage-femme sous la tutelle du médecin : on la veut femme sage à la fois pourvue d'un bagage scientifique et acceptant la tutelle du praticien. Le nouveau régime est l'aboutissement d'une évolution séculaire. L'emploi des instruments est interdit aux sages-femmes qui doivent recourir dans les accouchements difficiles à l'aide d'un praticien (Coulon et Arpin, 1982).

Les chirurgiens barbiers en s'appropriant le domaine de la naissance autrefois monopole des femmes, et en faisant de cette art une discipline scientifique, ont acquis prestige et reconnaissance. Longtemps dénigrés par les médecins qui ne les reconnaissaient pas comme leurs pairs (Gelis, 1977), ils accèdent ainsi au titre de
Docteur au début du XVIIIème siècle. Il semble donc que l'ascendant pris sur la profession de sage-femme « constitue l'ultime étape dans le processus de légitimation que les chirurgiens ont entrepris à l'égard de la médecine » (Carricaburu, 1986).

II l'essor des techniques, ou le changement de l'identité professionnelle des sages- femmes.

Le XIXème siècle est plutôt une période favorable pour les sages-femmes. En effet, elles sont nombreuses, leur exercice majoritairement libéral leur laisse une autonomie importante avec les parturientes loin du cadre institutionnel et des médecins. Pour Danièle Carricaburu (1986), « à partir de 1882, le corps des accoucheurs est créé et marque le déclin des sages-femmes ». Il existe une concurrence entre les accoucheurs

et les sages-femmes libérales, le taux de natalité baisse, les accouchements se font de plus en plus dans les hôpitaux. Les temps sont difficiles, de plus en plus de sages-femmes quittent le libéral pour les hôpitaux où elles se retrouvent sous l'autorité du médecin, D'autres sages-femmes pratiquent l'avortement, et font peser une suspicion sur toute la profession.

La formation pratique et théorique des médecins s'améliore, La démographie médicale augmente alors que celles des sages-femmes diminue. On recense 11 286 sages-femmes en 1936 alors qu'elles étaient 13 011 en 1906 ; dans le même temps, les médecins passent de 18 211 à 25 930.

Entre les deux guerres, l'Etat et les médecins tentent de faire des maternités, des hauts lieux de soins, les sages-femmes n'y ont qu'un rôle subalterne. Parallèlement elles subissent la concurrence des infirmières et des assistantes sociales. En 1928, la création de l'assurance maternité ou encore en 1932 la création des allocations familiales ayant pour but la stimulation de la natalité, affaiblissent les sages- femmes, en assurant un monopole aux hôpitaux et aux médecins libéraux. En effet, pour toucher les allocations, il faut déclarer la grossesse auprès uniquement d'un médecin et faire suivre son nouveau-né par un pédiatre. A la libération, les mesures sont étendues à toute la population.

Sous le régime de Vichy, les sages-femmes, bénéficient d'une loi revalorisant substantiellement leur profession : le 17 mai 1943, cette loi porte à trois années la durée des études de sages-femmes et fait rentrer la formation dans le cadre universitaire, en plaçant les écoles sous l'autorité des doyens de faculté de médecine. Un diplôme d'état sanctionne la fin des études. Il est assimilé à un titre de l'enseignement supérieur. Les sages-femmes obtiennent le statut « de corps médical spécialisé », il affirme une « expertise de genre » (Schweyer, 1996) : il faut être femme pour être sage-femme.

2.1 Du libéral à l'hospitalier

En 1950, 47% des accouchements se font encore en libéral. Pendant le Baby boom, les naissances deviennent un « marché en expansion ».

Des hôpitaux publics sont construits, les cliniques privées se multiplient. Dans ces structures, le rôle de la sage-femme est celui d'une auxiliaire, corvéable à merci. Le gynécologue obstétricien vient faire l'accouchement afin de toucher le forfait accouchement de la sécurité sociale. Dans les cliniques privées on sous entend que

l'accouchement physiologique fait par le médecin est de meilleure qualité que celui de la sage-femme, ce qui place cette dernière dans l'entière dépendance du médecin dans la mesure où il peut, à n'importe quel moment, prendre l'accouchement physiologique de la sage-femme.

Les années 1970 sont des années de grands bouleversements pour les sages-femmes, aussi bien au niveau du mode d'exercice, que du contenu même de leur travail.

Tout d'abord, les décrets de périnatalités sont inspirés par un impératif sécuritaire, joint à la sophistication des savoirs et du savoir-faire. Ils imposent dans ce domaine la suprématie absolue du corps médical (Knibiehler, 2007).

En 1972, le premier décret impose le regroupement et la fermeture des petites et moyennes structures. Certaines étaient encore tenues par des sages-femmes.

Lors du décret 1976, les sages-femmes libérales qui pratiquent l'accouchement à domicile se voient fermer l'accès à des plateaux techniques spécialisés en cas de problèmes. Elles cessent donc pour la plupart cette activité jugée alors trop risquée. Le remboursement des séances de Préparation Prophylactique Obstétricale et de rééducation périnéale, seules activités que les libérales peuvent encore faire, ne seront remboursées à hauteur « d'actes obstétricaux » qu'en 1982 (avant, le remboursement est très modeste). Compte tenu des limitations de leurs activités, certaines sages-femmes libérales ont réalisé des actes infirmiers, malgré les recommandations inverses de l'ordre.

Néanmoins, le principal résultat de ces réformes a été l'abandon de l'exercice libéral au profit de l'hospitalier.

A l'hôpital, les sages-femmes entrent dans la fonction publique hospitalière.

En 1970, le statut se décline dans le titre IV du code de la fonction publique dans lequel figurent les professions paramédicales. L'organisation de leur activité en établissement hospitalier est identique à celle des professions non médicales.

Tant sur le plan symbolique qu'organisationnel, les sages-femmes sont sous la dépendance du médecin.

2.2 Les sages-femmes et les incontournables techniques.

Dans la deuxième moitié du XXème siècle, la médecine fait des découvertes considérables, ce qui fait de l'obstétrique une discipline de prestige et renforce la reconnaissance sociale des gynécologues obstétriciens, devenus de vrais scientifiques. D'autant plus que les techniques se multiplient : découverte du monitoring, puis de l'échographie en 1970, de l'amniocentèse, permettent le développement du diagnostic prénatal, ultra technique.

Toutes ces techniques ont plus ou moins d'influence sur le travail des sages- femmes. Mais la technique qui vient bouleverser le contenu du travail des sages- femmes, leur rapport à la femme et la répartition des tâches avec les médecins, se nomme péridurale. Elle fait son apparition dans les salles de naissances à la fin des années 1970. L'expansion de la technique est fulgurante. En 1981, elle n'est pratiquée que dans 4% des accouchements, en 1995 dans 49%, pour atteindre 70 % des accouchements en 2000.

La péridurale introduit un troisième acteur en salle de naissance : les anesthésistes, ils constituent une deuxième tutelle médicale pour la sage-femme, et cassent le « tête à tête » entre la femme et la sage-femme.

Dès 1953, les sages-femmes avaient été initiées au principe de l'Accouchement Sans Douleur (ASD) puis s'engouffrèrent dans le mouvement contestataire féministe et écologique de 1970. Elles ont acquis des compétences particulières en accompagnement : les unes basées sur le maternage (massage, encouragement, proximité…) et les autres basées sur des séances de préparation à la naissance enrichies avec le yoga, la sophrologie, l'acupuncture, l'haptonomie...

La péridurale remet donc en cause la nature même de leur fonction. Des sages- femmes sentent que ces compétences spécifiques que sont le maternage et les cycles de préparation à l'accouchement risquent de disparaître. Certaines sages- femmes ont donc une position défensive face à la technique, la médicalisation de l'accouchement qui relève d'une autre idéologie (Carricaburu, 1986).

Cette position défensive, s'articule autour de trois points relatifs à la perte de l'accompagnement (Jacques, 2007). Premièrement la technique par les surveillances annexes (examens, échographie, perfusion…) reduit le temps avec les patientes, la sage-femme perd alors son savoir spécifique, l'accompagnement. Il y a la peur est alors

de devenir interchangeable avec d'autres professionnelles. Deuxièmement le savoir-clinique, peut être considéré comme une sorte d'accompagnement car c'est un soin personnalisé, il est peu à peu remplacé technique. Enfin, la parole peut être utilisée comme technique (par exemple en cas de blocage psychologique) la maîtrise de la parole devient alors une expertise au même titre que la technique.

Pour d'autres sages-femmes, la péridurale est perçue favorablement, car augmentant leurs compétences techniques, ainsi que leurs connaissances scientifiques. La sage-femme est valorisée par la connaissance à l'instar de la condition médicale, ce qui provoque chez les collègues réfractaires, une impression de « petits médecins » vis-à-vis de celles qui trahissent le sentiment de corps.

Mais qu'en est-il de l'autonomie dans chacune des deux visions ?

Dans la position défensive, la péridurale vient limiter l'indépendance que les sages-femmes ont acquis en contrôlant les cycles de préparation à la naissance, et la quasi-totalité des accouchements normaux. La compétence dans l'indépendance est assimilée à l'autonomie. Il s'agit d'une part d'une « conception corporatiste » de l'exercice de la fonction (Segrestin, 1985 ; Carricaburu, 1986) qui s'appuie sur un double refus : celui de la réorganisation des tâches et celui de voir l'autonomie, renégociée. D'autre part il s'agit d'une conception de l'autonomie propre à la médecine libérale (Friedson, 1984), où un « patient malade » vient s'adresser à un « individu professionnel » forcément polyvalent. Or, avec la montée de la spécialisation, ce modèle est devenu obsolète. Le plus souvent, le patient bénéficie d'une prise en charge multidisciplinaire où une part importante du travail des professionnels consiste à leur coordination. La nature des tâches en est modifiée et fonctionne selon un principe d'interdépendance (Strauss et al, 1985).

Les sages-femmes plutôt favorables à la technique, acquièrent de nouvelles connaissances, une expertise en plus, ce qui leur permet de discuter avec le médecin et de se rapprocher ainsi de la condition médicale. La technique n'est pas vue comme venant s'opposer à la physiologie, mais elle vient l'encadrer, et mieux prévenir la pathologie (Jacques, 2007) ce qui est un changement complet de paradigme pour les sages-femmes. En acceptant de réinjecter la péridurale et plus largement la médicalisation, les sages-femmes « techniciennes » acquièrent des bénéfices immédiats, une valorisation grâce à la proximité médicale mais c'est au prix d'une perte de contrôle

sur le contenu du travail et de l'acceptation de l'interdépendance qui vient limiter leur autonomie (Jacques, 2007).

On peut expliquer le succès de la péridurale et plus largement de la médicalisation (déclenchement, césarienne, travail dirigé, échographie…) en quatre facteurs qui ont retenti sur le travail des professionnels de l'obstétrique.

La péridurale tend à être la norme. Le travail dirigé a été extrêmement banalisé par la péridurale : la femme ne sent pas la douleur, on peut donc accélérer le travail de la femme et dans le même temps celui des professionnels...La médicalisation de l'accouchement permet de pallier à des contraintes organisationnelles. et prévoir l'activité (plusieurs accouchements en même temps, équipe au complet le jour…) et donc d'avoir une emprise plus importante sur l'accouchement qui est par définition imprévisible

Aujourd'hui, il ne reste plus beaucoup de travail naturel considéré par les médecins comme du « domaine des sages-femmes » (Carricaburu, 2005). En effet, ces dernières sont soumises à des politiques de service. Et même s'il y a parfois quelques réticences à diriger le travail ou à déclencher l'accouchement, elles ne sont pas les décideuses. De plus, on ne peut nier qu'elles sont aussi sensibles aux contraintes organisationnelles et souhaitent répartir au mieux la charge de travail.

La péridurale rentre aussi dans une logique de prévention des risques. L'obstétrique française s'est construite selon un modèle pathologique : l'accouchement est un moment à risque mortel pour la mère et l'enfant, même si jusque là le contexte obstétrical était physiologique. Avoir une péridurale garantit en cas de problème obstétrical imprévu, une anesthésie sécuritaire.

La sécurité est de plus en plus importante pour les professionnels de l'obstétrique. En effet, les pressions médico-légales sont de plus en plus importantes, elles entrainent un glissement de champs de compétence d'accouchements autrefois dit physiologiques de la sage-femme vers les médecins à cause des exigences sécuritaires, comme les accouchements du siège ou les gémellaires (Carricaburu, 2010). On peut remarquer que quelque soit le niveau de maternité, le recours aux techniques est important : en effet contrairement à ce qu'on pourrait penser, les petites maternités 1 et 2, recourent facilement aux techniques, et ce, pour des contraintes de sécurité. Ces maternités ne disposent pas des plateaux techniques (équipes médicales présentes 24h/24 et services pédiatriques spécialisés) comme les structures de niveaux 3. Les professionnels, sages-femmes et médecins, tendent par prudence à légitimer leur recours

à technique (déclenchement, péridurale, échographie supplémentaire…) (Jacques, 2007).

Il apparait que la médicalisation de l'accouchement par la technique, rend nécessaire l'interdépendance. De plus le développement des techniques ainsi que des responsabilités médico-légales augmentent le recours aux médecins (Schweyer, 1996 : 98) par conséquent l'autonomie de la sage-femme diminue. Schweyer considère que « l'évolution générale du contexte de travail assimile objectivement leurs professions [des sages-femmes] à une profession paramédicale. » (1996) de plus il affirme que « leur expertise professionnelle se réduit à une conception de la « mission », à une approche relationnelle et globale de la pratique professionnelle qui ne semble pas si éloignée des discours sur le rôle propre infirmier » (1996) L'autonomie et le rôle de la sage-femme sur le terrain, changent, sans pour autant que la sage-femme aie une maîtrise dessus.

Parallèlement à cette division du travail entre sages-femmes et obstétriciens sur le terrain, les sages-femmes ont entamé dès les années 80 un processus dynamique d'acquisitions des caractères externes de reconnaissance médicale et des critères de « profession », au sens anglo-saxon.

2.3 Les sages- femmes : une profession à part ?

Afin de mettre en lumière ces mécanismes on les mettra en regard des quatre critères qui fondent une profession pour Freidson (1984) :

- Une profession « doit maîtriser et établir le contenu de la formation » (Freidson, 1984) ;

Les écoles de sages-femmes sont dirigées par la directrice sage-femme et le gynécologue obstétricien directeur technique et d'enseignement qui fixent le contenu des programmes. Ces derniers sont directement inspirés de la médecine curative de pointe, qui ne correspond pas spécialement à la spécificité revendiquée par les sages-femmes. Les enseignants sont principalement des médecins. La majorité des épreuves importantes du diplôme d'état sont testées sur les matières enseignées par les médecins.

En 1985, les sages-femmes obtiennent une quatrième année d'étude, tournée vers l'échographie, les sciences humaines, la planification et la Pmi, les pouvoirs publics ne veulent pas cantonner les sages-femmes à un aspect trop technique du métier. Même si cette année ne change pas l'emprise médicale sur les études, cela révèle une tentative de maîtrise du contenu de la formation, vers un aspect plus spécifique du rôle de la sage-femme : l'accompagnement.

-Une profession a la maîtrise des conditions d'entrée dans la profession, ainsi que le contrôle des professionnels déviants qui ne peuvent être jugés que par leurs pairs (Ibid.).

C'est le rôle de l'ordre des sages-femmes, à sa création en 1943, qui est néanmoins une sous section de celui des médecins, avec un médecin pour président.

En 1995, la réforme de l'ordre des sages-femmes permet à une sage-femme d'être présidente, et donne la compétence disciplinaire aux conseils régionaux pour les infractions déontologiques commises. Cette réforme est très bien accueillie par les sages-femmes qui y voient une manière de défendre leurs intérêts communs et une reconnaissance de la part du législateur. En régulant elle-même la partie législative de la profession, les sages-femmes font l'acquisition d'une autonomie institutionnelle, et d'un poids supplémentaire auprès des pouvoirs publics. L'ordre est alors sensé refléter une certaines unicité de la profession, au moins en façade.

-Le dernier point concerne la maîtrise des professionnels du contenu de leur travail, autrement dit la division des tâches (Ibid.).

Les sages-femmes agissent par délégation, elles ne peuvent donc pas décider du contenu propre de leur travail. La division du travail est sous contrôle du médecin et les normes de qualité pour le travail sont dictées par le corps médical. En effet, ils sont les producteurs essentiels des connaissances médicales en physiologie et en pathologie.

En 1986, les sages-femmes font pression pour obtenir le droit de pratiquer les échographies : cette demande vise à maîtriser cette technologie. Elles mettent en avant leur spécificité relationnelle pour pratiquer l'échographie comme à chaque acquisition d'un champ d'expertise plus large.

C'est une demande de la profession visant à maitriser le contenu de son travail. Seul bémol, le principe de délégation est toujours présent. En effet, l'Etat est venu légiférer

sur un phénomène qui était déjà existant. La demande d'échographie étant trop importante pour le nombre de médecins, ils ont du déléguer les échographies de dépistage aux sages-femmes.

On peut donc voir que la profession de sage-femme est dans un processus dynamique d' acquisition des caractères externes de reconnaissance médicale et de critères de « profession », par l'acquisition des 4 ans d'études, la pratique des échographies, d'un ordre professionnel… tout en restant sous la tutelle médicale et en étant de plus en plus encadrée par elle, à cause de la médicalisation.

2.4 La profession en 2010, données démographiques,

Au 1er janvier 2010, le répertoire ADELI dénombre 20 040 sages-femmes sur la France entière, dont 82 % de salariées, et 18 % de libérales. L'évolution des effectifs de sages-femmes entre 2000 et 2010 fait apparaître une hausse constante et régulière des effectifs, avec un taux de croissance sur 10 ans de 34,8 % et un taux de croissance annuel moyen de 3 %.

La profession compte 98,2 % des femmes pour 1,8 % d'hommes, c'est donc une population extrêmement féminisée.

L'âge moyen est de 42 ans (42 ans pour les femmes et 32 ans pour les hommes).

On recensait en 2008, 2 688 sages-femmes libérales. La croissance de l'effectif des sages-femmes libérales, en moyenne de +6,1 % par an depuis 1995, est supérieure à celle de l'ensemble de la profession et s'accélère depuis 2004. Ainsi, la forte hausse de l'année 2007 (+6,9 %) s'accélère encore en 2008 (+8,8 %). On peut noter une augmentation de l'installation en libérale chez les jeunes sages-femmes.

2.5 Le mode de recrutement par PCEM1

Pour mieux comprendre les enjeux d'une profession, ou de ses représentants, à réclamer un tel mode de recrutement, il est important d'identifier les principaux facteurs externes et internes qui ont aboutit en 2002 à la généralisation nationale du mode de recrutement par pcem1. Nous avons identifié trois phénomènes principaux, Après les avoir définis, nous allons voir leurs articulations.

A la fin des années 80, la France tant à s'ouvrir à l'heure européenne, où dans la plupart des pays les sages-femmes sont paramédicales, les sages-femmes françaises sentent leur spécificité médicale menacée. Il germe donc l'idée aux sein de certaines associations

professionnelles comme l'ASFEF (Association des Sages Femmes Enseignantes Françaises) de créer une sélection commune avec les médecins d'autant que le diplôme d'Etat de sage-femme est déjà remis par l'université via la faculté de médecine. (Knibielher, 2007)

Parallèlement à ce phénomène, l'école de Grenoble démarre la sélection par PCEM1 en 1992. Madame Gironna, directrice de cette école, avait été présidente de l'Association des écoles de sages-femmes en 1985. A ce poste, elle avait remarqué dans certains endroits, sous l'influence des gynécologues obstétriciens, l'appauvrissement technique dans la formation initiale des sages femmes afin de mieux les « maintenir en subordination » (Knibiehler 2007). Inquiète pour l'avenir de la profession, « j'ai vu le salut » lorsque le doyen de la fac de médecine, lui parle du recrutement par p1 pour les kinés, il trouve légitime que les sages-femmes aient la même revendication (Knibiehler 2007). Madame Girona avec l'aide « inconditionnelle » du directeur technique, n'aura de cesse de plaider la cause du mode de recrutement auprès des instances universitaires grenobloises et nationale (conseil de perfectionnement).

Le projet devait être pilote pendant 5ans, il a perduré pendant 10ans, sans aucune évaluation. Certaines écoles comme Marseille ont réclamé un mode de recrutement identique, mais cela a été refusé. Il existe donc une situation « d'endormissement » autour d'une situation expérimentale qui s'était constituée grâce à un contexte local favorable et au prix d'efforts d'une personnalité décrite comme charismatique, qui avait le soutien de médecins influents.

Au sein des instances nationales, le projet grenoblois est donc reconduit chaque année. Peu à peu au sein des mêmes instances, le nombre croissant d'étudiantes qui entament des études de sages-femmes après avoir échoué la première année de médecine, interpelle. On s'interroge alors sur le fait de recruter par pcem1 les étudiantes sages-femmes. Il germe l'idée qu'en plus de s'assurer de la reconnaissance médicale sélectionner par PCEM1 permettrait « d'arrêter de faire un cursus par l'échec » et de faire un « cursus par la réussite» (Knibiehler, 2007).

Dans les années 2000, il y a donc de plus en plus d'étudiants qui se dirigent vers la filière sage-femme, après un échec en médecine. Grenoble est une situation pilote avec un recrutement par PCEM1. Les manifestations majeures des années 2000 vont entériner de façon inattendue, le mode de recrutement par PCEM1

La première mobilisation a lieu en 1999, les sages-femmes libérales se mettent en grève et obtiennent la suppression d'un décret en cours de rédaction par Mr Friedman. Il visait à dérembourser une partie des séances de préparation à l'accouchement, ce qui aurait amputé une grosse partie du salaire des sages- femmes libérales (Knibhieler 2007).
En août 2000, par économie, le ministère décide le gel des actes obstétricaux des sages-femmes. En décembre 2000, les étudiants sages-femmes (2000 sur 2500) manifestent pour la reconnaissance Bac+4 de leurs études. Pour rajouter au tableau, l'année 2000, avait connu une forte hausse de natalité, entrainant une surcharge de travail pour les soignants. La mise en place des 35h allaient bientôt alourdirent encore cette charge de travail. (Kniebheler2005)

Dans ce contexte difficile, la parution le 14 mars 2001 des grilles des salaires de la fonction hospitalière met le feu aux poudres. En effet, la profession de sage- femme était la seule profession de toute la fonction publique qui n'avait pas été revalorisée du point de vue financier. Folles furieuses, elles entament la première grève générale de leur histoire.

Cette grève peut être qualifiée d'exceptionnelle car pour la première fois les sages-femmes entraient en politique, elles essaient de s'associer, et ce, malgré les différences entre hospitalières, libérales et parisiennes, provinciales (Knibiehler 2007). La grève générale a débuté le 20mars et s'est terminée le 27 avril 2001, les sages-femmes n'assuraient plus que les gardes, toutes les tâches non urgentes étaient suspendues (consultation, préparation à l'accouchement, administratif…) mais les patientes n'étaient pour autant abandonnées, beaucoup de femmes ont d'ailleurs soutenu la manifestation. La grève a duré 38 jours, avec des manifestations dans beaucoup de régions et 4 défilés parisiens. Il est important de souligner que si le manque de reconnaissance ainsi que le « ras le bol général »de la profession était un sentiment unanime, les revendications étaient plus chaotiques. Il s'élevait des critiques face aux nouvelles conditions de la naissance, aux conditions de travail, à la montée du médico-légal. Il en est pourtant ressorti des motivations d'ordre salarial comme dans cet extrait ladépèche.fr publiée le 21/03/2001. «Elles réclament la reconnaissance du diplôme de sage-femme à bac + 4; la revalorisation des grilles indiciaires du public ; une rémunération identique entre les sages-femmes du public et les sages-femmes du privé, beaucoup moins bien payées; la levée du gel de la nomenclature pour les sages-femmes libérales. »

La « coordination de la grève » organise les manifestations de la grève et négocie avec le ministère, elle se compose de syndicalistes, de sages-femmes hospitalières, quelques sages-femmes libérales, d'associatives (mais sur ce point les versions différent). La directrice de Grenoble déclare avoir fait partie de cette coordination, du moins au début. Elle a plaidé la Pcem1 lors d'une entrevue avec le ministre Bernard Kouchner (Knibielher 2007). La coordination a connu des luttes de pouvoir, surtout au moment de négocier la fin de la grève. Le passage par p1 est décrit « comme un gros point de tension » parmi les sages-femmes de la coordination. Au bout de 4h de négociation la première grande grève des sages- femmes prend fin après plus de 38 jours de mobilisation dans toute la France.

Les principales acquisitions de la grève portent sur des augmentations de salaires dans le secteur public, pour le privé à chaque directeur de clinique de mieux repartir son budget pour augmenter les sages-femmes. Le ministre s'engagea à la création de trois maisons de naissances qui ne fut pas réalisée. A propos des effectifs, il devait acquérir une vision d'ensemble vis-à-vis de la démographie des autres soignants… (Kniebehler 2007).

Il s'avère qu'une des seules mesures concrètes apportée par la grève de 2001, est l'acquisition du mode de recrutement par pcem1. Ce qui provoqua de l'amertume chez beaucoup de sages-femmes de terrain et de militantes, qui étaient venues manifester parce que mécontentes de l'évolution globale de leur profession et du manque chronique de reconnaissance pour leur autonomie (maisons de naissances). Elles se sont mobilisées autour de problèmes plus larges qui touchaient l'évolution de la naissance (médicalisation, montée du médico-légal…) (Knibiehler, 2007).

Il apparait donc, que le mode de recrutement par PCEM1, avant la manifestation était une demande principalement des associations de sages-femmes. La coordination ayant parmi elle des représentants d'associations a vu en cette réforme un espoir de reconnaissance en plus.

L'acquisition du mode de recrutement par PCEM1 n'est donc pas issue d'une demande claire et ferme de la profession de sage-femme mais plutôt de ses représentants dont les idées ont circulé parmi la coordination.. La loi de 2002, étend l'expérience de Grenoble au niveau national, les étudiants passeront par le concours médecine, dentaire, sage-femme, réaffirmant le caractère médical de la profession. L'enjeu, c'est la valeur reconnue de la profession ainsi que le maintien des privilèges associés, qui selon

Friedson ne doivent pas être arrachés par la profession et ses représentants mais concédés par la société. Grâce au PCEM1 certaines sages-femmes continuent le chemin vers la professionnalisation, avec la recherche et l'université qui se profilent au loin. Il subsiste néanmoins des mécontents, les sages-femmes qui ont l'impression que la profession ne va pas dans le sens qu'elles auraient voulu.

On peut donc alors se demander comment les identités professionnelles des sages-femmes sont influencées par la médicalisation à la fois du mode de recrutement et de la naissance ?

De plus PCEM1 amorce un processus de professionnalisation (au sens anglo-saxon du terme comme voir plus haut) Quels est le positionnement des sages-femmes sur ces grands chantiers (recherche, université) rendus possible grâce à l'acquisition du PCEM1 ?

Est-ce que le passage par PCEM1 n'est qu'un écran de plus dans l'acquisition des caractères externes d'autonomie ? En quoi cela remet- il en cause les rapports avec la profession médicale dominante ?

L'identité professionnelle est une notion complexe et multifactorielle. Résultat de la réciprocité entre les institutions et les individus qui les composent et s'y construisent. Les institutions qui sélectionnent, forment et emploient les sages- femmes ainsi que les interactions avec les professionnels et les profanes, participent à l'établissement de l'identité professionnelle.

Sous l'influence de la médicalisation croissante dans les domaines de la naissance et du mode du recrutement des sages-femmes : Quelles sont les identités professionnelles de sages-femmes ?

METHODOLOGIE

Méthodologie.

Afin de mieux comprendre les identités professionnelles des sages-femmes, nous avons choisi pour notre enquête de réaliser des entretiens semi-directifs. Un questionnaire qui étudierait une répartition de variable ne permettrait pas de mettre à jour des processus parfois complexes, des représentations sociales, propres aux professionnels. Les entretiens se situent dans une perspective exploratoire.

Nous avons réalisé seize entretiens. Quatorze avec des sages-femmes et deux avec des gynécologues obstétriciens.

La pratique des stages dans des maternités de la région a permis de recruter nos enquêtés.

Dans ce contexte de médicalisation à la fois des pratiques de terrains et de la formation des sages-femmes, il a été choisi d'interroger des sages-femmes de terrain, des cadres, et des membres d'association ou de l'ordre qui ont fonction de porte parole ; (dans cette dernière catégorie il y a une sage-femme libérale) ainsi que deux gynécologues obstétriciens de maternité de niveau 3. Pour assurer la confidentialité, nous n'avons pas détaillé outre mesure les caractéristiques sociodémographiques de quelques enquêtés, facilement identifiable par leurs rôles au sein des institutions.[1]

L'identité professionnelle peut être influencée par la formation et les conditions d'exercice. Nous avons donc choisi d'interroger des sages-femmes qui travaillent dans des maternités de niveau 1, 2, 3, formées en 3, 4, 5 ans, afin de repérer les éléments incontournables de l'identité professionnelle mais aussi les différences : l'enjeu est d'essayer de comprendre pourquoi. (est ce la formation ? le mode d'exercice ? d'autres évolutions ?...)

Nous avons élaboré un guide d'entretien, qui regroupait les principaux thèmes à aborder, il permet de ne pas en oublier et d'élaborer des relances pertinentes au cours des entretiens. Les questions sont pensées à l'avance mais pas leur ordre, ainsi on peut laisser la personne faire quelques digressions, l'entretien n'en est que plus « naturel ». En procédant de cette manière, au moins théoriquement, on obtient un discours libre qui répond aux interrogations de la recherche.

---

[1] Voir Annexe 1

Parmi les grands thèmes abordés lors des entretiens avec les sages-femmes, la première partie s'attachait à dresser un « profil de la sage-femme, de savoir quelle était sa représentation du métier, son rapport à la technique au relationnel, avec les autres professions (notamment les gynécologues obstétriciens) sa vision de l'autonomie. Dans un deuxième temps nous sollicitions leur avis sur le recrutement actuel des sages-femmes, leur positionnement face à l'extension récente du champ de compétences des sages-femmes, la recherche en maïeutique et leur vision de l'avenir du métier de sage-femme.

Avec les gynécologues obstétriciens, nous leur avons demandé avis sur l'évolution de la formation de sage-femme et son impact possible sur les étudiants et les sages-femmes, l'évolution des compétences des sages-femmes, la recherche en maïeutique.

L'enquête a eu lieu dans des maternités de la région de type public. Les seize entretiens se sont déroulés de juin 2010 à Janvier 2011, d'une durée moyenne d'une Heure, minima à 45 mn et maxima 2h30. Nous n'avons pas interrogé d'hommes, car ils représentent une minorité parmi la profession (1,8 % ONDPS, 2010) ils peuvent avoir leurs propres systèmes de représentations.

Au fil des entretiens, leur productivité décroit, il y a de moins en moins d'informations nouvelles. Il s'agit de « la saturation » plus qu'un signal de fin c'est un processus de garantie méthodologique. En s'obligeant à recueillir des données jusqu'à épuisement des thèmes et des sous-thèmes, on se soumet à une procédure de validation relative des données. C'est ce qui a été réalisé dans notre étude.

Les entretiens enregistrés sur le dictaphone sont tous retranscrits intégralement sur papier, pour permettre l'analyse. Chaque interviewé a un système de représentation propre face un événement particulier, des similitudes permettent de croiser les informations et de les regrouper autour de « groupe stratégique » pour structurer la pensée. C'est la triangulation.

Deux critères peuvent être retenus (Sanjek) pour la validité :

-les théories du chercheur se fondent sur des données de terrain qui constituent elles-mêmes la preuve de ses théories. Nous avons donc organisé au sein de l'analyse des citations, des entretiens.

- le chercheur rend compte du « cheminement du terrain », c'est-à-dire : qui sont ses informateurs et comment a-t-il recueilli ses informations. [1]

Nous allons donc voir les résultats de nos entretiens dans l'analyse qui suit.

[1] Voir Annexe 1

ANALYSE

Le PCEM1 s'inscrit donc dans une médicalisation croissante et constitue notamment un pas de plus vers l'acquisition des caractères des professions (au sens anglo-saxon du terme, comme vu précédemment).

Au cours de nos entretiens nous avons pu voir les différents positionnements des sages femmes face à ces aspects et au terme de l'enquête qualitative et de l'analyse des données récoltées, nous avons dégagés trois positionnements, qui traduisent des, profils types - au sens de l'idéal typique de Weber[3] - de sages-femmes. Ces positions sont les suivantes : la première position est celle que nous avons intitulé la position défensive caractérisée, par une vision plutôt hostile à la technique dans la mesure où elle menace l'accompagnement de la sage femme, la deuxième position vise à acquérir le statut de profession, être l'égal du médecin dans le domaine limitée imparti aux sages-femmes. Enfin la position « indifférente » ou « négociée » accepte plutôt bien la situation actuelle, selon certaines conditions.

Nous allons consacrer cette partie analytique à l'explicitation de chacun de ces positionnements.

I La « position défensive »

Cette position se situe dans la continuité de la réaction « protectionniste corporatiste », observée par Carricaburu lors de son étude sur les sages femmes face à l'innovation technique, et notamment de la péridurale (1986). En effet, l'auteur montre que l'arrivée de la péridurale a remis en cause l'organisation du travail de la sage femme, son autonomie, sa relation avec la patiente. Et plus que tout, il semblerait que ça ait modifié son rapport à la technique. Des sages femmes, qualifiées plutôt « techniciennes » sont attirées par la technique et l'acceptent volontiers, car elles sont valorisées par le rapprochement avec la profession médicale. Cependant leur autonomie s'en trouve limitée car elles vont davantage être soumises au principe d'interdépendance (Carricaburu, 1986).

Strauss a d'ailleurs bien montré que ce principe d'interdépendance était une caractéristique forte de l'organisation du travail des professionnels, conséquent de la

[3] Un idéal type est un concept sociologique. Il s'agit d'isoler des traits significatifs d'un phénomène social, afin de construire un *model* qui permet la réflexion.

logique de spécialisation. Il ajoute que cela induit par conséquent un « travail d'articulation » de plus en plus important. Le travail d'articulation se définissant comme le travail supplémentaire qui « doit être fait pour que les efforts collectifs de l'équipe soient finalement plus que l'assemblage chaotique de fragments épars de travail accompli » (Strauss, 1992)

A l'inverse, d'autres sages-femmes regrettent le métier de sages femmes avant l'augmentation des techniques, de la médicalisation et de l'exigence sécuritaire. Dans ce positionnent le mode de recrutement par P1 est perçu comme un élément supplémentaire de la marche vers la médicalisation de la profession de sage femme au détriment de valeurs plus spécifiques propre à la « vocation » de la sage femme.

La position défensive est fortement marquée par « la peur » d'une perte du rôle d'accompagnement, caractéristique identitaire forte dans la profession de sage-femme. Cet aspect fait d'ailleurs consensus chez l'ensemble des professionnels, indépendamment de leur positionnement à l'égard de la technicisation et de la médicalisation.

La position défensive peut être étayée en mettant l'accent sur quatre dimensions particulières : la conception de la naissance dans ce contexte de plus en plus médicalisé, l'hostilité vis à vis du nouveau mode de recrutement qui leur laisse craindre une perte des valeurs associées à la « vocation de sage femme ; la crainte d'une évolution de la profession vers un modèle plus « médical ; la remise en question de l'accompagnement conçu comme une spécificité de genre. Enfin un positionnement réfractaire à la recherche, jugé incompatible avec leur conception de la sage-femme.

1.1 Conception de la naissance

Dans l'idéal, Les sages femmes accompagnent psychologiquement et humainement un moment particulier de la vie des femmes et des couples, tout en assurant la sécurité grâce à la prise en charge technique. Il n'empêche que chaque sage femme développe certains aspects de sa profession, certaines sont plus « relationnelles » et d'autres plus « techniciennes », sachant que la frontière entre les deux n'est pas infranchissable, et que l'accompagnement est perçu comme une spécificité de la profession de sage femme, par tout le groupe professionnel.

Pour Madame A, sage femme formée en 3 ans et exerçant dans une maternité de niveau 3. Tout au long de sa carrière, elle a senti progressivement, une évolution « *générale* » de la naissance. Elle explique ainsi : « *souvent on met trop de technique dans ce qu'on fait, de plus en plus*». Par conséquent le métier au quotidien est influencé *« Comme il y a de la technique, ça devient technique, mais je pense que l'accouchement et la grossesse ça reste relationnel, la force de ce métier c'est le relationnel »* (Mme A). Elle réaffirme ici les priorités de son rôle.

Madame B, sage-femme de niveau 3, formée en 3 ans, met en avant une conception naturelle de la naissance, où l'accompagnement définit presque entièrement le métier de la sage femme *« Le corps humain va bien, donc moi sage femme je n'ai qu'à accompagner pour que ça continue d'aller bien »*. Contrairement à la conception prédominante issue du paradigme biomédicale ou la « maternité est un évènement risqué » (Jacques, 2007). Mme B a une vision physiologique de la maternité et par la même de son métier qu'elle met en évidence dans un discours un peu provocateur, *« Mettre au monde un enfant c'est quelque chose de simple, la femme de Cro-Magnon, elle mettait au monde son enfant, elle n'avait pas besoin de sages femmes »* (Mme B) .

Madame C, sage femme formée en 4ans, travaillant en niveau 1, pour elle, un des facteurs qui a motivé son choix d'exercice porte sur le relationnel dans la physiologie. En effet pour elle, la prise en charge technique en plus de changer son relationnel avec les couples, n'est pas sa priorité dans sa vision du métier, *« l'aspect technique, ça enlève beaucoup de choses par rapport à un accouchement physiologique, par rapport à la relation aux patients... je pense que ça m'ennuierait au bout d'un moment »*. Là encore l'aspect relationnel est mis en avant « *la prise en charge de chaque couple, de cette nouvelle parentalité, c'est un des aspects qui m'enthousiasme le plus* » (Mme C, sage femme, niveau 1, formée en 4ans).

Madame D, sage-femme de niveau 3, formée en 4 ans à une conception différente des sages-femmes citées précédemment. Ici, on a plutôt à faire à une sage femme « technicienne », assez proche, dans sa conception, du médecin, car elle est très portée sur le risque obstétrical. « *Par exemple sans toi, il (le nouveau né) aurait une chance sur 2 de mourir » (Mme D).*

Dans la conception de Madame D, la naissance correspond à un risque vital pour la mère et l'enfant. Cela justifie à ses yeux un certain interventionnisme dans la prise en charge de la naissance qui est organisée autour d'une éventuelle pathologie : « *c'est*

tellement plus facile de maîtriser l'eutocie que la dystocie, pour moi tu dois d'abord maîtriser la dystocie… il faut mieux savoir bien ventiler que de savoir faire un périnée intact. Le périnée intact tu t'en occuperas quand tu s'auras faire le reste» (Mme D). La pathologie constitue la priorité, la sage femme doit alors être dans le dépistage d'une éventuelle pathologie. *« Le rôle de la sage femme par rapport au médecin, c'est que la sage femme elle est là pour détecter les signes avant coureur »* (Mme D, sage femme de niveau 3, formée en 4ans).

La pathologie est ici omniprésente alors que les sages femmes sont censées avoir une pratique de l'accouchement physiologique. Dans une certaine mesure la technique est acceptée car pouvant prévenir la pathologie : *«j'aime le niveau 3, parce que tu as la super technicité… le boulot de la sage femme c'est pas que faire des accouchements, c'est aussi être une bon psychologue, bon pédiatre, bon anesthésiste, pour prendre en charge l'hémorragie de la délivrance. Si tu as des notions d'anesthésie ça peut t'aider »* (Mme D, sage femme de niveau 3, formée en 4ans). La technicité est recherchée pour la maîtrise de la pathologie.

Cette sage femme entre dans une position défensive, car elle déplore la perte du sens clinique, qui peut être considéré comme une sorte d'accompagnement, la clinique est perçue comme un moyen de surveillance, plus empirique mais plus personnalisé. : « *parfois, j'ai peur de l'évolution de la profession, on accorde trop d'importance au para clinique »* (Mme D, sage femme, niveau 3, formée en 4ans).

Elle considère que les nouvelles sages femmes utilisent trop facilement la technique au détriment de la clinique ; « *cliniquement, plus personne ne cherche, la fille qu'est ce qu'elle va faire et bien elle va prendre son écho ! »* (Mme D, sage femme, niveau 3, formée en 4ans). De plus elles ont une vision avec « *un versant plus médical, alors que des bons médecins il n'y en a pas beaucoup* » (Mme D). Les nouvelles sages femmes sont ressenties comme manquant au sentiment de corps, car elles pensent comme les médecins et adhèrent de plus en plus à leurs pensées « *elles vont plus s'appuyer sur des études, plus sur des réflexions de médecins, pas sur la réflexion de sages femmes, c'est comme si c'était en train de changer* ». Pour elle, la sage femme est dans l'intuition, le sens clinique, Plus que dans des savoirs théoriques ou dans la technique.

Finalement le sens clinique défini la sage femme, une perte de sens clinique, équivaudrait à une perte d'identité : *« la sage femme elle a un sacré 6ème sens, elle fait primer la clinique sur l'esprit, l'intuition sur le raisonnement »*. Ce qui rappelle le savoir fondée sur l'expérience de la matrone

Les sages femmes de la position défensive, perçoivent la médicalisation comme une menace contre l'accompagnement. Or le mode de recrutement par PCEM1, s'inscrit dans cette médicalisation. Au cours de nos entretiens nous avons pu identifier que PCEM1 constituait une perte de « la vocation de sage-femme ». Dans la position défensive les valeurs de la vocation sont utilisées pour critiquer le recrutement par PCEM1.

1.2 PCEM1 ou la perte de la vocation ?

Selon Knibiehler, « au milieu du XXème siècle l'éducation des jeunes filles visait encore à cultiver l'abnégation, le sens du dévouement et du sacrifice (2007)».
Ces valeurs considérées comme découlant de l'amour maternel, rappellent celles des bonnes sœurs fondatrices de la profession infirmière.

La vocation suppose une confusion entre rôle personnel et rôle professionnel. Par conséquent la motivation pour la profession est forcément exceptionnelle puisqu'elle fait quasiment partie intégrante de la personnalité. La vocation suppose aussi un relationnel fort puisque le professionnel est lui aussi investi de manière personnelle.

Les sages femmes de la position défensive sont globalement hostiles au mode de recrutement par PCEM1, la motivation inconditionnelle, le relationnel fort ainsi que l'abnégation sont des valeurs qui sembleraient diminuer chez les jeunes sages femmes, à cause de mode de recrutement.

1.2.1 PCEM1, une perte de la motivation ?

Lorsqu'on compare l'ancien concours de sages femmes avant celui par PCEM1, il est souvent associé dans les propos de ces sages femmes à celui d'infirmière, qui est toujours un concours à part, ce qui est censé présumer de la motivation de l'individu qui le passe, comme l'exprime Mme A : « *mes collègues, c'était des filles qui avaient*

décidé de faire ça, et qui avaient peut être passé infirmière ou d'autres concours comme ça » (Sage femme, niveau 3 formée en 3ans).

Cela correspond à vision assez idéalisée de la motivation présumée lorsqu'on passe un concours. Autant la comparaison avec les paramédicaux est souvent perçue négativement par les sages femmes - car elle rappelle la méconnaissance du grand public pour leur profession et la partie limitée de son autonomie - autant lorsqu'il s'agit de vocation, on parle aisément des paramédicaux, comme des représentants d'une culture considérée en voie de disparition chez les sages femmes.

La notion de vocation et la comparaison avec les concours paramédicaux est utilisée pour mettre en avant un éventuel manque de motivation des sages femmes nouvellement sélectionnées par p1. En effet contrairement aux concours paramédicaux, dont les candidats ont fait la démarche de passer un concours a part : les sages femmes recrutées par PCEM1 se sont vues proposer sage femme au concours PCEM1 alors qu'elles n'y avaient pas forcément pensées, ou à l'échec de médecine.

Madame E, sage femme de niveau 1 formé en 5ans, bien qu'étant passée par pcem1 avec comme premier choix médecine a complètement intégré le concept de vocation. Pour elle le recrutement par Pcem1 réduit la motivation « *ça te différencie seulement par le fait que tu ne voulais pas forcément faire sage femme*» Elle a une vision idéalisé de la vocation avant p1 « avant 90% de vocation, maintenant plus que 60%. [1]»

La vocation est évoquée comme quelque chose dont les origines sont parfois obscures. La phrase « *on ne fait pas sage femme par hasard* » est récurrente dans la profession et dans les entretiens. Chacun trouve une explication personnelle relative au choix de ce métier «*je voulais voir ma propre naissance* » (Mme I, sage femme niveau 2, formée en 3 ans) ; «*je pense que les sages femmes ont besoin de dominer quelque chose dans la relation mère/enfant* » (Mme D, sage femme niveau 3, formée en 4ans).

Pourtant derrière ce discours un peu idéal, on constate qu'avant 2002, les erreurs de parcours existaient. Par exemple entre 1990 et 2000, 40% des personnes entrées en 1ère année de sages femmes à l'école de Rouen avaient tenté médecine précédemment[2] sans compter les personnes qui avaient fait des années de facultés, ou d'école de langue…

[1] Voir Annexe 2

[2] Voir Annexe 2

On peut alors se demander si la vocation n'est pas dans un certain nombre de cas une vocation à postériori. A ce propos, Madame G, évoque un non dit dans la profession : « *il faut savoir aussi, que parmi les sages femmes de terrain aussi aujourd'hui vous avez des gens qui ont fait PCEM1, ce sont eux-mêmes des gens d'échecs. Ils accueillent désormais des étudiants qui symbolisent la réussite. Je pense surtout qu'aujourd'hui elles peuvent s'exprimer sur ce sujet. En effet, parler de sa frustration de p1 quand on a échoué à un concours et qu'on a finalement un métier, je crois qu'on ne dit rien* » (Madame G, sage femme cadre, formée en 3ans). Le mode de recrutement par PCEM1, aurait donc mis en lumière, un processus déjà ancien, la vocation présumée par un concours à part, s'avère idéalisée.

1.2.2 Le relationnel

La vocation suppose aussi un relationnel très important. Or « *on peut envisager de faire médecine sans relations vraiment humaines, alors que sage femme on ne peut pas faire autrement. Il faut être prêt à se... coltiner à la relation* » (madame B sage femme niveau3, formée en 3ans).
Donc pour certaines sages-femmes, le fait d'être passée par PCEM1 amène un doute sur la capacité relationnelle puisque tout le monde n'a pas forcément envisagé d'être un accompagnant en passant le concours global PCEM1.

Les nouvelles sages femmes brisent le sentiment de corporatisme fort chez les sages femmes (Schweyer, 1996). Le nouveau mode de recrutement sélectionne comme les médecins, la profession dominante et concurrente, qui par définition n'a pas la fibre accompagnante de la sage femme. D'ailleurs, historiquement les sages femmes mettaient en avant l'empathie, les obstétriciens, leurs savoirs rationnels.

Le mode de recrutement par PCEM1, sélectionnerait des personnes moins apte au relationnel.

Pour Madame B (sage femme formée en 3 ans, niveau 3), les sages femmes en tant qu'accompagnante de la naissance doivent être « *humbles* ». Or ; le concours P1 est considéré comme un recrutement « *d'élite* » parce qu'il mène vers médecine, et parce que la concurrence y est rude « on *vous glorifie un peu comme les classes prépa* ».

Pour cette sage femme le fait de réussir ce concours si difficile augmente l'égo et « *on ne peut pas demander une relation de soins à des gens prétentieux* ». Dans ce raisonnement, l'accompagnement si important pour la profession de sages femmes est donc compromis en raison même de ce nouveau mode de recrutement qui « *ne met pas en position d'entendre ces mères et ces pères* » (Mme B, sage femme formée en 3 ans, niveau 3).

Pour elle, le savoir des nouveaux recrutés est essentiellement livresque au détriment du « *toucher* », du relationnel et « *de l'humain* » et d'un certain sens pratique : « *il y en a qui ont deux mains gauches et ça c'est dommage* » soulignait-elle à l'occasion de l'entretien.

Le savoir livresque est ici vu de façon dépréciative car on pose un postulat implicite : une sage femme acquiert un grand savoir théorique au détriment du savoir pratique, relationnel et humain. Il y aurait donc une dichotomie entre les deux : « *en hypertrophiant le cerveau, on diminue le cœur et le pratique* » (Mme B). Dans la continuité de ce raisonnement, les personnes qui auraient réussi le concours P1 seraient des personnes douées de capacités intellectuelles certaines mais pas de compétences. C'est pour cela que cette sage femme déplore le fait qu'en sélectionnant les personnes par un mode de recrutement difficile, on laisse de coté celles qui seraient douées de relationnel et motivées, car moins portées sur les connaissances : « *en prenant le haut du panier, on exclut de là les gens qui ont une motivation et qui auraient le minimum requis pour y arriver* » (Mme B sage femme formée en 3 ans, niveau 3).

L'idée du compagnonnage est aussi valorisée dans ce type de discours : « *parce que ce feeling, ce contact, tu l'apprends pas dans les bouquins* » (Madame A, sage femme niveau 3, formée en 3ans).

Les sages femmes passées par PCEM1 suspectées d'avoir choisi cette orientation par défaut, sont perçues comme trahissant le sentiment de corps. « *Je trouve qu'on fait corps, corps des sages femmes. Quand il faut s'opposer aux médecins, on est vachement solidaire. J'ai trouvé qu'il y avait une petite différence elles sont* (les étudiantes) *plus proche du coté médecin c'est à dire plus dans la compréhension des médecins dans l'attitude que vis-à-vis des sages femmes* » (Mme C, sage femme, formée en 4ans, niveau 1).

Ainsi, ces sages femmes qui ont subi la sélection par P1, tendent davantage à être assimilées aux médecins. Madame B, , souligne à cet égard que les relations internes/sages femmes ont changé en faveur d'une relation plus égalitaire : « *désormais, vous êtes plus d'égal a égal car vous avez usé vos culottes sur les mêmes bancs* »(Mme B, sage femme formée en 3 ans, niveau 3).

Or, cette proximité avec les médecins risque selon certaines sages-femmes d'entrainer une perte de la spécificité de la sage femme : « *j'ai peur qu'en faisant des grosses têtes on lâche du terrain. Le médecin il n'a pas envie de vider le bassin, la sage femme intello elle ne va pas avoir envie non plus,... alors c'est le bassin puis après c'est autre chose* ». Elle poursuit en soulignant : « *le danger, c'est de perdre l'accompagnement de la sage femme. On sera fort en technique mais on fera plus le même métier* » (Mme B sage femme formée en 3 ans, niveau 3).

Pour madame D, avec PCEM1 : « *on a eu l'illusion de reconnaissance sociale parce que tu passes dans un cursus de médecine, alors que la vraie revalorisation ce serait de faire connaitre la profession et que les gens se rendent compte vraiment de ce que c'est que ton boulot et de ce que ça demande* » (sage femme formée en 4 ans, niveau 3). Le passage par PCEM1 apparait alors comme une reconnaissance institutionnelle, mais la reconnaissance du grand public est plus limitée.

Certaines vont encore plus loin, considérant que PCEM1 n'a permis aucune revalorisation du métier : « *le PCEM1 n'a rien ramené, ni au niveau de la reconnaissance, ni au du diplôme, ni au niveau du salaire* » (Madame A, sage femme niveau 3, formée en 3ans).

Ainsi, P1 n'est pas perçue comme une avancée ni en termes de reconnaissance ni en termes de qualité de la formation : « *on aurait dit qu'il fallait travailler un an à l'hôpital s'aurait été plus intéressant que de faire un an de PCEM1* » (Madame B, sage femme niveau 3, formée en 3 ans).

1.2.3 Un libéral sans abnégation ?

Pour faire preuve d'abnégation, il faut avoir la vocation sage femme.

Madame I souligne que la vocation s'exprimait il y a quelques années au niveau des horaires et du salaire : « *Ça c'est le problème des femmes, un grand nombre de femmes, on a toujours beaucoup donné de notre temps, de notre énergie, comme des bonnes*

sœurs par vocation. Tu peux faire 12h d'affilé, 13h, 14h, des heures sup sans être payée. On accepte assez volontiers, enfin on a accepté » (Mme I, sage femme de niveau 2 formée en 3ans).

Pour Mme E, la vocation sage femme s'exprime dans la pratique des accouchements qui est le cœur du métier de sages femmes « *sage femme, c'est quand même la pratique des accouchements* » (Mme E, sage femme niveau 1, formé en 5ans) et dans l'abnégation, c'est-à-dire en acceptant des nuits, des week-ends… comme le suppose l'exercice hospitalier actuellement. Le libéral représente un double manque de vocation car on ne pratique pas les accouchements et parce que les horaires y sont jugés moins fatiguant.
Dans sa conception de la vocation,[1] les sages femmes issues de PCEM1, seraient moins nombreuses à avoir la vocation, elles se dirigeraient vers le libéral parce qu'elles ne peuvent faire preuve d'abnégation notamment au niveau des horaires et parce qu'elles voudraient se rapprocher de la condition médicale : « *Je suis tranquille dans mon cabinet et je me rapproche de la condition de consultation de médecin, sans garde de nuit, sans les week-ends* ». Pour elle, au moment du choix de sage femme, les personnes qui avaient échouées médecine se seraient dit «*je prends sage femme mais je me mettrais en libéral : afin rapprocher de leur d'un idéal perdu* » (Mme E, sage femme de niveau 1, formée en 5ans).
Pour elle, une installation en libérale doit se faire dans l'abnégation « *Ce n'est pas pour dire je travaille jusqu'à 19h, je ne travaille pas le week-end. Si j'ai un monitoring à faire le dimanche, je le fais* » (sage femme, niveau 1, formée en 5ans).

1.3 La recherche, compatible avec le relationnel ?

Les sages femmes de la position défensive sont assez hostiles à la recherche.

Le positionnement de madame B se situe dans la continuité du postulat implicite développé contre PCEM1. Il y aurait une dichotomie entre savoir livresque et accompagnement. La recherche se situe dans la continuité de la critique contre le PCEM1, elle utilise d'ailleurs la même comparaison entre la recherche et le PCEM1, avec ironie : « *ça me parait magique, c'est hypertrophie du cerveau !* » (Mme B, sage femme formée en 3ans, niveau 3). La finalité envisagée, si les sages femmes font de la

[1] voir chapître 1.2.3

recherche, c'est une désertion du terrain, c'est-à-dire la disparition de la sage femme du chevet de la patiente. Par conséquent, les sages femmes perdraient donc leur spécificité d'accompagnement qui serait pris en charge par d'autres professionnels : « *quand on déserte un terrain, il est toujours repris par quelqu'un d'autre, la nature a horreur du vide ... Si vous avez moins de sages femmes, on va mettre autre choses, des infirmières, des aides soignantes, des maïeuticiens, des doulas* » (Mme B, sage femme formée en 3ans, niveau3). Autrement dit, la recherche est perçu comme la « mort » de la sage femme telle qu'elle l'a conçoit, car la recherche ferai disparaître, la spécificité des sages femmes qui prendraient alors le modèle du médecin : *« quelques part on commence à ressembler au médecin » (Mme B* sage femme formée en 3ans, niveau3*)*. Pour madame D, la recherche est aussi en opposition avec sa conception de la sage femme de terrain puisqu'il y a opposition entre le savoir clinique et livresque *« Plus tu vas être dans le fait de publier des papiers sur des recherches intellectuelles, moins tu vas être dans cette recherche sensitive»* (Mme D, sage femme formée en 4 ans, niveau 3).

Cette conception est le reflet d'une position défensive qui révèle un refus de perte de compétence clinique considérées comme essentielles dans l'exercice de la profession et tout aussi importantes, sinon plus, que le savoir livresque et paraclinique. La recherche ne correspond donc pas à la vision que les sages femmes ont de leurs rôles, la recherhce serait même incompatible avec la façon dont elles perçoivent leur travail quotidien. Madame E, avance que les personnes qui seraient tentées par la recherche, seraient ceux qui auraient pris sages femmes par défaut au concours PCEM1. Ils n'auraient pas la vocation, la recherche seraient donc un moyen de s'éloigner du métier de sages femmes. « *Au moins la recherche ça permettra à ceux qui veulent bifurquer de le faire dès que possible*» (Mme E, sage femme, niveau 1, formée en 5ans).

La recherche ne se situe donc pas dans la pratique quotidienne des sages femmes, puisqu'elle aboutirait à la perte de l'accompagnement, elle n'est envisagée que pour ceux qui n'ont pas la vocation, ou pour des avantages secondaires, comme pour Mme A, pour qui la recherche n'est pas envisageable dans l'état actuel de la profession : « *les filles une fois qu'elles ont fini de bosser, eh bien, c'est fini* » (Mme A, sage femme formée en 3ans, niveau 3). La recherche n'est pas perçue comme une priorité : « *il faudrait mieux avoir des voies dans les ministères*». Elle est plus appréciée pour des commodités d'ordre organisationnelles : *« j'y pense pas spécialement, mais quand tu fatigues la nuit, les gardes, commencer à 6h dans le service, ça peut être intéressant»* (Mme A sage femme formée en 3ans, niveau 3).

On est loin de la recherche envisagée par le segment plus « autonome » de la profession, comme nous le verrons dans la deuxième partie.

1.4 L'accompagnement, une spécificité féminine ?

Le nombre d'hommes sages femmes a augmenté depuis le mode de recrutement par Pcem1,[1] Certaines sages femmes les voient d'un très mauvais œil : « *ce n'est pas un métier d'hommes* » (Madame A sage femme niveau 3, formée en 3 ans). Les hommes en plus d'être suspectés du manque de vocation propre au recrutement par PCEM1 ne peuvent avoir « l'expérience du genre » ni l'empathie qui en découle, cette faculté à percevoir et ressentir les sentiments et les états d'âme de l'autre en raison de sa proximité sexuée (Charrier, 2007).

Au nom de cette empathie, certaines sages femmes adoptent vis-à-vis des hommes une position défensive car elles sentent l'accompagnement menacé : « *ce n'est pas une femme qui parle à une femme* » (Madame A sage femme niveau 3 formée en 3ans).

De plus, l'homme est plus souvent rapproché du côté médical : « *il reste quand même plutôt médecin* » (Mme A sage femme niveau 3 formée en 3ans). On retrouve la dichotomie homme/femme, rationalité/subjectivité. Les hommes seraient dépourvus devant le corps des femmes qui vivent l'expérience de la maternité (douleurs à l'accouchement..), n'ayant pas accès a cette empathie ils privilégieraient la technique : «*les hommes ont certes une sensibilité, mais ils auront une certaine distance, au corps il va se retrancher derrière la technique* » (Mme I, sage femme niveau 2, formée en 3ans).

Ainsi l'augmentation des hommes sages-femmes dans la profession est perçue comme dangereuse car introduisant des valeurs trop éloignées, de celles jugées spécifiques (genrées).Ils introduiraient trop de technique. (Jacques, 2007).

Trois stratégies sont développées par les hommes pour contourner cette expérience de genre (Charrier 2007) :

- Certains revendiquent une capacité d'écoute notamment au niveau de la douleur. Ne pouvant la ressentir, ils se conforment scrupuleusement à ce que dit la patiente sans jugement hâtif et n'effectuent pas de transposition, comme une femme pourrait le faire, en disant par exemple « ça ne fait pas si mal ».

[1] Voir Annexe 3

- Certains « esquivent la question » en mettant en avant la relation thérapeutique classique (Friedson, 1984) où une femme attend un service d'un professionnel. Ce qui explique que certains hommes se voient « asexués » dans leur relation de soignant.
- La dernière solution vise à tirer un avantage de cette situation inhabituelle qui, par conséquent, nécessite de la part du professionnel une redéfinition de son rôle professionnel auprès de la femme (ce que les collègues femmes ne font pas toujours). Cela rend plus claire la relation soignant/soigné et augmente la confiance entre les deux.

Pour A Strauss, les professions sont composées d'une succession de segments en concurrence les uns avec les autres. Chaque segment développe une identité professionnelle, c'est-à-dire une manière particulière d'interpréter le rôle et l'activité du professionnel qui lui est propre (1992). Les hommes ne semblent pas constituer un segment de genre dans la profession, dans le sens d'un regroupement organisé, explicite, identifiable, par les acteurs eux-mêmes (Charrier, 2007). Mais on peut distinguer des logiques de genre (Ibid). Ils mettent en avant le caractère médical de la profession de sages femmes pour l'acquisition d'une plus grande autonomie. Par conséquent, ils sont surreprésentés dans l'exercice libéral : en 2002, +6% d'hommes en libéral par rapport à leurs collègues femmes. Ils sont aussi majoritairement dans les grands hôpitaux de type public, où des rotations dans les services entrainent une plus grande diversité de tâches. A l'inverse, ils sont peu représentés en clinique où « la subordination à l'autorité notamment au Gynécologue obstétricien, est vécue comme un frein à l'exercice professionnel » (Charrier 2007).
Dans le secteur hospitalier, tout comme pour le libéral, ils tentent de garder la plus diversité possible dans l'exercice de leur profession d'autant qu'ils ont statistiquement plus accès à des plateaux techniques que leurs consœurs femmes (Ibid.).

Néanmoins, leur approche différente de la profession peut être appréciée par certaines sages femmes qui pensent que la venue des hommes « *ça va faire bouger les choses* » (Sage femme formée en 5ans niveau 3).

Par leur conception de la profession, ils se rapprochent des sages femmes militantes qui « amorcent un processus dynamique quant au contrôle des conditions structurelles de leur exercice » (Carricaburu, 1994).

Les hommes ont moins de difficultés que les femmes à accéder à des postes de décisions, aux fonctions de porte-parole (Maruani, 1998). Même « si les hommes sages-femmes ne sont pas réellement des porte-parole, ils sont néanmoins proches, dans leur conception professionnelle et dans leur mode d'activité, de celles qui en sont » (Charrier 2007).

La valorisation du statut médical et de l'autonomie amène les hommes à être plus proches dans la conception de la profession du segment de la profession qui revendique l'autonomie « pleine et entière » de la sage femme. Tel sera l'objet de notre deuxième partie.

II Position autonome

2.1 L'autonomie comme priorité

L'autonomie des sages femmes est limitée et soumise au principe de délégation.

L'exercice majoritairement hospitalier, l'augmentation des techniques comme la péridurale, ainsi que les pressions médico-légales encadrent un peu plus l'exercice de la sage femme.

Au sein des structures, le travail autour de l'accouchement médicalisé est un travail d'équipe entre sages femmes et médecins, l'autonomie est négociée, elle fonctionne sur le principe de l'interdépendance.

Malgré le caractère limité du champ d'expertise et le contexte actuel, certaines sages femmes conçoivent leur exercice, ainsi que les perspectives de la profession, dans la plus grande autonomie possible.

Le fondement de cette vision est d'être l'égal des médecins, et non d'être hiérarchiquement dépendante. Elles s'appuient sur le titre médical que leur donne la loi, et entendent exercer la partie limitée de leur champ d'expertise de « façon pleine et entière ».

Cette conception s'appuie par l'acquisition des critères d'une profession afin de s'autogérer (Freidson 1984) à l'instar de la profession médicale, la profession médicale tend à être model en tant que profession dominante.

Nous verrons qui sont ces sages femmes. Les stratégies élaborées pour acquérir l'autonomie, elles s'articulent autour de la maîtrise de la production des connaissances, et du contenu du travail. Nous verrons en réponse le point de vue de certains médecins.

2.1.1 Qui sont-elles ? Activités et difficultés d'un segment professionnel.

Cette position autonomiste est essentiellement le fait d'un segment professionnel que l'on pourrait qualifier de militant, il comporte souvent des personnes impliquées dans l'avenir politique de la profession au sein des associations professionnelles, des syndicats, ou de l'Ordre des sages femmes. Elles sont dans les commissions, participent

à la construction des programmes des études ou de référentiels, par exemple le référentiel métier « *on a enfin écrit le référentiel métier de sage femme, on l'avait jamais écrit ! On ne savait ce qu'une sage femme faisait* » (Madame G, sage femme cadre, formée en 3ans). Elles peuvent avoir des fonctions de porte-parole, lors d'évènements importants. Par exemple, pendant la grève de 2001, une sage femme s'adresse à Madame H pour être porte parole : « *elle m'a dit viens au micro, tu es militante féministe depuis longtemps, c'est toi qui peut démarrer ça* (en parlant de la grève) ». Le dynamisme caractérise ce segment, ce qui les amènent à être responsables de projets au sein des associations «*de commissions en commissions nous avons été inclus naturellement dans les missions successives* » (Madame G, sage femme, cadre formée en 3ans) et parfois elle représente la profession auprès du grand public *« les filles me connaissaient, car j'étais déjà intervenus dans plusieurs émissions de télévision et de radio* » (Madame H, sage femme libérale, formée en 3ans).

Ce segment « autonome » représente une minorité statistique de sages femmes (Charrier, 2007). Le segment enseignant est plus mobilisé idéologiquement que le segment soignant (Schweyer, 1996). Ce constat rejoint celui fait chez les infirmières (Ferroni, 1992).

Ce segment militant, rencontrent un certains nombre de difficultés. Tout d'abord, elles expriment souvent deux types de reproches à l'égard des sages femmes « de terrain » c'est à dire de la majorité des sages femmes considérées « *comme un grand groupe au milieu qui se pose des questions, mais dont je n'entends pas forcément la voix, car ils ne doivent pas parler très fort* ». (Mme G sage femme cadre, formée en 3ans). Elles leurs reprochent à la fois leur manque de militantisme, par rapport aux thématiques liées à l'avenir du métier mais aussi sur le terrain, elles jugent que les sages femmes restent plutôt passives : L'exercice des sages femmes est essentiellement salarié. Madame F, pense que dans les institutions « *l'autonomie est un peu noyée, par rapport aux projets de service, l'équipe, les protocoles*» (Mme F sage femme cadre, formée en 3ans)

Elle constate que dans les hôpitaux, les sages femmes « *demandent trop l'appui du médecin et ne vont pas au fond de leurs compétences* » (Madame F, sage femme cadre, formée en 3ans). En quelque sorte, les sages femmes sont tentées d'agir sur prescription plutôt que de leur propre chef, dans la physiologie. Pour madame G, « *la collaboration est sur une zone, l'autonomie sur une autre, je regrette que les sages femmes aient une vision floue de cette interface* ». (Mme G, sage femme cadre, formée en 3ans).

Cette différence entre le segment militant et le reste de la profession, est perçu par les militantes, elles-mêmes, mais elle soulève la critique comme le souligne Dr K : *« Les monitrice Sages Femmes, elles sont très, pour se distinguer des gynécologues obstétriciens, être indépendantes, « reconnaissance de compétences » (ton parodiant la militante). Elles ne sont pas dans un état d'esprit travaillons en communs, certainement moins que les sages femmes de terrain. Elles sont assez déconnectées du terrain il me semble.»* (Dr K, gynécologue obstétricien). Ce qui tend à relativiser les messages envoyés par ce segment professionnel.

De plus au sein même du segment, il subsiste des divisions par exemple, au moment de la grande grève de 2001, au moment de l'acquisition du mode de recrutement par PCEM1, Madame H, raconte : (alors dans la coordination de la grève) *« Celles qui étaient en minorité comme moi, ont été évincées par les autres qui voulaient PCEM1»* (Madame H, sage femme libérale, formée en 3 ans).

Plus qu'un fossé entre les sages femmes de terrains et le mouvement associatif, ils sont parfois en opposition *« Elles étaient en train de négocier la grève, l'ensemble des sages femmes voulaient des augmentations de salaires, et des améliorations de leurs conditions de travail et on leur a refilé PCEM1, et c'était pas du tout ça que voulaient les sages femmes mais elles ont dit on a gagnées, on a PCEM1 ! »* Madame H (sage femme libérale, formée en 3ans) On note que Madame H, ne partageait pas, l'avis des autres sages femmes, *«j'étais pour une universitarisation, comme les écoles d'ingénieurs, pas par la faculté de médecine »* (Mme H sage femme libérale, formée en 3ans). Autrement dit elle était pour être indépendante dans l'université en évitant une éventuelle tutelle médicale de plus. Elle craignait un *« écrasement de la culture sage femme qui est plus fondamentale et plus ancienne que celle des médecins »*. (Madame H, sage femme libérale, formée en 3ans).

La majorité du segment professionnel, était pour le mode de recrutement par PCEM1. Bien avant la manifestation, les associations réclamaient le PCEM1 *« c'est vraiment les associations qui se sont battues, l'Asfef,*[1] *lAnfic*[2]*, le conseil de l'ordre qui a eu du mal à être convaincu et puis après l'a été, puis d'autres associations professionnelles»* (Mme

[1] Association des sages femmes enseignantes françaises (ASFEF)

[2] Association nationale de formation initiale et continue (ANFIC)

F, sage femme niveau 3, formée en 3ans) ensuite les manifestations jouèrent un rôle décisif.

Pour Madame G, PCEM1 a permis certes de réaffirmer le caractère médicale mais aussi de se différencier du model paramédical. Madame G remarque dans les commissions qui ont suivis la mise en place du p1, dans le cadre des réformes LMD *« le fait que nous soyons dans la bonne commission avec les médicaux, c'était déjà le premier signe de reconnaissance, parce que classiquement on nous mettait avec les paramédicaux»* (Madame G, sage femme formée en 3ans, niveau 3).

Dans ce système LMD, les sages femmes ont un grade de master, qui leur permet, un accès à la recherche ou elles peuvent poursuivre des doctorats.

2.1.2 La recherche, mythe ou réalité ?

Actuellement les connaissances en obstétrique sont en quasi-totalité produite par les gynécologues obstétriciens. L'accès à la connaissance des sages femmes, est une question qui rappelle l'ascendant pris par les chirurgiens accoucheurs lors de l'obtention de la direction de la formation des sages femmes au dix-huitième siècle. La recherche et la production de connaissances, en plus d'avoir une symbolique forte dans l'histoire entre sages femmes et obstétriciens, est un autre moyen vers la voie de la professionnalisation.

Pour les sages femmes de ce segment professionnel, la recherche est perçue comme une nécessité, pour rétablir un rapport « d'égal à égal » entre sages femmes et médecins, et pour prouver une culture « qui a du mal à subsister » (Madame H, sage femme libérale, formée en 3ans).

Pour Madame I la recherche permet « de faire valoir notre savoir ». En effet les sages femmes ont surtout une expérience pratique du terrain, : « on s'est contenté médicalement d'être à la ramasse » autrement dit les sages femmes étaient passives dans leurs rapports à la connaissance, le but étant de la recherche est là aussi de rétablir une égalité « de pouvoir parler d'égal à égal » (Mme I, sage femme niveau 2, formée en 3ans).

Pour Madame H, en plus de mettre par écrit la culture propre des sages femmes, qui a été développée surtout « *sur le plan oral* » les sages femmes pourront faire de la

recherche « *sur ce qui les intéressent, sur ce qui se joue au moment des accouchements, il faut dire à quel point c'est important, arriver à le démontrer !* » (Mme H, sage femme libérale, formée en 3ans). La recherche lui apparait par conséquent comme une nécessité. Cependant elle déplore : « *j'ai un peu peur de l'évolution qu'elles prennent vers la recherche. Je ne suis pas sure que ce soit comme je pourrais l'espérer sur l'éthique, sur les questions de l'accompagnement* ». On voit ici que même dans la recherche, que l'accompagnement est mis en avant comme spécificité.

Madame F, attends beaucoup « *des générations à venir* » en effet les sages femmes de terrain « *elles ne voient pas quelle recherche elles pourraient faire, ou elles ne l'ont pas imaginé pour des sages femmes, pour elles la recherche c'était que des médecins* » (Madame F, sage femme cadre, formée en 3ans).

Pour madame G, la recherche participe a une construction identitaire (celui qui réfléchie sur ses propres pratiques) « *il est dans la maîtrise de l'évolution de son identité professionnelle* » (Mme G, sage femme cadre, formé en 3 ans). Comme ses consœurs, elle voit une nécessité mais pour elles les sages femmes de terrains « *elles y sont pas* » Madame J encourage la profession à se réveiller « *Je trouve qu'on un peu des larvettes, je trouve qu'il faut qu'on se réveille une peu, qu'on montre ce que l'on est, ce qu'on peut faire, prouver. Les médecins ont tellement besoin de prouver la science, aussi aux Scientifiques, aux instances. C'est à nous de montrer que l'on est capable* » (sage femme niveau 2, formée en 3ans).

Pour prouver leurs compétences elle envisage la copie du modèle médical. Ce mimétisme a pou but d'atteindre les critères de profession. « *Je ne pense pas que les sages femmes veulent être des médecins, mais quelque part elles sont dépendante d'eux, si elles veulent obtenir quelque chose, il faut forcément se mesurer a eux, donc elles ont trouvées le créneau, puisqu'on n'a pas la reconnaissance de ce que l'on fait. On va faire autrement, on va faire des études, on aura l'air plus intelligent, aura l'air, s'il faut faire des études on va faire des études comme ça ils vont nous croire.* » (Mme J, sage femme niveau 2, formée en 3ans).

La question de la recherche sous tend celle de l'intégration universitaire. Là encore ces sages femmes l'envisagent de façon autonome. En effet, au sein de l'université plusieurs structures peuvent être envisagées. Les départements de maïeutiques de facultés de médecine où les sages femmes seraient sous la tutelle médicale ou des écoles indépendantes au sein de l'université. Un des enjeux de l'intégration universitaire est la

place donnée au directeur technique, (historiquement, souvent chef de service) ce qui est l'occasion pour certaines sages femmes de revendiquer leur autonomie « *mais comme les écoles ont toujours été sous la dépendance du chef de service, et que les directrices ont jamais été autonome ... Or je suis certaine que les sages femmes n'ont pas grand-chose à gagner dans cette hiérarchie là. Elles ont tout à gagner dans leur indépendance et la reconnaissance de cette indépendance* » (Madame H, sage femme formée en 3ans, niveau3).

Dans les écoles les gynécologues obstétriciens ont une place forte, à l'heure actuelle car ils détiennent le savoir.

Monsieur K «*je n'ose penser, à ce que serai une école de sages femmes sans les gynécologues obstétriciens* » il souligne encore une fois, la différence voir l'opposition entre les sages femmes militantes et du terrain « *Alors ça ! Vous ne penser pas toutes pareilles ! Par exemple, Les monitrices et directrice Sages Femmes françaises (l'ASFEF) ne sont pas forcément représentatives, loin de là, de la base des SF praticiennes de terrains. Ce n'est pas le même monde. Parler à la sage femme de base, classique d' universitarisation ou je ne sais pas quoi quoi ? Quoi ? (parodie) Attention les monitrices sont souvent loin de leur base.* » Il ne sent pas un élan pour faire de la recherche chez les « *sages femmes de terrain en dehors de 2 ou 3* » il souligne que les sages femmes peuvent déjà faire de la recherche et que pour évoluer les sages femmes « *sont responsables de se tenir au courant, on évolue en bouquinant* » (Dr K, gynécologue obstétricien). Le savoir permet l'autorité, rappelons que le système hiérarchique de l'hôpital, est basé sur le savoir plus il est spécifique, plus l'autorité augmente.

Madame G, remet en cause elle aussi, la présence du corps médical dans la hiérarchie des écoles, elle voudrait un rapport plus « équilibré » qui permettrait aux sages femmes d'accéder à une certaines liberté à la fois effective dans le rôle de l'école, et symbolique « *Le jour où les directeurs techniques disparaîtront au profit peut être de conseillers scientifiques, où de gynécologues référents d'enseignements tout simplement dans un dialogue équilibré je pense aussi que la construction identitaire en sera modifié car on sera bien obligé de se rendre compte que l'on peut voler de nos propres ailes et non pas toujours d'être tenu en laisse* » (Madame G, sage femme cadre, formée en 3ans).

La recherche, c'est aussi, à l'instar de la profession médicale augmenter les connaissances médicales. La connaissance c'est aussi se différencier des paramédicaux

« *pas juste sembler complètement exécutante* ». Madame J sage femme formée en 5ans, niveau 3.

Pour la recherche monsieur L « *n'a pas peur , ça ne peut que grandir une profession , il faut essayer tous d'améliorer nos compétences , il faut être d'égal à égal chacun avec son domaine de compétences* » il insiste sur le fait que les sages femmes aient une bonne expérience de terrain mais pas au niveau scientifique « *Ce qui permet encore de discuter et d'apporter notre jugement, c'est notre réflexion scientifique,.... qu'il y n' y a pas encore totalement, le jour ou il y aura une réflexion scientifique se sera encore différent* ». (Dr L, gynécologue obstétricien) que d'enjeux pour cette profession.

Ce segment professionnel représente des sages femmes en divergence avec le corps médicale, car elles remettent en cause leurs autorités, en voulant obtenir leur autonomie dans un champ de compétence qui leur a été délégué. Elles voudraient produire des connaissances à l'aide de la recherche, cela fait partie du processus de professionnalisation, tout comme la maîtrise du contenu de son travail, que l'on retrouve dans le libéral.

2.2 Le libéral ou la reconquête d'une place sociale

Pour Madame F, la vision du cœur du métier se situe « *dans un positionnement un peu différent* » (sage femme cadre, formée en 3 ans) de celui de l'exercice hospitalier. En effet pour Madame F, Le but de l'école est de former « des sages femmes médicales et autonome ». Elle pense donc que « *la conjecture va nous pousser vers le libérale* » (Mme F,sage femme cadre, formée en 3 ans).

Même si le champ de compétence est toujours limité, l'exercice libéral, permet un meilleur contrôle du contenu des tâches par le professionnel lui-même, ce qui le place dans un processus dynamique de professionnalisation.

Le principe de la médecine libérale vu par Freidson, où « un individu malade » s'adresse à un professionnel soignant forcément omnipraticiens permet une autonomie dans l'indépendance. Le libéral permet d'organiser le contenu du travail, avec une grande liberté. Pour madame F, le libéral va permettre, « *de retrouver une place*

sociale » (Mme F, sage femme cadre formée en 3ans) car le grand public aura une meilleure connaissance du contenu du travail du professionnel.

Pour d'autres sages femmes, le libéral permet de surcroit de retrouver des champs de compétences laissés à d'autres concurrents, comme le suivi des grossesses physiologiques par les médecins généralistes. En ce sens Schweyer souligne que les sages femmes « y voient une occasion de détournement de clientèle par les médecins généralistes » (Schweyer, 1996).

Il en est de même pour la rééducation du périnée faite par les kinésithérapeutes : « *les kinés, voulaient nous choper la rééducation, il faut toujours être sur le qui vive* » (Mme G sage femme cadre, formée en 3ans)

2.3 Nouvelles compétences

Les nouvelles compétences comme la contraception et le suivi gynécologique sont perçues très favorablement par ce segment professionnel, pour « *retrouver une place sociale* » (Mme F, sage femme, cadre, formée en 3ans) auprès du grand public, de plus cette activité convient tout à fait à l'exercice libéral. Pour Mme G la contraception, donne une dimension sociale à la sage femme « *il y a une place là pour un métier très particulier, auprès des couples et des familles on a pas besoin d'être médecin* » (Madame G sage femme cadre, formée en 3 ans) parle d'une dimension symbolique qui ancre le rôle de la sage femme auprès des femmes, et dans la société « *on sera dans la santé des femmes, quand on commencera a avancée qu'on peut suivre les enfants mis au monde* » . (Madame G sage femme cadre, formée en 3 ans)

On retrouve la dimension symbolique, d'une boucle de la vie, avec des compétences complétées par la contraception, en dehors des considérations d'ordre religieuse propre à chaque personne. L'IVG serait le dernier chainon manquant dans l'idée d'un professionnel inscrit dans la maitrise et l'accompagnement de la procréation « *Elargit notre champs d'action, autour de la femme, de la vie et de la procréation à ce moment là, c'est une boucle, qui nous appartient, qui peut nous appartenir, dans le cadre normal, physiologique* » (Madame I, sage femme formée en 3ans, niveau2). Cette compétence tout à fait compatible avec l'accompagnement de la sage femme, qui reprend une place symbolique. Madame F souligne « *que nos consœurs suédoises le font depuis une dizaine d'année ça se passe, très bien* » (Mme F, sage femme cadre,

formée en 3ans). C'est donc une compétence bien acceptée même si elle n'a pas été demandée.

A propos de la contraception M. K, n'est pas hostile, il souligne le caractère utilitaire de la sage femme « *on la pas donner pour faire plaisir aux sages femmes, mais parce qu'on en avait besoin* ». On retrouve dans sa conception de la responsabilité médicale limitée, le concept du principe de délégation la responsabilité est perçue comme « *atténuée et partagée* ». L'Etat et/ ou les médecins peuvent conjointement ou séparément « utilisé ce corps de métier ». « *C'est un corps de métier qui peut nous rendre bien des services à juste titre, c'est pour ça que Je ne suis pas contre* ». (M K, gynécologue Obstétricien, niveau 3).

En revanche pour Monsieur L « *Je ne trouve pas ça intéressant et utile* » il se dit favorable à une extension des compétences des sages femmes, mais surtout pour des applications pratiques quotidiennes hospitalières comme, l'échographie. Il exprime ici l'importance du champ de compétence par délégation. « (En parlant de l'échographie) « *L'élargissement est évident et indispensable à la différence de la contraception.* » De plus la conception du risque est ici transposé à la contraception *« l'idée c'est de pouvoir maîtriser tout les outils autour d'un thème, la contraception, s'y jamais ça se passe mal jusqu'ou peut elle aller ?* » Monsieur L (Gynécologue Obstétricien, niveau 3).

On voit donc l'importance du principe de délégation dans l'organisation du travail entre médecins et sages femmes, il existe aussi dans le libéral, ou la sage femme est moins encadrée, mais ou l'autonomie est toujours relative.

2.4 Le libéral, une autonomie toujours relative

Cependant à cette autonomie plus importante, il ne faut pas oublier le principe de délégation et les tutelles de la sécurité sociale, (le payeur).

Le principe de délégation s'applique toujours et permet une source de revenu non négligeable aux sages femmes libérales. Les sages femmes sont dépendantes de certaines prescriptions médicales à grandes échelles dans les grosses structures qui leurs assurent une clientèle, comme les prescriptions de séances de rééducation, ou le suivi des grossesses pathologiques à domicile. De plus en plus des grosses structures délèguent aux sages femmes libérales, une part de leur activité de suites de couches, lors des sorties précoces pour réduire le temps et donc le cout des hospitalisations.

Comme tous les professionnels libéraux, l'activité est fortement liée aux remboursements des actes par la sécurité sociale. Historiquement, la sécurité sociale a beaucoup joué contre les sages femmes libérales, elles ont même failli s'éteindre dans les années 1970, avant la création de la lettre-clé SF en 1982.

Cette lettre clé SF quotte les actes techniques des sages-femmes, elle représente 90 % de l'activité des sages-femmes libérales, elle est bloquée à la même valeur depuis 2002 (date de la grande grève des sages femmes). Les syndicats ont récemment refusé une augmentation de 0 ,10 centimes pour la clé SF, jugée comme « du saupoudrage ». Le revenu des sages-femmes libérales est donc le plus bas de toutes les professions de santé. Ce qui est régulièrement dénoncer par certaines sages femmes *« une sage femme libérale, sa consultation elle est payée 18euros et la même par un gynéco en ville ou gynécologue obstétricien est payée 22euros tu trouves ça normal ? C'est là où il y a une espèce de ... sous reconnaissance de notre travail»* (Madame I, sage femme niveau 2, formée en 3ans).

Autre obstacle de taille, l'accouchement est considéré par les sages femmes elles-mêmes comme le cœur du métier (Schweyer, 1996). Or les accès aux plateaux techniques sont (très) difficiles d'accès pour les sages femmes libérales, malgré la loi de 1991 qui accorde le droit d'un recours pour des professionnels non hospitalier à des plateaux techniques. L'ordre des médecins a jugé leurs ouvertures « tout à fait impossible » (Knibiehler, 2007).

Monsieur K, est plutôt hostile à l'exercice libéral, pour deux raisons principales.

En tant qu'organisateurs de l'activité hospitalières les médecins pourraient être déstabilisés dans leur organisation si *« toute les sages femmes se mettent à faire de la sociologie, de l'anthropologie, de la préparation à la naissance, de la contraception, on aura manqué notre coup»*. (Mr K, gynécologue obstétricien) il pense que la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement *« le cœur de métier est à* protéger sinon il faudra « *reconcentrer* ». L'activité libérale est perçue comme potentiellement désorganisatrice. La sage femme est vue de manière d'autant positive qu'elle accepte les champs qu'on lui délègue qui s'insérent ainsi dans l'organisation de l'hôpital les échographies, la réinjection… « *La sage femme car elle fait un travail plus intelligent.* » (Dr K , gynécologue obstétricien).

« En France, toute grossesse et tout accouchement sont considérés comme potentiellement risqués et il n'y a aucun moyen permettant d'éliminer de façon radicale le risque » (Alkrich, Pasveer, 1996) autant dire qu'une grossesse est considérée physiologique ou a bas risque « qu'à postériori. » (Jacques, 2007). Différents facteurs comme l'évolution des connaissances ou la pression médico-légale facilitent le passage du normal au pathologique (Jacques, 2007). Cette conception étend le champ de la pathologie et renforce le caractère réversible du processus physiologique (Jacques, 2007). Dans ce contexte français de la naissance, la volonté d'indépendance de la sage femme, est perçu comme dangereuse, et un peu arriéré car la médicalisation appelle l'interdépendance et le risque la présence du médecin. « *On ne peut pas isoler le travail d'une sage femme de celui d'un obstétricien et l'inverse. Quand les sages femmes revendiquent leurs indépendance, leur responsabilité pleine et entière....etc ça me gonfle, elles ne peuvent pas, et puis quand elles veulent travailler en libéral toute seule et puis elles viendront faire leurs accouchement sur des plateaux techniques ...et puis puis... NON !* » Monsieur K.

Il souligne la responsabilité des gynécologues obstétricien sur l'activité hospitalières *« si vous voulez accoucher ici, vous allez être obligé de travailler comme les sages femmes du services. Il faudra travailler comme le protocole d'ici, sinon je ne veux pas de vous.*» ils pensent que les sages femmes libérales devraient aller sur des plateaux techniques privés « les cliniques privés ne veulent pas, mais « *ou est la logique du système* !» dans ces conditions les sages femmes n'ont pas vraiment le choix, soient elles font de l'accouchement à domiciles, ce qui est très minoritaire, il y a une cinquantaine de praticiens en France, ou bien, elles arrêtent et se concentrent sur d'autres activité.

Madame H pense que les sages femmes ont envie d'être indépendante elle souligne : « *par contre dans leur forme d'indépendance, elles sont peu collectives, elles se la jouent individualiste*». (Mme H, sage femme libérale, formée en 3ans) Actuellement le projet plus collectif qui permettrait aux sages femmes de se gérées elles mêmes, correspond aux maisons de maisons de naissances, le débat est actuellement bloqué.

2.5 Les maisons de naissances : une lutte de pouvoir ?

Il existe en Europe 39 maisons de naissances, coordonnées par le réseau NETZWERK. Les maisons de naissance sont gérées par des sages femmes qui peuvent faire appel à 1 ou 2 gynécologues en cas de dystocie. Elles sont composées de 4 à 5

chambres recréant l'environnement familial (Jacques, 2007). Les maisons de naissances travaillent en collaboration étroite avec le centre hospitalier le plus proche. La philosophie des maisons de naissances suppose la physiologie, l'accouchement, est considéré comme un acte naturel (Jacques 2007). C'est la philosophie inverse du risque obstétrical et de la pathologie latente, présente en France.

Pour Madame H « *il faut se battre pour avoir des maisons de naissance indépendante, où on s'organise entre nous* » (Mme H,sage femme libérale, formée en 3ans).

Le projet de maison de naissance en France germe dans les années 1980. Quelques projets avaient été mis sur pied après les annonces de la création de 3 maisons de naissances par Bernard Kouchner en 2001 (après la grande grève des sages femmes). Mais faute d'autorisation, ils n'ont pas vus le jour.
Le plan périnatalité 2005-2007 prévoit l'expérimentation des maisons de naissances. Cependant l'Etat et les médecins conçoivent les maisons de naissances attenantes aux services de gynécologie obstétrique. Alors qu'une structure être étiqueté « maisons de naissances » doit répondre aux les conditions établies par NETZWERK qui prévoient un endroit géographiquement éloigné des structures traditionnelles, afin de ne pas amener d'habitudes médicalisées au sein de la maison de naissance (Jacques, 2007). Pour Mme I : « *Les maisons maison de naissance, il faut reprendre ce qui pourrai nous appartenir, enfin nous appartenir, ce n'est pas histoire de le sauvegarder, on a aussi notre mot à dire là dedans notre compétence à mettre là dedans.* » (Sage femme formée en 3ans, niveau 2) Madame I sa volonté clair que les sages femmes participent aux débats de la naissance.

Monsieur L, n'est pas favorable à ces projets des maisons de naissances (a propos des sages femmes) *« Nous on sait ce qu'on veut, on veut être totalement indépendante, plus entendre parler des médecins » Je pense que ce n'est pas la bonne voix. Augmenter les compétences des sages femmes, leur réflexion et maturité sur leurs soins c'est que bon. Si c'est pour utiliser ces outils pour être indépendantes total et se couper en grande partie avec le monde médical, c'est une bêtise énorme.* » (Dr L, Gynécologue obstétricien)

Revendiquer la physiologie c'est remettre en cause l'autorité des gynécologues obstétriciens. « *La pathologie au obstétricien, la physiologie aux sages femmes » (parodie) ça veut dire quoi ça ? Où s'arrête la physio et où commence la patho car on*

ne peut définir les limites précises. Si on passe son temps à ce balancer ça. OU alors la « médicalisation de la grossesse et de l'accouchement »,(parodie) ça veut dire quoi ça !! je ne comprends pas il n'y a pas trente six façons de s'occuper correctement d'une femme enceinte et de son accouchement, il doit en avoir une que l'on partage tous ». (Dr K, gynécologue obstétricien, niveau 3) Autrement dit, si on est dans une conception du risque, les seules structures qui peut de répondre aux risques les plus graves, sont les structures hospitalières.

Le débat se cristallise donc entre des maisons attenantes ou non à des plateaux techniques. Au nom du principe de sécurité les médecins refusent que les accouchements se fassent en dehors du secteur hospitalier (Jacques, 2007). « Cet argument cache plus largement la difficulté pour les praticiens d'abandonner la physiologie aux sages femmes » (Jacques, 2010). En effet près de 80% des grossesses à bas risques pourraient y accoucher, ce qui donnerait aux sages femmes une visibilité non négligeable, qui viendrait perturber « la toute puissance médicale et la force du paradigme biomédical » (Jacques, 2007). Les gynécologues obstétriciens ont pu casser le monopole féminin de la naissance aux prix de longs efforts. « On comprend dès lors qu'il est difficile aujourd'hui pour eux d'envisager un partage des pouvoirs » (Ibid).

Monsieur L, souligne sa désapprobation face à un projet sans médecins. « *Avec les histoires de maisons de naissances, et ça me fait un peu peur, parce qu'encore une fois, nous on est plus du tout présent, je pense c'est difficile à mettre en place, à organiser. Mais je crois que ça ne représente pas un mouvement ... très sage femme.* » (Monsieur L Gynécologue obstétricien), pointe la principale difficulté de cette profession. Les sages femmes ont-elles envie de se battre pour une vision de la naissance, qui est minoritairement enseigné dans la formation, condamné par le corps médicale, et les institutions ? Il souligne aussi la différence entre le groupe militant des sages femmes et les autres il pose une vraie question de fond pour les sages femmes :

« *On ne sent pas en dehors de groupe de sage femme très militant, très dynamique, qui ont du culot, qui ont du pouvoir qui veulent faire avancée le schmilblick, la profession et autre. Mais sur le terrain je n'ai pas l'impression que les sages femmes ont envie de prendre un flambeau quelconque et de dire « c'est nous qui voulons donner des ordres, et prendre la direction des évènements* » ». (Dr L gynécologues obstétriciens). Pour l'aboutissement de ce projet, il faudrait compter sur une unicité des sages femmes, qui

rappelons le, ne représente que 20000 professionnels. Il faudrait aussi une véritable demande de la part de la population. (Knibielher, 2007)

III la position « indifférente » ou « négociée»

Pour ces professionnels, l'influence de la technique autour de la naissance est relativement bien acceptée tout comme l'autonomie négociée au sein des structures hospitalières. L'accompagnement est aussi exprimé comme spécificité des sages femmes, elles ne se ferment pas à l'acquisition de caractères externes de profession, elles y sont mêmes plutôt favorable, bien que ne voyant pas, la manière concrète de les réaliser. Par contre elles savent bien ce dont elles ne veulent pas, c'est à dire tendre vers la pathologie et s'opposer frontalement aux médecins (puisqu'il n'y a pas de revendication de l'autonomie dans la physiologie). C'est un model intermédiaire entre les deux précédents.

3.1 Le rapport au médecin : un consensus

Le rapport au médecin est envisagé de façon sereine du moment que l' accompagnement des sages femmes n'est pas remis en jeu, l'aspect technique volontiers renégociée avec le médecin comme le précise Mme M : « *tu demandes pour des trucs très techniques, médicaux effectivement, mais tout ce qui est accompagnement on peut faire* » la hiérarchie est bien acceptée «*faut aussi garder son rôle, même si on est autonome, eux son médecin, moi je reste sage femme* » (Madame M, sage femme niveau 2, formée en 4ans).

L'expertise total du médecin est reconnu et recherchée, elle lui assure autorité, comme le souligne Madame O : « *Ce qui est agréable avec le médecin c'est quand on a quelques choses à lui demander, une chose qu'on veut apprendre, qu'il nous explique* » (Mme O, sage femme niveau 1, formée en 3ans).

Par ailleurs l'autonomie limitée est perçue comme un avantage pour Madame O, elle avance que : « *on a une profession agréable quand on a besoin on peut quand même appeler, en même temps on a quand même beaucoup de droit de prescription.* » Le médecin représente ici un gilet de sécurité, qui est perçu comme agréable surtout dans le contexte des pressions médico-légales qui augmentent dans le domaine de la naissance. Il en est de même pour cette, «*je trouve ça plutôt rassurant, quand tu sais plus*

interpréter un rythme c'est assez rassurant de se dire, il va me dire ce qu'il en pense d'accord, pas d'accord » (sage femme formée en 5ans, niveau 2).

Elle conclue « *de toute façon il y a des règles on savait quand on a commencé qu'il y a quelqu'un au dessus de nous, qui devait chapoter ce que l'on fait*». Il n'y a donc pas de revendication d'autonomie dans la physiologie à l'inverse de d'autres segments professionnels.

La pathologie est réservée aux médecins « *il y a des choses que les médecins doivent garder et des choses que l'on doit conserver. Après j'y ai pas réfléchie* » (Mme N, sage femme niveau 2, formée en 5ans) les rôles définies sont bien acceptées.

3.2 Le mode de recrutement pas PCEM1,

Pour Mme M, le recrutement par PCEM1 malgré une hostilité au départ « *en fait toute celle qui font sages femmes sont vraiment motivées car j'ai eu un doute à un moment* » face à une éventuelle perte de motivation, le mode de recrutement est acceuilli avec une certaine indifférence «*je voyais pas trop l'intérêt mais je serai pas aller dans la filière courte pour me battre pour pas que ça passe* ». Mais la proximité avec médecin déroute quand même, face à une éventuelle perte d'accompagnement « *on ne dit pas que les médecins sont les meilleurs accompagnants du monde* » cependant parmi les étudiantes « *il y en a qui sont très douce très accompagnatrice* » et parmi les jeunes sages femmes il y en a qui « *ont une philosophie du bien être, de vouloir apporter quelque chose, au final on se ressemble toute* ». (Mme M, sage femme niveau 2, formée en 4ans)

Madame O, «*je n'ai pas compris la démarche, mais je ne me suis pas forcément intéressé, une fois qu'on est sorti depuis 20ans...*» (sage femme niveau 1, formée en 3ans). On remarque, là aussi une certaine indifférence pour le nouveau mode de recrutement. Concernant les nouvelles sages femmes, pour le relationnel, elle leur laisse le bénéfice du doute, contrairement à la position défensive. « *Ils pigent vite, après au niveau qualité humaine je ne sais pas, il ne faut pas demander à des très jeunes d'être très bon tout de suite, mais ça peut évoluer en bien.* » (Mme O, sage femme niveau 2, formée en 4ans)

L'accès aux caractéristiques de profession est peu évoqué lorsqu'on parle du PCEM1, par contre les applications sur le terrain, sont recherchées « *En même temps, tu te sens*

avantagée parce que tu sors de l'école toutes les nouvelles choses tu les sais, mais c'est obsolète, dans 10ans, tu seras comme celle qui auront 3ans d'études et ça reviendra au même. » (Madame N, sage femme niveau 2, formée en 5ans). Ni pour le terrain, ni pour la professionnalisation, le PCEM1 n'est perçue comme une évolution.

Pour cette sage femme, il y a une perception assez pessimiste de la reconnaissance des sages femmes en tant que profession médicale. « *Je pense peut être qu'on n'est pas assez pour faire changer les choses, se serai sur des années sur une 50ène voir une 100ène d'année que ça pourrait changer* ». Elle n'a pas vraiment l'objectif d'intervenir dans la profession, puisque *« je ne fais pas partie non plus des gens qui me battent vraiment, ce n'est pas ma voix qui va faire changer les choses* » (Madame N, sage femme niveau 2, formée en 5ans).

Il y a cependant une conscience identitaire en tant que profession médicale comme le montre Madame N : « *Je trouve que ça n'a rien changé on est pas plus reconnu maintenant qu'avant c'est dommage on est profession médicale on devrait être reconnu comme telle.*» qui cherche a se différencié des paramédicaux : « *on en toujours entre les deux, vous êtes médicale mais on vous met dans le bâtiment des paramédicaux* » (Mme N, sage femme niveau 2, formée en 5ans). Pour Schweyer, le sentiment de conscience identitaire est fort, (1996) en effet il est présent même chez les franges les moins politisées.

3.3 Le libéral,

Dans l'exercice libéral, la sage femme est perçue comme étant plus « autonome ». (Mme M, sage femme niveau2, formée en 4ans).

Madame N évoque, « *les conditions de plus en plus difficiles dans les hôpitaux. Je pense qu'on va avoir de plus en plus de sages femmes libérales qui supportent de moins en moins le milieu hospitalier, les nouvelles technologies l'activité qui augmentent* » (sage femme niveau 2, formée en 5ans). En effet, à l'hôpital c'est la montée des logiques gestionnaires. Parallèlement le nombre de tâches périphériques est en augmentation comme la cotation informatique, l'écriture de transmission, ce qui donne une impression aux professionnels de ne plus vraiment faire ce, pourquoi ils ont été formé, de ne plus être utile, le temps vient toujours à manquer. Les exigences sécuritaire privilégie le regroupement en grosse structure ou l'activité y est importante, au détriment du relationnel avec chaque patient « *sachant que parler aux gens ça prends*

du temps » (Madame M, sage femme, sage femme niveau 2, formée en 4ans). Les sages femmes n'ont pas toujours le temps d'accompagner les femmes comme elles le voudraient.

Dans l'exercice libéral, un grand panel d'activité semble être rechercher, comme l'acquisition des nouvelles compétences, en contraception qui sont perçues plutôt positivement pour les libérales et la Pmi « c'est très bien qu'on élargisse nos compétence » (Mme N, sage femme, sage femme niveau 2, formée en 5ans) les compétences en gynécologie sont mises en avant ainsi que le relationnel dans un accompagnement qui rappel un peu « l'accompagnement global », qui rassemble plusieurs activités pour une même femme. Comme la rééducation périnéale, la visite post natal… Madame N met en avant les champs de compétences de la sage femme « *elle peut faire pleins de choses, tout ça concentré en une même personne. C'est bien pour les gens que ce soit la même personne qui suive la grossesse, la kiné, qu'elle s'occupe du bébé. C'est très bien, c'est ce que j'aimerais* » (Mme N,sage femme, niveau2, formée en 5ans).

Certains facteurs, liés à l'activité, au désir d'accompagner les femmes, et d'être plus autonome laisse peut être présager un essor plus important du libéral dans les années à venir

3.4 La recherche

Pour madame M, la recherche est perçue dans la théorie de façon plutôt positive car elle est associée aux caractères externes de profession, comme le PCEM1 *« si on fait p1 on a le droit aussi de faire des recherches. Ça fait partie de la profession médicale faire des recherche écrire, tout ça, c'est le coté qu'on ne faisait peut être pas, et qui a fait qu'on a oublié la sage femme du médical ».* La logique de professionnalisation est intégrée cependant la recherche ne fait pas partie du tout du projet professionnel puisque la recherche signifierai abandonner la pratique de terrain et surtout l'accompagnement des femmes. « *Je ne saurai pas oublier ce contact, j'avoue c'est un peu le floue artistique, c'est pas du tout dans mes objectifs*». (Madame M, sage femme, sage femme niveau 2, formée en 4ans). Dans la position défensive, même les caractères de professionnalisation sont niées, ne laissant qu'une dichotomie savoir Livresque/ relationnel. Ici les caractères de professionnalisation sont reconnus mais pas intégré à l'identité professionnelle de la sage femme au sens concret du terme.

La recherche ne peut s'adapter aux pratiques habituelles de la sage femme, comme Madame N, nous le montre, « *Concrètement, qu'est ce qu'on peut faire dans la recherche, développé des médicaments qui vont potentialisé... après faire un boulot de laborantine pour une crème dermato, n'importe qui peut ...a quoi nos compétences de sages femmes vont servir, c'est ça que je me demande moi* » (Mme N, sage femme niveau 2, formée en 5ans) Faire de la recherche équivaudrait à changer de métier.

Les messages véhiculé par l'école valorise la recherche comme prise d'autonomie mais encore une fois, le message n'a pas été compris ni les applications pratiques *« On nous en parlé à l'école mais on nous a pas dit à quoi ça servirai* » (Mme N, sage femme niveau 2, formée en 5ans).

Voici un profil de sages femmes de terrain, assez satisfaite de leur exercice professionnel. L'acquisition de caractéristiques de professionnalisation est vus comme positive, l'autonomie négociée est bien accepté. Il n'y a pas de désir d'être l'égal du médecin sur le terrain en effet elles appliquent le champ de compétence délégué, tant que l'accompagnement y est présent et l'autonomie jugée suffisante. L'acquisition de caractère externe de profession comme la recherche est plutôt bien perçue, le recrutement par PCEM1, est vue de manière assez indifférente, et accepté comme fait accompli, « *ça ne change rien* » (Madame N, sage femme formée en 5ans, niveau 2). Même si elles ont conscience du caractère médicale de la profession. Elles se posent assez peu de question quant à l'évolution de leur métier, dans son aspect politique. « *J'ai jamais réfléchit à ce que serait notre profession dans 10, 15ans* » (Mme N, sage femme formée en 5ans, niveau 2).

CONCLUSION

La médicalisation de l'accouchement influence directement le contenu du travail des sages-femmes et leurs rapports avec la profession dominante (autonomie négociée). Le recrutement par PCEM1 rentre dans un double processus. Celui de la médicalisation de la formation mais aussi dans un processus dynamique de professionnalisation, entamé par une élite militante depuis la fin des années 80.

Pour certaines sages-femmes, la technique est perçue comme une menace pour la profession car elle entrainerait la perte de l'accompagnement qui fait consensus comme spécificité au sein de la profession. On note que même des sages-femmes plutôt « techniciennes » chez qui la technique est *a priori* bien incorporée dans le travail quotidien, peuvent aussi développer des réactions défensives. L'acquisition des caractères de professionnalisation comme le PCEM1, la recherche (voire l'exercice libéral) sont perçus comme des effets négatifs de la technique. La recherche et le Pcem1 ne sont pas du tout des caractères mis en avant même s'ils permettent aussi le processus de professionnalisation. L'aboutissement est un repli corporatiste sur des valeurs propres à la « vocation de sages-femmes» que PCEM1 menacerait et une opposition entre savoir théorique et relationnel (réfractaire à la recherche).

De plus, la récente augmentation des hommes dans la profession tend à remettre en cause l'accompagnement conçu comme une spécificité de genre.

Alors que la recherche et le mode de recrutement par PCEM1 sont vus comme menaçant pour les sages femmes qui développent ce que nous avons qualifié de position défensive, un autre segment professionnel militant s'appuie sur le PCEM1 et a pour but de développer la recherche.

Les logiques sont opposées. Il se pose donc un questionnement de fond pour la profession.

Les sages femmes militantes continuent le chemin vers la professionnalisation afin d'acquérir l'autonomie dans le domaine qui leur est imparti institutionnellement par le titre de profession médicale. Le model médical, possède toutes les caractéristiques de profession (au sens anglo-saxon), ce qui lui confère la position dominante. Le processus de professionnalisation se fait donc à l'instar de la profession médicale, par la volonté de produire des connaissances (recherche) et celle de maîtriser le contenu de son travail (exercice libéral).

Les conditions actuelles de formation, avec le schéma LMD permettent la recherche. Si les sages femmes s'y engouffrent, elle pourrait rétablir un dialogue plus équilibré avec les gynécologues obstétricien grâce à l'acquisition de connaissances qui leur seraient propre. Ce qui s'avère indispensable dans un processus d'autonomisation, mais non suffisant. L'autonomie plus effective prendrait la forme de structures gérées par les sages femmes. On peut alors se poser deux questions principales. D'une part, l'ensemble des sages-femmes en ont elles envie ?

En effet, beaucoup de sages-femmes, se sont habituées à l'interdépendance, le travail en équipe, à l'impression de maitrise donnée par la technique et à leur valorisation par la proximité des médecins. Les 20 000 professionnelles, ont-elles envie d'aller vers un idéal plus autonome et respectueux d'une conception physiologique de la naissance qui ne fait plus l'unanimité en France?

D'autre part, Les femmes ont-elles envie de cet accompagnement là ? Alors que tout le paradigme biomédical actuel suppose que tout accouchement est passible de devenir pathologique ?

Les enjeux sont importants, mais la profession de sages femmes est en plein questionnement.

Il apparait que c'est une minorité d'entre elles qui portent les revendications autonomistes, qui paraissent difficilement accessibles compte tenu des divisions sur ces questions.

Les identités professionnelles semblent trop divergentes pour qu'un consensus puisse s'établir et favoriser une évolution en ce sens.

De plus, il convient de mentionner que l'Etat et l'opinion publique ont un grand rôle à jouer dans les débats sur la naissance.

Un vrai débat sur les naissances initié par les femmes et l'Etat pourrait être une aubaine pour les sages femmes françaises, mais sans questionnement préalable, la même élite minoritaire se ferait porte parole de quelques positionnements, eux-mêmes minoritaires.

L'expérience de PCEM1 montre qu'un rassemblement de la profession peut aboutir à des mesures importantes (positives ou négatives) pour la profession, mais elle montre aussi que les réflexions doivent être préalables entre les différents segments d'une

profession, sinon elles ne font que renforcer les différences, et affaiblir une profession dépourvue de lobbying puissant.

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES

-CARRICABURU Danièle ; MENORET Marie. Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies . Paris : Ed. Armand Colin, 2005. 235p.

-COULON-ARPIN Madeleine. La maternité et les sages-femmes de la Préhistoire au XXème siècle: T1: Préhistoire et monde antique. Paris : Roger Dacosta, 1981. 189 p.

-COULON-ARPIN Madeleine. La maternité et les sages-femmes de la préhistoire au XXème siècle: T2 : les sages-femmes en France. Paris : Roger Dacosta, 1981. 189 p.

-CRESSON Geneviève ; SCHWEYER François-Xavier, Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail : aspects sociologiques. Rennes : ENSP, 2000. 222 p.

-FREIDSON Eliot, La profession médicale, Paris, édition Payot, 1984, 402 pages, collection Marc Ferro.

-GELIS Jacques. L'arbre et le fruit : la naissance dans l'Occident moderne. XVIème-XIXème siècle. Paris, Fayart, 1984.

-GELIS Jacques. La sage-femme ou le médecin: une nouvelle conception de la vie. Paris, Fayart, 1988.

-JACQUES Béatrice. Sociologie de l'accouchement, Paris, 2007, Presses Universitaires de France. 208p.

-KNIBIEHLER Yvonne. Accoucher. Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXème siècle. Paris : Presses de l'EHESP, 2007. 189 p.

-STRAUSS Anselm L. ; éd. BASZANGER Isabelle, La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme. Paris : L'Harmattan, 1992. 311 p.

ARTICLES

-CARRICABURU Danièle. De la gestion technique du risque à celle du travail : l'accouchement en hôpital public, Sociologie du travail 47, 2005, p245-262.

-CARRICABURU Danièle. « Les sages femmes face à l'innovation technique : le cas de la péridurale » in P.Aïach, D.Fassin (dir.), Les Métiers de la Santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité. Paris, Anthropos, 1994, p281-308.

- CARRICABURU D. « Entre incertitude et risque, les professionnels de l'obstétrique face à l'accouchement podalique », in Carricaburu D., Castra M., Cohen P. (dir.), *Risques et pratiques médicales*, Rennes, Presses de l'ENSP, 2009.

-CHARRIER Philippe. Des hommes chez les sages-femmes vers un effet de segmentation ? Presses de Sciences Po. Sociétés contemporaines. 2007 - n° 67, p 95 à 118.

-DUBAR Claude. La sociologie des professions face à la médecine (Commentaire). In: Sciences sociales et santé. Volume 17, n°1, 1999. pp. 35-39.

-FAURE Olivier. « Les sages femmes en France au XIXème siècle. » in : Les nouvelles pratiques de santé XVIIIème au XXème siècle. Belin, 2004, p157 à p174.

-LERT France. Le rôle propre peut-il fonder l'autonomie professionnelle des infirmières ? (Commentaire). In: Sciences sociales et santé. Volume 14, n°3, 1996. pp. 103-115.

-SCHWEYER François-Xavier. La profession de sage femme : autonomie au travail et corporatisme protectionniste. Sciences Sociales et Santé, vol. 14, N°3, septembre 1996.

-SCHWEYER François-Xavier. L'hôpital sous tension / SCIENCES HUMAINES, 03/2005, n° 48. - 60-63.

-SCHWEYER François-Xavier. L'universitarisation de la formation en soins infirmiers : les promesses et leurs ombres. Recherche en soins infirmiers, 06/2008, n° 93. - pp. 120-12.

ANNEXES

Annexe 1 : Notes méthodologiques : tableau de présentation des professionnels

professionnel	tranche d' âge	nombre années études	maternité	Association ou syndicat professionnel, Ordre	cadre
sage femme A	50 à 60 ans	3	3	non	non
sage femme B	50 à 60 ans	3	3	non	non
sage femme C	30 à 40 ans	4	1	non	non
sage femme D	31 à 40 ans	4	3	non	non
sage femme E	25à 30 ans	5	1	non	non
sage femme F	50 à 60 ans	3		oui	oui
sage femme G	50 à 60 ans	3		oui	oui
sage femme H	60 à 65 ans	3	libérale	oui	non
sage femme I	40 à 50 ans	3	2	oui	non
sage femme J	25à 30 ans	5	3	non	non
sage femme M	30 à 40 ans	4	2	non	non
sage femme N	25à 30 ans	5	2	non	non
sage femme O	50 à 60 ans	3	1	non	non
sage femme P	40 à 50 ans	3		oui	oui

professionnel	spécialité	sexe	tranche Age
DR K	gynécologie obstétrique	m	50 à 60 ans
Dr L	gynécologie obstétrique	m	40 à 50 ans

Annexe n°2 : Nombre d'étudiants ayant effectués au moins une Première de médecine avant à l'admission à l' école de sages femmes de Rouen depuis 1985.

	nombre d' étudiants par promotion	PCEM1	%
1985	23	0	0
1986	20	1	5
1987	22	0	0
1988	20	9	45
1989	19	9	47,36
1990	20	2	10
moy			**17.89**
1991	19	3	15,78
1992	22	4	18,18
1993	21	5	23.80
1994	20	8	40
1995	20	10	50.00
1996	19	7	36.84
moy			**30.76**
1997	19	7	38.84
1998	20	9	45
1999	26	7	26.92
2000	21	11	52.38
2001	24	11	45.83
2002	26	8	30.76
MOYENNE			**39.96**

Annexe n°3 : Nombre d'hommes admis depuis 1982 en première année d'école de sages femmes à Rouen.

SCOLARITE	ADMISSION HOMME 1ERE ANNEE
1982/83	0
1983/84	0
1984/85	0
1985/86	0
1986/87	0
1987/88	0
1988/89	0
1989/90	0
1990/91	0
1991/92	0
1992/93	0
1993/94	0
1994/95	0
1995/96	0
1996/97	**1**
1997/98	0
1998/99	1
1999/00	0
2000/01	**1**
2001/02	0
2002/03	0
2003/04	**2**
2004/05	**5**
2005/06	**2**
2006/07	**1**
2007/08	0
2008/09	**3**
2009/10	**2**
2010/11	**4**

Annexe n°4

Les sages-femmes en grève illimitée

Elles réclament une réévaluation de leurs salaires.

FAVEREAU ERIC

Les sages-femmes ont voté dans la nuit de mardi à mercredi la reconduction de leur grève pour une durée illimitée, et cela «dans l'attente d'un nouveau rendez-vous ministériel», selon la Coordination nationale des sages-femmes. Depuis quelques semaines, il se passe quelque chose d'inédit dans les hôpitaux. Des catégories de soignants, hier satisfaites ou du moins silencieuses, manifestent, voire arrêtent le travail. Après les infirmières anesthésistes, puis les cadres infirmiers, depuis lundi, et pour la première fois de leur histoire, c'est au tour des sages-femmes de se rebeller.

Impasses. Chantal Birman, sage-femme à la maternité des Lilas en Seine-Saint-Denis (1) et porte-parole de la Coordination, se montre catégorique: «C'est une grève dure, mais on ne peut pas ne pas continuer.» A la différence d'autres catégories de personnels, les sages-femmes n'ont pas de problème de statut: comme les médecins ou les dentistes, elles font partie du corps médical. Ayant en charge la grossesse, l'accouchement et ses suites, elles occupent une vraie place dans la chaîne de soins, et ont une responsabilité réelle. «On est responsable de notre diagnostic et de nos traitements», explique Chantal Birman. Les impasses sont ailleurs: «On demande une réévaluation de notre métier: les mieux payées, comme les sages-femmes du public, commencent à 8 500 F et touchent en fin de carrière 14 000 F. Ce n'est plus possible.»

Sécurité. Mais, surtout, les sages-femmes connaissent des difficultés croissantes d'exercice. D'un côté, on ferme, pour des raisons de sécurité, les petites maternités. De l'autre, le nombre des naissances est en hausse et celui des gynécologues-obstétriciens en baisse. «Tout nous retombe dessus. On doit jongler entre les salles d'accouchement. C'est la sécurité de notre travail qui est en jeu. Quant aux maternités privées, les sages-femmes sont si mal payées qu'elles les désertent.»

Face à cette crise, Bernard Kouchner, ministre de la Santé, n'a pour l'instant que des mots à offrir: «Les sages-femmes n'ont pas été oubliées. Elles s'estiment un peu lésées. Nous essaierons d'y remédier dans la mesure limitée de nos moyens.» Il devrait annoncer des mesures aujourd'hui.

Le parisien archive publiée le 22/03/2011