



HAL
open science

L'employabilité des sages-femmes en Haute-Normandie

Victoria Schaeffer

► **To cite this version:**

Victoria Schaeffer. L'employabilité des sages-femmes en Haute-Normandie. Gynécologie et obstétrique. 2014. dumas-01071194

HAL Id: dumas-01071194

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01071194>

Submitted on 3 Oct 2014

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

**L'employabilité des sages-femmes
en Haute-Normandie.**

Mémoire présenté par
Mademoiselle Victoria SCHAEFFER
Née le 15 Janvier 1990

**DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
PROMOTION 2014**

REMERCIEMENTS

Je remercie Madame DURIER, directrice et guidante de ce mémoire, directrice de l'école de sage-femme de Rouen, pour son investissement dans ce travail de recherche, sa patience et ses conseils avisés.

Je remercie l'ensemble de l'équipe pédagogique pour leur écoute et la qualité de la formation reçue durant ces études.

Je remercie l'ensemble des cadres supérieures et cadres de santé des établissements de Haute-Normandie pour leur temps accordé à la réalisation des entretiens.

Je remercie Madame BEAUCHAMPS, Directeur des soins, Conseillère Technique Régionale, Référente santé des personnes détenues du Département Qualité, Appui à la performance à l'ARS de Haute-Normandie pour son accueil au sein de son équipe et le temps qu'elle a su m'accorder.

Je remercie les étudiants sages-femmes de Rouen, Caen et Amiens d'avoir participé à cette étude.

Je remercie ma famille pour leur soutien, leur écoute et leurs encouragements durant toutes ces années.

Je remercie Mathieu, mon ami, pour sa bonne humeur et tous les bons moments passés ensemble.

Je remercie Florian d'avoir cru en moi et de m'avoir accompagné sans compter durant ces études.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
REVUE DE LA LITTERATURE.....	2
1. L'employabilité et le marché du travail.....	2
1.1 L'employabilité.....	2
1.2. Le marché du travail.....	3
1.2.1. <i>Modèle néoclassique de base</i>	3
1.2.2. <i>Modèle keynésien</i>	4
1.2.3. <i>Cas particulier du marché du travail des sages-femmes</i>	4
2. Les ressources humaines.....	6
2.1. La fonction ressources humaines.....	6
2.1.1. <i>Les objectifs et activités de la fonction</i>	6
2.1.2. <i>Management stratégique des ressources humaines</i>	7
2.2 Les politiques de l'emploi.....	9
2.2.1. <i>L'adaptation à court terme</i>	9
2.2.2. <i>L'adaptation à moyen terme : la GPEC</i>	10
3. L'offre de soin en Haute-Normandie	12
3.1. La population Haut-Normande.....	12
3.2. Le SROS.....	13
4. Les sages-femmes en Haute-Normandie.....	15
4.1. Répartition par modes d'exercice.....	15
4.2. Pyramide des âges.....	16
4.3. Démographie des sages-femmes.....	16
ENQUETE.....	18
1. Présentation de l'étude.....	18
2. Population et outils.....	19
3. Résultats.....	21
3.1. Première partie: Questionnaire destiné aux étudiants.....	21
3.2. Deuxième partie: Enquête auprès de 13 maternités de Haute-Normandie.....	31
ANALYSE ET DISCUSSION.....	42
CONCLUSION.....	56
BIBLIOGRAPHIE	
SOMMAIRE D'ANNEXES	

INTRODUCTION

La profession de sage-femme est une profession médicale dont la formation a été de nombreuses fois remaniée. Depuis 2002, les études de sage-femme durent 5 ans. Le numerus clausus qui régit l'accès aux études de sage-femme est réévalué et fixé par les pouvoirs publics chaque année afin de l'adapter aux besoins de santé publique.

Après une période de pénurie de sages-femmes il y a quelques années, la tendance actuelle est orientée vers le chômage. Le nombre de sages-femmes en exercice a augmenté de manière plus soutenue que les femmes en âge de procréer. A cela, s'ajoute la baisse du taux de natalité en France : il est passé de 12,8 à 12,5 pour 1000 habitants entre 2010 et 2013. C'est pourquoi, nous avons décidé de faire un état des lieux du marché du travail en Haute-Normandie afin d'apprécier l'employabilité des sages-femmes et des perspectives professionnelles des futurs diplômées. Ainsi, nous pouvons nous demander si les effectifs de sage-femme formés chaque année sont en adéquation avec les besoins du Schéma Régional de l'Organisation des Soins (SROS) de Haute-Normandie.

Afin de répondre à cette problématique nous avons préalablement procédé à une revue de la littérature. Dans celle-ci nous avons étudié le marché du travail, les ressources humaines, l'offre de soin et la démographie des sages-femmes en Haute-Normandie.

Nous avons ensuite réalisé une enquête prospective en deux temps: auprès des étudiants sages-femmes afin de connaître leur projet professionnel ; et des cadres supérieures et de santé des établissements de la région pour faire un état des lieux des besoins.

REVUE DE LA LITTERATURE

1. L'employabilité et le marché du travail

1.1. L'employabilité [1], [13],[17].

Le terme d'employabilité est apparu en Angleterre au XIXème siècle durant la période d'aggravation du chômage. Il a permis de distinguer les personnes aptes à occuper un emploi des autres.

Selon Bernard Gazier, l'employabilité se définit comme « la capacité relative d'un individu à obtenir un emploi compte tenu de l'interaction entre ses caractéristiques individuelles et le marché du travail ».

L'employabilité est un concept complexe qui est en perpétuel évolution, ce terme est actuellement utilisé pour analyser et comprendre les processus de sélection des demandeurs d'emploi sur le marché du travail mais aussi comme un élément inhérent à la gestion interne des ressources humaines des entreprises.

C'est pourquoi, les deux acteurs de l'employabilité sont les salariés et l'entreprise. Le premier acteur est le salarié: il doit s'assurer de ses compétences et de leur transférabilité mais aussi, avoir un comportement adapté au marché du travail afin de conserver ou obtenir un emploi. En second lieu, l'entreprise doit être compétitive et accroître sa performance: elle doit développer l'employabilité de ses salariés par le développement de leurs compétences.

1.2. Le marché du travail [16], [56]

Le marché du travail est la rencontre entre l'offre et la demande de travail. Il se décompose en marché « ouvert » dans lequel les entreprises cherchent à recruter et le font savoir par le biais d'annonces et un marché « caché » qui correspond aux postes disponibles qui ne sont pas publiés, qui ne font pas l'objet d'une publicité officielle à l'extérieur de l'entreprise. Il est donc nécessaire d'utiliser son réseau relationnel afin d'obtenir un emploi dans le marché « caché ».

1.2.1. Le modèle néoclassique de base.

Pour les économistes classiques, le travail est considéré comme une marchandise comme une autre. Le travail s'échange sur un marché de concurrence et dont le prix (taux de salaire réel) fluctue en fonction de l'offre et la demande.

L'offre de travail provient des actifs. Avant de se présenter sur le marché du travail, les actifs comparent l'utilité apportée par le loisir (le non travail) de celle apportée par le salaire réel (taux de rémunération). En effet, les individus vont tenter d'obtenir un maximum de satisfaction en arbitrant le coût de l'effort et le revenu que leur procure le fait de travailler. On peut donc dire que plus le salaire réel sera élevé, plus les travailleurs accepteront de substituer du temps de travail au temps de loisirs. L'offre de travail est donc une fonction croissante du salaire réel.

La demande de travail provient des entreprises. Ces entreprises ont pour but de réaliser le plus de profits. Pour cela, elles comparent le coût du travail à la productivité des salariés. Les néoclassiques considèrent qu'un employeur embauchera un travailleur supplémentaire s'il lui rapporte plus qu'il ne lui coûte. Ce gain supplémentaire apporté par le travailleur équivaut à la productivité marginale. Cette productivité marginale est décroissante au-delà d'une certaine production d'après la loi des rendements décroissants. C'est pourquoi, les effectifs de l'entreprise sont calculés en fonction du taux de salaire réel. Plus le salaire réel est élevé, plus l'entreprise sera dans l'impossibilité d'embaucher. Au

contraire, plus le salaire réel est bas plus l'entreprise embauchera. La demande de travail est donc une fonction décroissante du salaire réel.

L'équilibre du marché du travail se définit par un salaire d'équilibre pour lequel l'offre et la demande sont égales. C'est en fait, le point d'intersection entre les courbes ascendantes et descendantes de l'offre et la demande. Ce salaire d'équilibre est donc flexible, il peut varier selon l'offre et la demande.

Si la demande est supérieure à l'offre, on parle de pénurie de main d'œuvre. Et au contraire, si l'offre est supérieure à la demande, on parle de chômage.

1.2.2. Le modèle keynésien

Keynes, quant à lui critique le modèle néoclassique du marché du travail. Le salaire réel n'a pas non plus d'influence sur la demande de travail. C'est l'anticipation des entreprises de la demande de biens et services qui va déterminer le niveau de la production et donc, par conséquent, la demande de travail. C'est la demande anticipée par les entreprises qui est le moteur de l'économie.

L'équilibre du marché du travail s'obtiendrait alors par la relance de l'économie. Cette relance s'effectuerait par une augmentation de la demande (en augmentant les revenus).

1.2.3. Cas particulier du marché du travail des sages-femmes

L'accès aux études de sage-femme est réglementé depuis 1971 par un *numerus clausus* fixé chaque année par arrêté ministériel visant à fixer le nombre d'étudiants admis dans la formation. Ce *numerus clausus* a donc pour but de réglementer le nombre de professionnels en activité.

Annexe I: Evolution du numerus clausus dans les écoles de sage-femme françaises.

De plus, contrairement aux autres professions, l'exercice de la profession de sage-femme dans le secteur hospitalier bénéficie de normes minimales. Les normes actuelles sont issues de l'article D. 712-84 des décrets de périnatalité de 1998: « Pour toute unité d'obstétrique réalisant moins de 1 000 naissances par an, une sage-femme doit être présente et affectée en permanence dans le secteur de naissance. Au-delà de 1 000 naissances par an, l'effectif global des sages-femmes du secteur de naissance est majoré d'un poste temps plein de sage-femme pour 200 naissances supplémentaires.[...] Toutefois, si l'unité d'obstétrique réalise moins de 500 naissances par an, la sage-femme peut également, en l'absence de parturiente dans le secteur de naissance, assurer les soins aux mères et aux nouveau-nés en secteur de soins et d'hébergement. Au-delà de 2 500 naissances par an, une sage-femme supplémentaire, ayant une fonction de surveillante du secteur, coordonne les soins le jour.». Cet article explique la mise en place de normes d'effectifs pour les sages femmes en fonction de l'activité annuelle de l'établissement, plus précisément, le nombre d'accouchements.

Annexes II et III: Normes du personnels telles que prévues par le décret de périnatalité 1998 pour le secteur hospitalier public et privé.

En outre, selon l'article R6123-50 du Code de la Santé Publique modifié par le Décret n°2010-344 du 31 mars 2010-article 181:« L'autorisation d'obstétrique ne peut être accordée ou renouvelée [...] que si l'établissement justifie d'une activité minimale annuelle constatée [...] de 300 accouchements». C'est pourquoi, suite à cette parution, de nombreuses petites unités ont fermées et les pratiques se sont concentrées dans de plus grands ensembles. Ces fermetures sont justifiées par une volonté de sécurisation de la prise en charge de la mère et de l'enfant par les pouvoirs publics. Ainsi, le nombre de maternités est passé de 1370 en 1975 à 535 en 2010. Etant donné que les lieux d'exercices des sages-femmes ont été réduits, la mobilité géographique des sages-femmes a donc augmentée. La mobilité professionnelle est aussi limitée chez les sages-femmes car on constate que les femmes exercent majoritairement dans le secteur public afin d'obtenir une situation stable.

En ce qui concerne les sages-femmes exerçant en PMI, le décret n°92-785 du 6 août 1992 définit que le service départemental doit disposer « d'une sage-femme à plein temps ou son équivalent pour 1500 enfants nés vivants au cours de l'année civile précédente, de parents résidant dans le département »

Enfin, la profession de sage-femme étant majoritairement féminine, on y retrouve donc des caractéristiques propres aux professions féminines comme le travail à temps partiel. En effet, d'après l'INSEE en 2005, 30,8% des femmes en emploi sont à temps partiel contre 6,1% des hommes. On remarque que ces femmes travaillaient à temps complet et sont passées à temps partiel après la naissance de leurs enfants. Celles-ci ont fait le choix de l'exercice à temps partiel afin de concilier leur vie professionnelle et leur vie familiale. Le temps partiel permet d'expliquer la différence entre les effectifs physiques de salariés et les Equivalent Temps Plein (ETP). Ainsi, sur un ETP, plusieurs personnes peuvent exercer sur ce poste [4], [9], [24].

2. Les ressources humaines

2.1. La fonction Ressources humaines

2.1.1. Les objectifs et activités de la fonction [10]

La fonction ressources humaines (RH) a pour objectif de faire en sorte que l'organisation dispose du personnel nécessaire à son fonctionnement et que ce personnel fasse de son mieux pour améliorer la performance de l'organisation, tout en s'épanouissant.

Celle est divisée en 4 missions. Tout d'abord, la première mission est d'administrer efficacement. Cette fonction consiste à mobiliser les moyens humains et matériels.

La deuxième mission est de développer la motivation des salariés. En effet, la satisfaction des salariés est essentielle au bon fonctionnement de

l'entreprise. C'est pourquoi, il est nécessaire de connaître leurs attentes. L'implication des salariés contribue à la création de la valeur.

La troisième mission est de favoriser le changement. Pour cela, la Gestion de Ressources Humaines (GRH) doit mettre en place une politique de changement et de transformation afin d'avoir des comportements nouveaux.

La dernière mission est de mettre en œuvre la stratégie c'est à dire d'établir à court et long terme une vision des emplois. Cette dernière mission sera développée plus tard dans les politiques de l'emploi.

La fonction RH regroupe dix activités:

- l'administration du personnel qui est un aspect administratif et permet de gérer les différentes catégories socio-professionnelles
- la gestion des ressources humaines et des coûts qui consiste en une prise en charge dynamique des hommes dans l'entreprise
- la formation dans laquelle on détecte les besoins et on élabore des plans de formation
- le développement social
- l'information et la communication
- l'amélioration des conditions de travail qui est obtenue après concertation avec le comité d'entreprise, le comité d'hygiène et de sécurité
- les relations sociales dans lesquelles le DRH doit présider de nombreuses réunions (délégués du personnel, syndicats..)
- le conseil à la hiérarchie dans la gestion du personnel
- les relations externes

2.1.2. Management stratégique des ressources humaines [6], [14]

Le management stratégique consiste pour une entreprise à obtenir un avantage concurrentiel en reconfigurant les ressources et compétences de l'organisation dans un environnement changeant, afin de répondre aux besoins du marché et aux attentes des différents acteurs. Les entreprises voient à travers le management stratégique des ressources humaines un moyen

d'accroître leur compétitivité. La stratégie ressources humaines est le moyen de concorder le management des ressources humaines et le contexte stratégique de l'activité économique.

Il existe plusieurs niveaux de stratégie, on parle de stratégie d'entreprise (représente le projet d'établissement), de stratégie par domaine d'activités (ce qui revient au projet de pôle) et enfin la stratégie opérationnelle (ce qui équivaut au projet de service).

Le management stratégique commence tout d'abord par le diagnostic stratégique. Celui-ci a pour but déterminer la position stratégique de l'organisation.

Ce diagnostic est obtenu par la combinaison du diagnostic externe et du diagnostic interne.

Le diagnostic externe est l'analyse de l'environnement, il prend en compte les conjonctures actuelles d'un point de vue démographique, juridique, politique, technologique et sociologique. Mais aussi, il résulte d'une évaluation des changements environnementaux attendus. Le diagnostic interne analyse les facteurs internes à l'entreprise à savoir les données sociales internes ainsi que les données technico-économiques internes.

Après avoir élaboré le diagnostic stratégique, il est nécessaire de formuler des objectifs puis d'identifier les options stratégiques possibles. On sélectionne ensuite une stratégie parmi plusieurs proposées en s'aidant de la gestion prévisionnelle des ressources humaines et des processus d'évaluation.

Pour finir, le déploiement stratégique est la mise en oeuvre de la stratégie retenue par l'élaboration et l'exécution des plans d'actions. Ce déploiement doit aussi gérer les changements que cette stratégie impose.

Depuis la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST), l'hôpital tend vers le modèle de l'entreprise. En effet, l'apparition de la tarification à l'activité (T2A) a introduit la notion de productivité à l'hôpital [57],[58]. C'est pourquoi la stratégie

de l'entreprise peut s'appliquer à l'hôpital. Les activités rentables sont développées et au contraire les activités qui sont déficitaires sont réduites au maximum mais en respectant toujours la mission de l'hôpital public qui est la continuité des soins. C'est le cas de la maternité, les dirigeants essaient de développer les activités d'Aide Médicale à la Procréation (AMP), la chirurgie ambulatoire afin d'obtenir un turnover important des patients. La mise en place du Programme de Retour à Domicile (PRADO) et la diminution des séjours en hospitalisation de suites de couches reflètent bien ce processus. La concurrence entre les établissements publics s'est accrue, la communication est donc importante afin de rendre attractif et d'attirer les patients dans chaque établissement.

2.2. Les politiques de l'emploi [2], [3], [10], [46]

2.2.1. *L'adaptation à court terme.*

La gestion de l'emploi à court terme a pour but de permettre un équilibre au quotidien entre les besoins de l'entreprise et de la population au travail. Les besoins de l'entreprise sont modifiés par les variations saisonnières, les pointes et réductions d'activités.

Les insuffisances et excédent ponctuels sont sources de coût, c'est pourquoi une politique de l'emploi doit être mise en place suite à ce constat. Par exemple, concernant les variations saisonnières, l'hôpital fait appel à sa flexibilité externe en recrutant durant la période estivale des remplaçantes en contrat à durée déterminée (CDD) pour équilibrer ses effectifs. En parallèle de cela, le DRH utilise sa flexibilité interne pour réaliser une bonne répartition et programmation des congés payés des sages-femmes salariés.

Les pointes et réductions d'activités ne sont pas concernées dans le cas des sages-femmes car les besoins en personnel restent les mêmes quelque soit les variations d'activités du fait de la mission de continuité et permanence des soins de l'hôpital public.

Un autre élément de l'adaptation à court terme est de réguler l'absentéisme du personnel car cet absentéisme représente un coût considérable. Un type d'absentéisme peut être régulé, il est appelé «absentéisme compressif » car il est résolvable en améliorant les conditions de travail des employés.

2.2.2. L'adaptation à moyen terme : la GPEC [10]

La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) est apparue au début des années 1980, elle regroupe l'ensemble des pratiques et des méthodes utilisées afin d'adapter les ressources humaines aux besoins anticipés de l'entreprise en fonction de l'environnement et de la stratégie de l'entreprise. Celle-ci sert de guide pour aboutir à l'analyse et élaborer des solutions.

Le modèle de base de la gestion prévisionnelle consiste à calculer et analyser l'écart entre ce qui est prévu et ce qui se réalise afin de mettre en place dans un second temps des mesures d'ajustement. Pour cela, il est donc nécessaire de partir de la situation de l'entreprise à un instant t et donc de fixer l'évolution probable des ressources humaines. Cette gestion prévisionnelle permet de définir un horizon temporel généralement fixé entre trois en cinq ans. Mais aussi de déterminer les besoins quantitatifs et qualitatifs en emplois.

Tout d'abord, il faut analyser les ressources disponibles. Cette analyse a pour but de représenter le plus proche de la réalité le potentiel humain disponible dans l'entreprise mais aussi sur le marché du travail. Cette démarche est obtenue en prenant en compte les données démographiques (âge, effectif, répartition par sexe, ancienneté...) et les qualifications et compétences disponibles. C'est pourquoi, la pyramide des âges, les bilans sociaux sont des outils intéressants pour appréhender l'évolution naturelle du personnel.

Ensuite, il faut analyser les besoins inhérents à l'entreprise. Cela suppose donc une connaissance assez précise des emplois existants. La classification par «emploi type» permet de regrouper des emplois et d'identifier

des proximités d'activités qui existent entre eux. Cette notion d'«emploi type» est issue d'une construction méthodologique du Centre d'Etude et de Recherche des Qualifications (CEREQ) dont les 4 axes qui la constitue sont la technicité, l'information, la relation/communication et la contribution économique. Elle peut aussi être utilisée pour mettre en valeur les emplois sensibles susceptibles à disparaître et les emplois émergents. Cette classification facilite donc l'analyse des besoins.

En 2004, une première version du répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière (FPH) a été élaborée par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), puis une deuxième version en 2008. Cet outil de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) regroupe 200 métiers de la FPH.

Pour finir, il faut comparer les ressources et les besoins afin de mettre en évidence des écarts. Si l'écart est positif, on parle de sureffectif et si l'écart est négatif on parle de besoins.

Une fois les écarts identifiés, il ne reste plus qu'à mettre en place des politiques d'ajustement. Les mesures prises par l'entreprise doivent viser à adapter ses ressources humaines aux nouvelles exigences de ses activités. Par exemple, si on constate un sureffectif, l'entreprise pourra accroître la promotion interne c'est à dire faire passer les salariés d'une catégorie à une catégorie supérieure par le biais de reconversions et de formations.

En plus de la gestion prévisionnelle, il est aussi important d'aborder la gestion des carrières. Les carrières ne suivent plus une progression régulière et prévisible. La gestion de carrière doit concilier à la fois les besoins organisationnels inhérents à l'entreprise mais aussi les besoins individuels de carrière. C'est pourquoi, lorsque la demande est motivée et volontaire, il faut mettre en avant le projet professionnel de l'individu. Une fois les possibilités de renforcement des compétences identifiées, il est nécessaire au gestionnaire de carrière d'adapter ses ressources humaines. Par exemple, lorsqu'une sage-femme souhaite se former pour développer ses compétences, du fait de sa

promotion professionnelle, celle-ci ne pourra plus exercer son ancien poste. Par conséquent, elle laissera son poste précédent comme vacant et permettra d'embaucher une sage-femme supplémentaire. L'anticipation de cette gestion de carrière permet d'organiser et de mettre en place un turnover des postes.

Annexe IV: Schéma de base de la GPEC

3. L'offre de soin en Haute-Normandie

3.1. La population Haut-Normande [53], [54]

L'étude de l'employabilité en Haute-Normandie ne peut se faire qu'en prenant en compte la démographie régionale.

La Haute-Normandie est une région qui possède une superficie de 12 318 km², ce qui représente 2,3 % de l'espace national et la classe au 20^e rang national. Celle-ci est divisée en 2 départements qui sont l'Eure et la Seine-Maritime. On compte actuellement 1419 communes en Haute-Normandie.

Concernant la population Haut-Normande, elle est constituée de 1 850 685 personnes, soit 2.9% de la population nationale, ce qui la place au 14^e rang national.

La Haute-Normandie a donc une densité de 150,3 habitants/km², ce qui est au dessus de la densité nationale égale à 114,8 habitants/km².

La Haute-Normandie est l'une des régions les plus jeunes de France avec 31,7% de personnes ayant moins de 25 ans. Ce pourcentage est supérieur à la moyenne nationale

Avec un taux de natalité égal à 12,9 pour mille et un taux de mortalité égal à 9 en 2012, la Haute-Normandie possède un dynamisme démographique qui résulte du solde naturel excédentaire (+ 0.4% par an en moyenne).

Selon l'INSEE, entre 2009 et 2010, le taux de natalité (nombre de naissances pour 1000 habitants) a augmenté de façon progressive puisqu'il est passé de 12,6 à 13,1 en France Métropolitaine. Cette progression s'est aussi retrouvée pour la Région Haute-Normandie avec un taux passant de 12,9 à 13,1.

Depuis 2010, on constate une diminution de ce taux de natalité (12.9 pour la Haute-Normandie et France métropolitaine). Cela est à corréliser avec le contexte économique actuel. En effet, l'incertitude suscitée par la crise économique et la montée du chômage a un impact sur la fécondité et donc sur le taux de natalité. Mais contrairement aux autres pays industrialisés, nous constatons une récession moins forte en France du fait des politiques familiales et sociales mises en place par le gouvernement.

Annexe V: Evolution du taux de natalité entre 2000 et 2012.

Les femmes en âges de procréer Haut-Normandes sont au nombre de 414730 au 1^{er} janvier 2012 soit 22,4% de la population de Haute-Normandie.

L'indice conjoncturel de fécondité de Haute-Normandie est quand à lui supérieur à la moyenne nationale.

En 2011, on recense 23 884 naissances avec un nombre plus important de naissances en Seine-Maritime que dans l'Eure.

3.2. Le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) [43].

Les Agences Régionales de Santé (ARS) sont en charge de l'élaboration du Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS). Nous allons tout d'abord expliquer les missions de l'ARS afin de comprendre la raison pour laquelle le SROS est établi.

Les ARS, autorités en charge du système de santé en région, ont été

créées en 2010 afin de permettre une organisation plus adaptée au territoire et ainsi répondre aux besoins de la population. Ces ARS ont plusieurs missions, elles doivent piloter la politique de santé publique en région et réguler l'offre de santé.

Suite à la loi HPST, les ARS doivent établir un Projet Régional de Santé (PRS) pour cinq ans. Ce PRS se compose, entre autre, du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) qui définit les objectifs pluriannuels et les priorités de santé dans la région. Le SROS est un des éléments qui figure dans ce PSRS.

Nous allons donc passer à la description du SROS de Haute-Normandie dans le secteur de la périnatalité.

La Haute-Normandie est divisée en 4 territoires de santé d'un point de vue sanitaire. Selon la Statistique Annuelle des Etablissements (SAE) 2012, les établissements hauts-normands réalisent 22230 accouchements.

Voici la répartition des accouchements par territoire de santé :

- territoire de Rouen-Elbeuf : 49% des accouchements
- territoire du Havre : 25% des accouchements
- territoire d'Evreux-Vernon : 18,5% des accouchements
- territoire de Dieppe : 7% des accouchements

L'offre de soin sanitaire en périnatalité en Haute-Normandie est répartie sur dix-sept implantations. Dans ces dix-sept implantations, on compte quatorze maternités et trois centres de proximité de périnatalité (CPP).

Les quatorze maternités sont divisées par niveau de plateau technique :

- deux maternités de niveau III: CHU de Rouen et Groupe Hospitalier du Havre (GHH)
- cinq maternités de niveau II: CH du Belvédère, Clinique Mathilde, CHI d'Elbeuf, CH de Dieppe, CH d'Evreux.
- sept maternités de niveau I: Hôpital Privé de l'Estuaire (HPE) ,

CH de Lillebonne, CH de Fécamp, CH de Vernon, CH de Gisors,
CH de Bernay.

Les trois CPP sont situés à Pont-Audemer, Louviers et Verneuil-sur-Avre.

4. Les sages-femmes en Haute-Normandie

4.1. Répartition par mode d'exercice

En Haute-Normandie, selon le Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) de septembre 2013, les sages-femmes sont au nombre de 557.

On compte 463 sages-femmes qui exercent exclusivement en hospitalier soit 83,1% des sages-femmes haut-normandes.

En ce qui concerne l'activité libérale exclusive, on dénombre 51 sages-femmes soit 9,2% des sages-femmes haut-normandes.

Il existe des sages-femmes qui possèdent une activité mixte, c'est à dire à la fois hospitalière et libérale, elles sont 14 dans la région Haute-Normandie, soit 2,5% de la population totale des sages-femmes haut-normandes.

Enfin pour finir, le nombre sages-femmes exerçant en centre de Protection Maternelle Infantile (PMI) est de 29 dans la région. Celles-ci sont réparties en 24 sages-femmes en Seine-Maritime et 5 sages-femmes dans le département de l'Eure. Ces sages-femmes représentent 5,2% des sages-femmes de Haute-Normandie.

Annexe VI: Répartition des sages-femmes haut-normandes par mode d'exercice.

4.2. Pyramides des âges

Au niveau national, la moyenne d'âge des sages-femmes au 1er janvier 2011 est de 41 ans selon le RPPS, c'est donc une profession jeune en comparaison avec les gynécologues qui ont une moyenne d'âge de 52 ans.

A l'échelle régionale, selon le RPPS de Septembre 2013, les sages-femmes qui sont sur le marché du travail sont âgées de 20 à 69 ans. Les sages-femmes âgées de 25 à 29 ans représentent 19,57% des sages-femmes haut-normands, c'est la tranche d'âge le plus fréquemment retrouvée. De plus, on constate que 38,77 % des sages-femmes haut-normands (sexes confondus) ont moins de 35 ans. Au contraire, les sages-femmes âgées de 65 à 69 ans ne représentent que 0,36% des sages-femmes exerçant en Haute-Normandie, elles sont donc très minoritaires. Comme au niveau national, on remarque donc que la profession de sage-femme est jeune.

On note que 87,5% des hommes sont âgés de moins de 35 ans contre 39,92% pour les femmes. Les hommes insérés sur le marché du travail sont donc encore plus jeunes que les femmes, ceci pouvant être expliqué par l'autorisation tardive des hommes dans la formation.

Annexe VII: Pyramide des âges des sages-femmes de Haute-Normandie .

4.3. Démographie des sages-femmes

Etant donné que sur les 14 maternités de Haute-Normandie, seulement 4 maternités et 2 CPP se situent dans le département de l'Eure, on retrouve 16,14 % de sages femmes exclusivement hospitalières (soit 77 sages-femmes) qui exercent dans l'Eure. Il y'a donc 83,75% des sages femmes hospitalières (soit 400 sages femmes) qui travaillent en Seine-Maritime. La répartition géographique des sages-femmes en secteur hospitalier est issue du maillage du territoire des maternités, elle est donc répartie de manière homogène en fonction des besoins de la population. En effet, la mission des pouvoirs publics est d'assurer une proximité de soin.

Pour les sages-femmes ayant une activité mixte, on note que 2 sages-femmes exercent dans l'Eure (soit 14,28%) et 12 sages femmes en Seine-Maritime (soit 85,72%).

La démographie des sages-femmes libérales en Haute-Normandie est obtenue en fonction la densité des sages-femmes libérales par femme en age de procréer. Sur la carte régionale établie par l'ARS, on retrouve de nombreuses zones sous dotées en sages-femmes libérales.

13 sages-femmes libérales exercent dans l'Eure, soit 25,5% des sages-femmes libérales totales. Et 38 des sages-femmes libérales exercent en Seine-Maritime, soit 74,5%. Le nombre de sages-femmes libérales est donc plus élevé en Seine-Maritime mais est à corrélérer avec les bassins de population.

Annexe VIII: Zones déficitaires de sages-femmes en Haute-Normandie.

Enfin, pour finir , les sages-femmes de PMI sont au nombre de 29. 4 sages-femmes exercent dans l'Eure (soit 13,8% des sages-femmes de PMI) et 25 en Seine-Maritime (soit 86,2%).

Il est aussi important d'ajouter la notion de lieu de formation initiale des sages-femmes exerçant en Haute-Normandie afin d'étudier la démographie car cela permet d'identifier les flux entrants de sages-femmes. On remarque que 75% des sages-femmes exerçant en Haute-Normandie sont issus de l'école de sage-femme de Rouen, ce qui est justifié car Rouen est la ville de formation initiale en Haute-Normandie. En deuxième position, ce sont les sages-femmes ayant fait leurs études à Amiens avec une proportion de 6,3%. Ensuite, les caennais représente 5,2% des sages-femmes actuellement en poste en Haute-Normandie. Nous pouvons donc dire que 11,5% des sages-femmes haut-normands sont issus d'une école se situant dans une région limitrophe. Les sages-femmes diplômées en Belgique représentent 3,6% des sages-femmes totales.

ENQUETE

1. Présentation de l'étude

L'objectif de ce mémoire est de faire un état des lieux du marché du travail concernant la profession de sage-femme en Haute-Normandie et ainsi d'améliorer l'insertion professionnelle des jeunes diplômés. Il permettra aussi de démontrer si les effectifs de sages-femmes formés chaque année sont adaptés aux besoins en santé publique.

L'étude réalisée est descriptive, prospective et multicentrique car elle fera un état des lieux du marché du travail des sages-femmes dans la région en mettant en valeur les profils des sages-femmes futurement diplômés.

Pour cela, nous étudierons à la fois l'offre et la demande en nous positionnant des deux côtés au cours de l'enquête qui sera régionale. Grâce à nos questionnaires et nos entretiens, nous analyserons si l'offre et la demande concernant la profession de sage-femme et de son emploi sont équilibrées ou non.

Grâce à ce mémoire, nous souhaitons répondre à la problématique suivante : Les effectifs d'étudiants sages-femmes formés chaque année sont-ils en adéquation avec les besoins du Schéma Régional de l'Organisation des Soins (SROS) de Haute-Normandie?

De cette problématique, en découle une hypothèse:

- Le numerus clausus est adapté aux besoins en santé publique concernant la périnatalité en Haute-Normandie.

2. Population et outils

Dans un premier temps, afin d'étudier l'offre, le choix de notre population s'est porté sur les étudiants sages-femmes appartenant à la nouvelle réforme, c'est à dire en Sma3 et Sma4. En effet, du fait de l'universitarisation des études et de l'accès facilité à une formation parallèle au cours de leurs études de sages-femmes, des profils professionnels se dessinent plus tôt dans leur cursus. Nous avons exclu les étudiants de l'ancien programme pour les raisons expliquées ci-dessus. Nous avons aussi exclu les étudiants en Sma2 étant donné qu'ils ne côtoient pas les services en rapport avec leur future activité professionnelle.

Nous avons choisi d'inclure l'école d'Amiens et de Caen en plus de celle de Rouen car celles-ci sont des zones géographiques limitrophes. Comme nous avons vu précédemment dans la revue de la littérature, actuellement, 11,5% des sages-femmes qui exercent en Haute-Normandie sont diplômées d'une région limitrophe. Nous savons que la mobilité des sages-femmes entre en jeu dans la recherche d'un emploi. Les étudiants amiennois et caennais sont donc concernés dans l'étude de l'employabilité des sages-femmes en Haute-Normandie.

Une autorisation a été demandée aux directrices des écoles concernées. La diffusion des questionnaires s'est faite par envoi du lien du questionnaire par e-mail aux directrices d'écoles. Celles-ci étaient chargées de le communiquer aux deux promotions respectives. Ce questionnaire fut mis en ligne sur internet grâce à l'outil Google Drive du 29 octobre 2013 au 25 janvier 2014.

Ce questionnaire contient 16 questions. La première partie permet d'obtenir des informations générales sur la population interrogée à savoir leurs années de formation ainsi que leurs villes d'études. Ensuite, la seconde partie met en valeur le souhait d'orientation des étudiants sages-femmes en début de carrière ainsi que l'existence ou non d'un projet professionnel. Enfin, la dernière partie a pour but de connaître les leviers qui modifieraient à moyen-long terme le projet professionnel initial des étudiants.

Dans un second temps, une enquête par entretiens a été réalisée auprès des cadres supérieures et /ou cadres de santé des 13 maternités de Haute-Normandie dans le but d'étudier cette fois ci la demande.

Les 13 maternités concernées par l'étude sont :

le CHU de Rouen , le CH du Belvédère à Mont-Saint-Aignan, la Clinique Mathilde à Rouen, le CHI Les Feugrais à Saint-Aubin-les-Elbeuf , le CH de Vernon, le CH de Gisors, le CH de Bernay, le CH d'Evreux, le CH de Dieppe, le CH de Lillebonne, le CH de Fécamp, le Groupe Hospitalier du Havre Jacques Monod à Montivilliers, la Clinique des Aubépines à Saint-Aubin-sur-Scie.

La première partie de l'entretien concerne des données quantitatives mettant en valeur les caractéristiques du service, la seconde partie prend en compte des données qualitatives sur la gestion des ressources humaines. Sur les 14 entretiens prévus, 12 étaient des entretiens physiques, 1 était un entretien téléphonique et 1 entretien n'a pas pu être réalisé car la cadre n'a pas répondu aux sollicitations malgré de nombreuses relances de notre part.

Le traitement des données du questionnaire a été réalisé par le logiciel informatique Microsoft Office Excel 2007. Celui-ci nous a permis de réunir le contenu des données sous forme de tableaux puis de réaliser dans un second temps nos graphiques.

Les données des entretiens ont été recueillies sous forme de tableaux. Ces tableaux initiaux seront ensuite analysés. Ainsi, dans nos résultats nous verrons dans un premier temps les tableaux initiaux puis, les tableaux obtenus après extraction des données.

3. Résultats

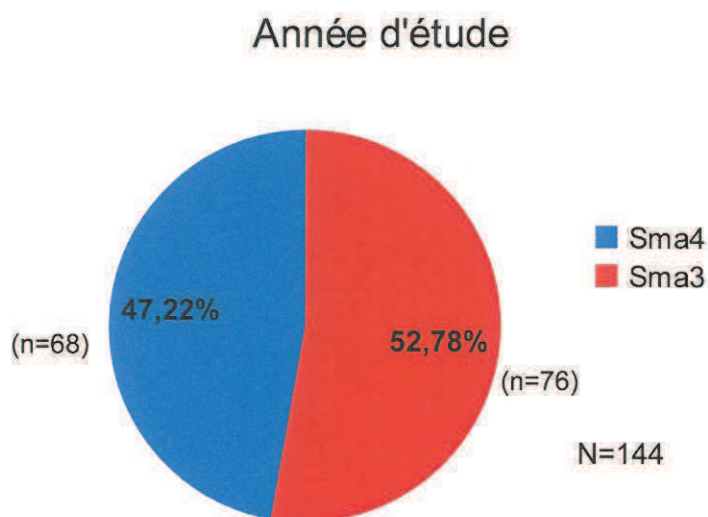
3.1. Première partie : Questionnaire destiné aux étudiants

Sur 179 réponses attendues, 144 personnes ont répondu au questionnaire. Le taux de réponse est de 80,45%.

Voici la décomposition des réponses obtenues en fonction des écoles sous forme de tableau:

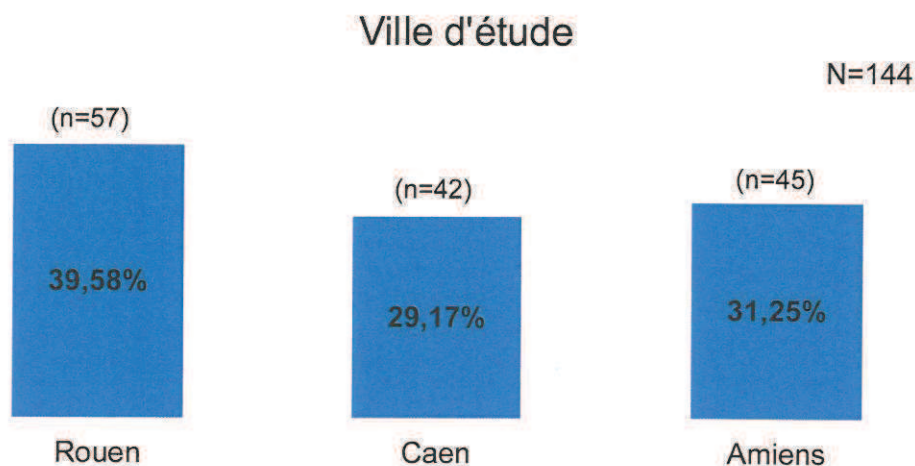
	Nombre d'étudiants inscrits en Sma3 et Sma4	Réponses obtenues	Taux de réponse
Rouen	58	57	98,28%
Caen	52	42	80,77%
Amiens	69	45	65,22%
TOTAL	179	144	80,45%

Question n°1:



Sur les 144 réponses obtenues, on retrouve 47,22% de Sma4 et 52,78% de Sma3. La population interrogée est donc répartie de manière plutôt homogène entre les deux promotions.

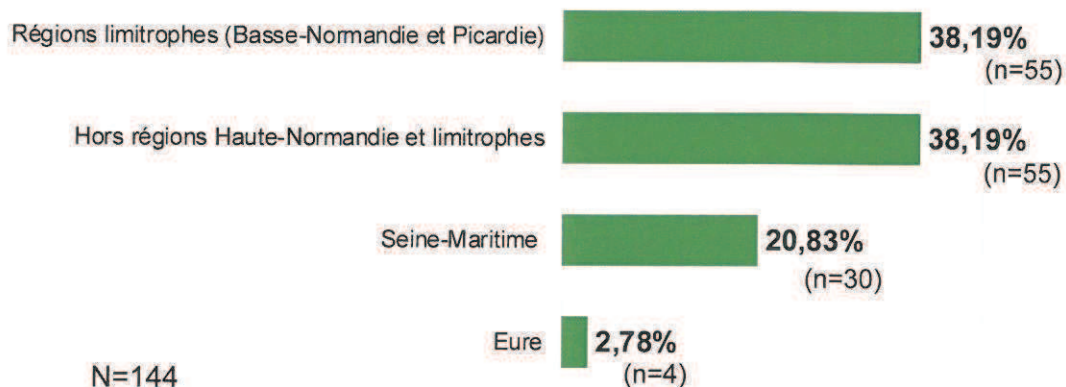
Question n°2:



Parmi les 144 étudiants sages-femmes interrogés, 39,58% d'entre-eux sont Rouennais. Les plus nombreux à avoir répondu au questionnaire sont les étudiants rouennais, école dans laquelle nous avons réalisé l'étude.

Question n°3:

Souhait de lieu de début d'exercice



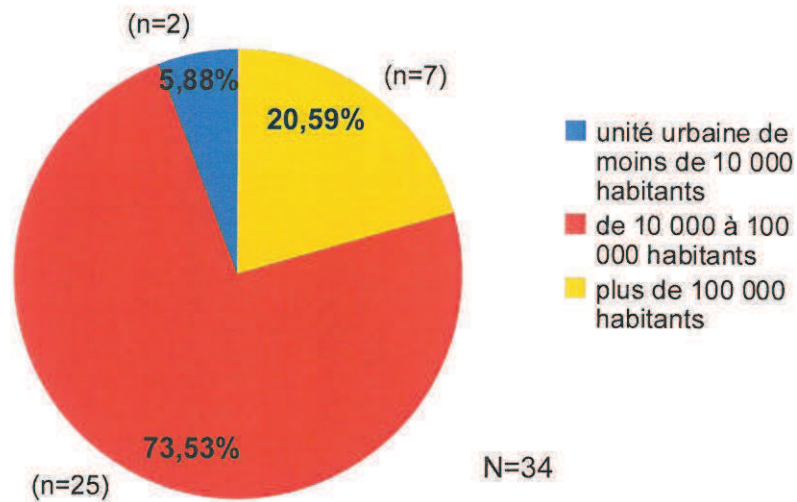
Sur les 144 réponses obtenues, seulement 34 étudiants sages-femmes souhaitent exercer en Haute-Normandie après leurs diplômes, soit 23,61% des étudiants interrogés.

Les 115 autres étudiants sont donc exclus du questionnaire. Ceux-ci préfèrent exercer dans les régions limitrophes à 38,19% ce qui peut s'expliquer du fait qu'une partie des étudiants interrogés soient issus des régions limitrophes. En

revanche, on retrouve le même pourcentage à savoir 38,19% veulent exercer en dehors des régions Haute-Normandie et limitrophes.

Question n°4:

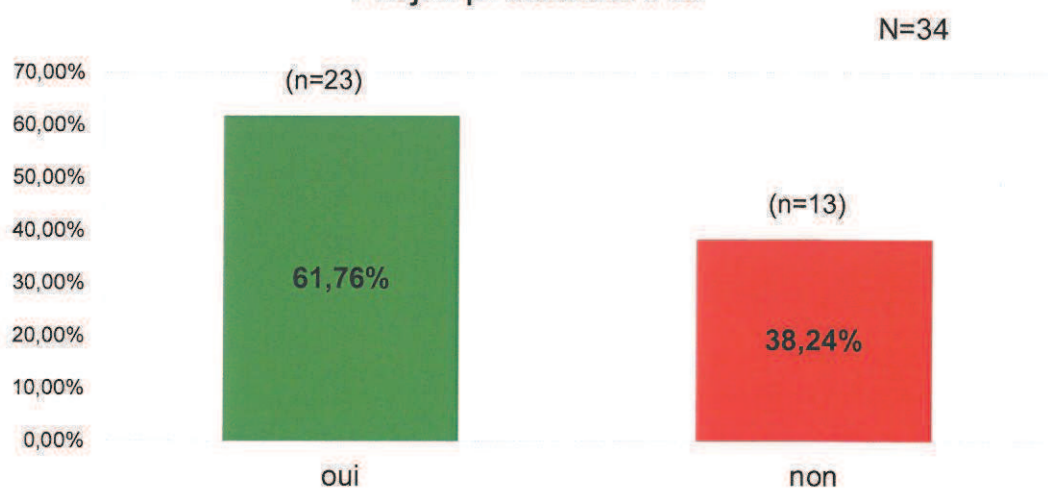
Souhait de tranche d'unité urbaine d'exercice



73,53% des étudiants sages-femmes souhaiteraient exercer dans une ville de taille moyenne.

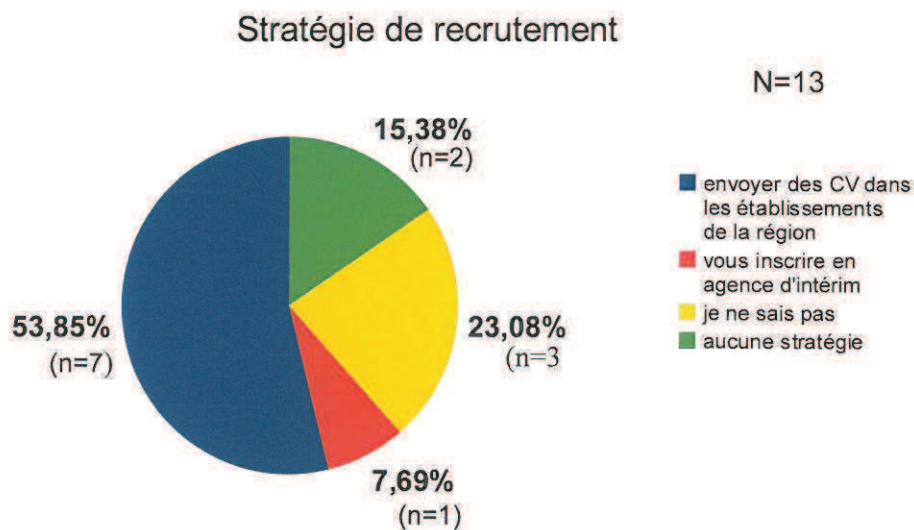
Question n°5:

Projet professionnel



Sur 34 réponses, 61,76% ont un projet professionnel.

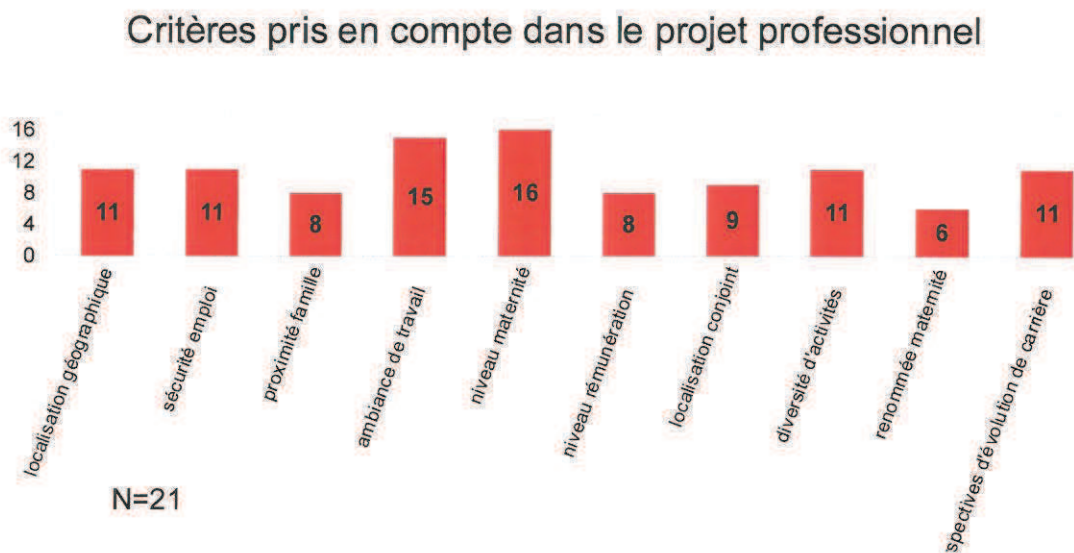
Question 5.A:



Parmi les étudiants sages-femmes n'ayant pas actuellement d'idée de leurs projets professionnels, 53,85% de ceux-ci ont pour stratégie de recrutement l'envoi de CV dans tous les établissements de la région.

23,08% des étudiants qui n'ont pas de projet professionnels ne savent pas quelle stratégie mettre en place.

Question n°5.B.1:

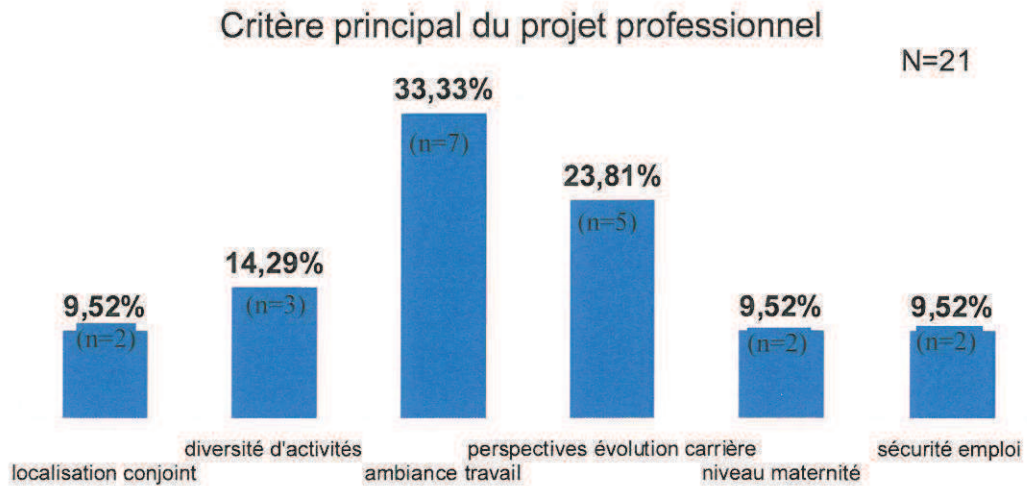


Cette question était à choix multiples. On retrouve 106 réponses pour 21 répondants.

Le critère le plus fréquemment retrouvé dans l'élaboration du projet

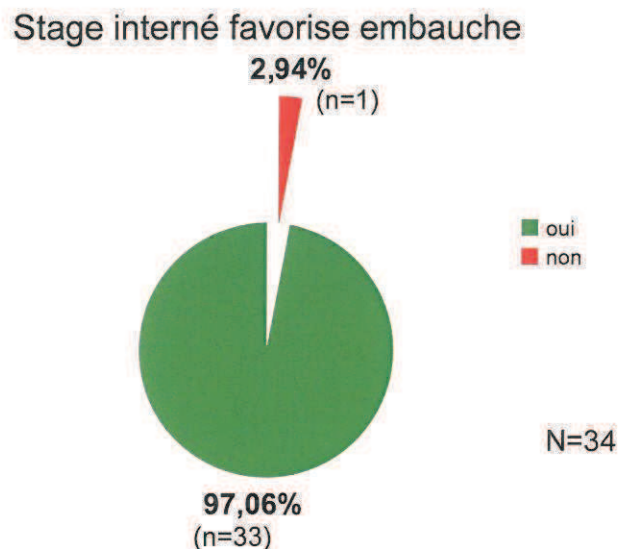
professionnel est le niveau de la maternité. Les étudiants sages-femmes prennent le moins en compte le critère de la renommée de la maternité pour élaborer leurs projets professionnels.

Question n°5.B.2:



Le critère le plus important pour les étudiants sages-femmes dans leurs projets professionnels est l'ambiance de travail à 33,33%. Ensuite, c'est la perspective d'évolution de carrière à 23,81%.

Question n°6:

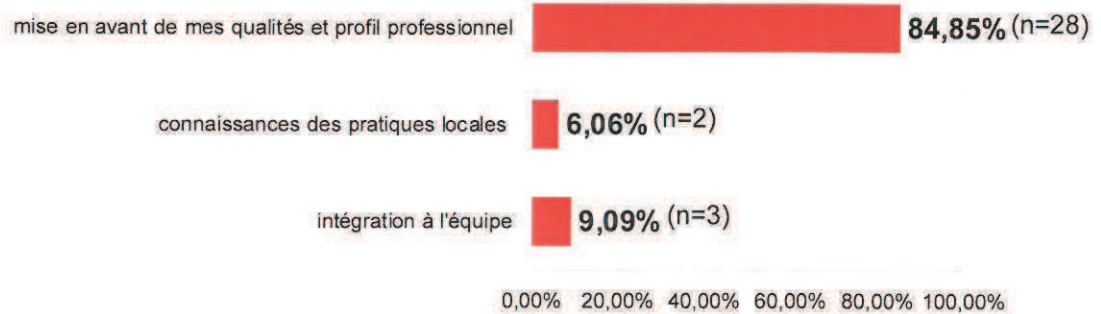


Les étudiants sages-femmes pensent à 97,06% que le stage interné de 6 mois durant leurs études va favoriser leurs embauches dans les établissements de santé.

Question n°7:

Raisons de l'intérêt du stage interné

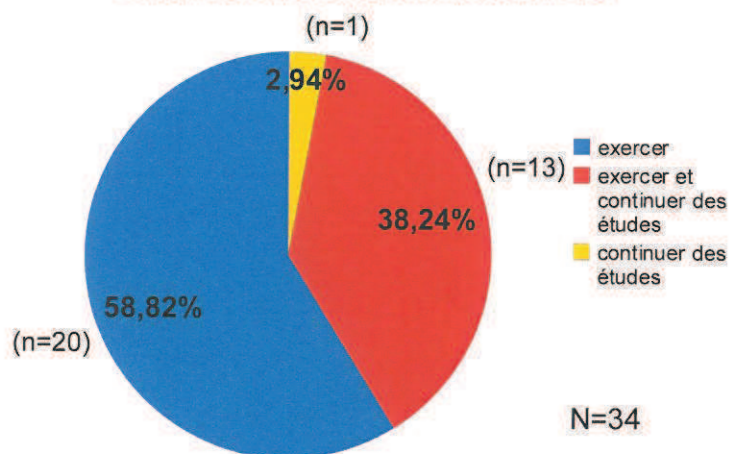
N=33



Sur les 33 personnes trouvant que le stage interné a un intérêt, 84,85% des étudiants sages-femmes considèrent que celui-ci permet de mettre en valeur leurs qualités et leurs profils professionnels.

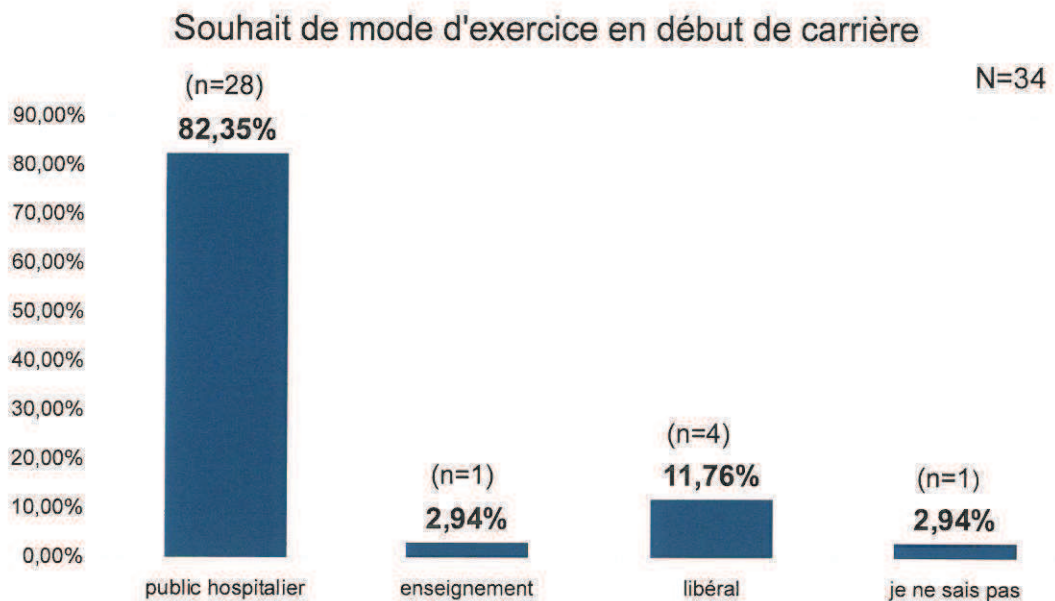
Question n°8:

Orientation de début de carrière



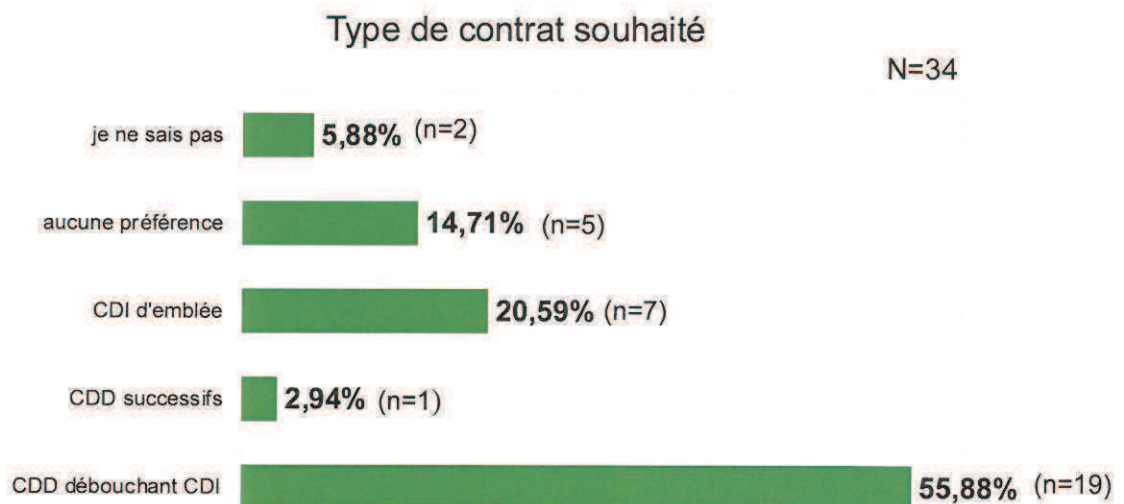
58,82%, soit la majorité des étudiants, souhaitent exercer après leurs diplômes et 2,94% ont pour objectif de continuer des études seulement.

Question n°9:



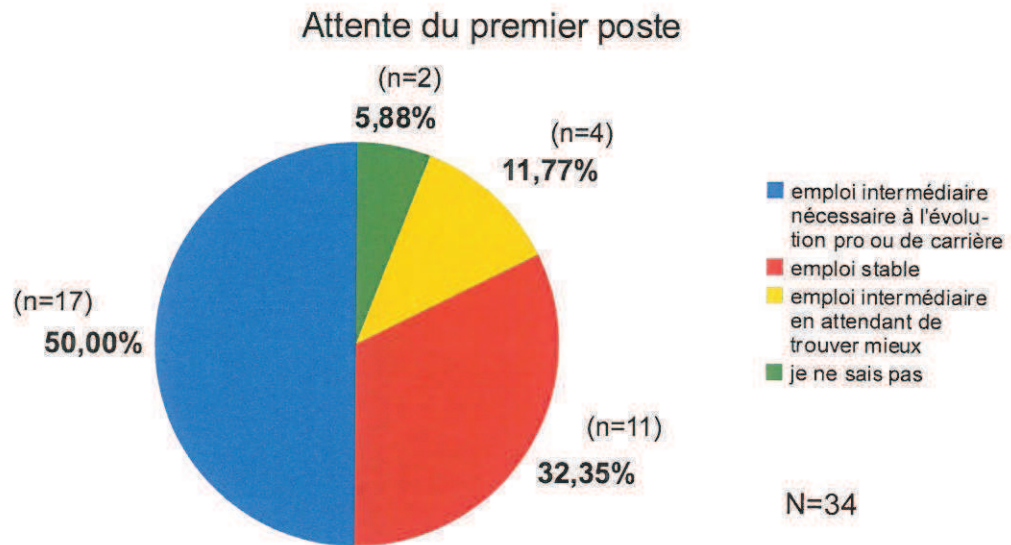
82,35% des étudiants sages-femmes souhaiteraient débiter leurs carrières en exerçant à l'hôpital et 11,76% des étudiants envisageraient l'installation en libéral.

Question n°10:



Plus de la moitié des étudiants interrogés (55,88%) souhaitent un CDD débouchant sur une CDI. Les CDD successifs n'intéressent pas beaucoup les étudiants car ce choix ne représente que 2,94%.

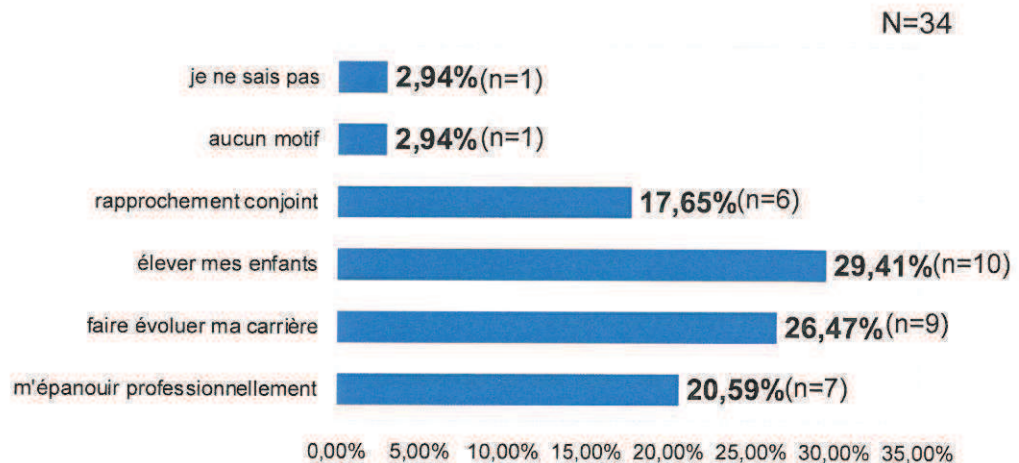
Question n°11:



50 % des étudiants sages-femmes attendent du premier poste un emploi intermédiaire nécessaire à l'évolution professionnelle ou de carrière. En second lieu, 32,35% souhaitent obtenir un emploi stable dès le premier poste.

Question 12:

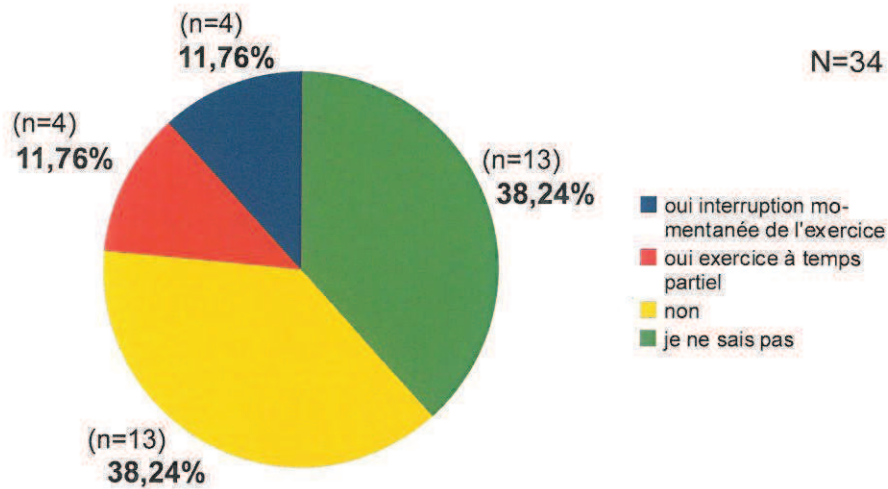
Raisons d'un changement professionnel à moyen terme



Tout d'abord, 29,41% des étudiants évoquent un changement à moyen-long terme de leur projet professionnel initial pour élever leurs enfants. Ensuite, 26,47% changeraient leurs projets professionnels initiaux afin de faire évoluer leurs carrières.

Question n°13:

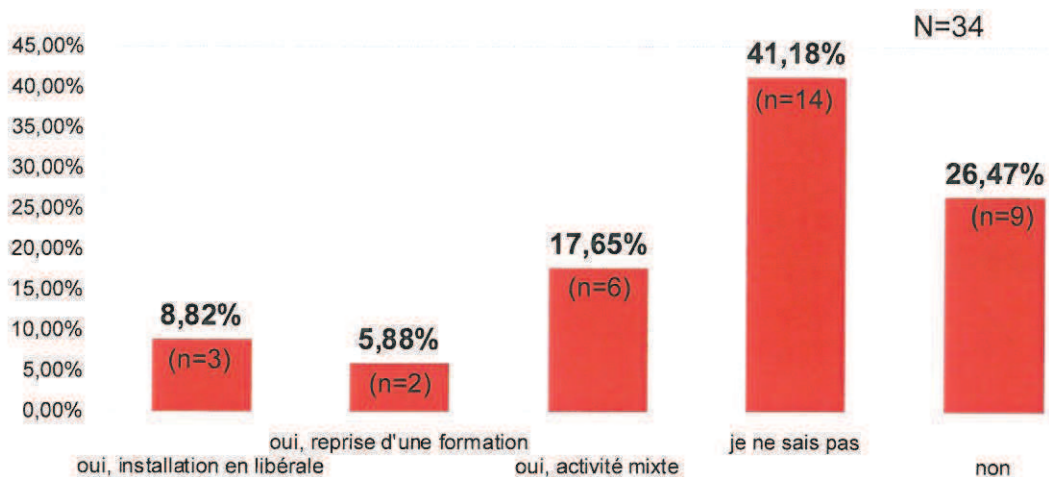
Modification du temps de travail à moyen-long terme



Le temps de travail ne sera pas modifié pour 38,24% des étudiants lors d'un changement de projet professionnel à moyen terme. On retrouve le même pourcentage pour les étudiants qui ne savent pas.

Question n°14:

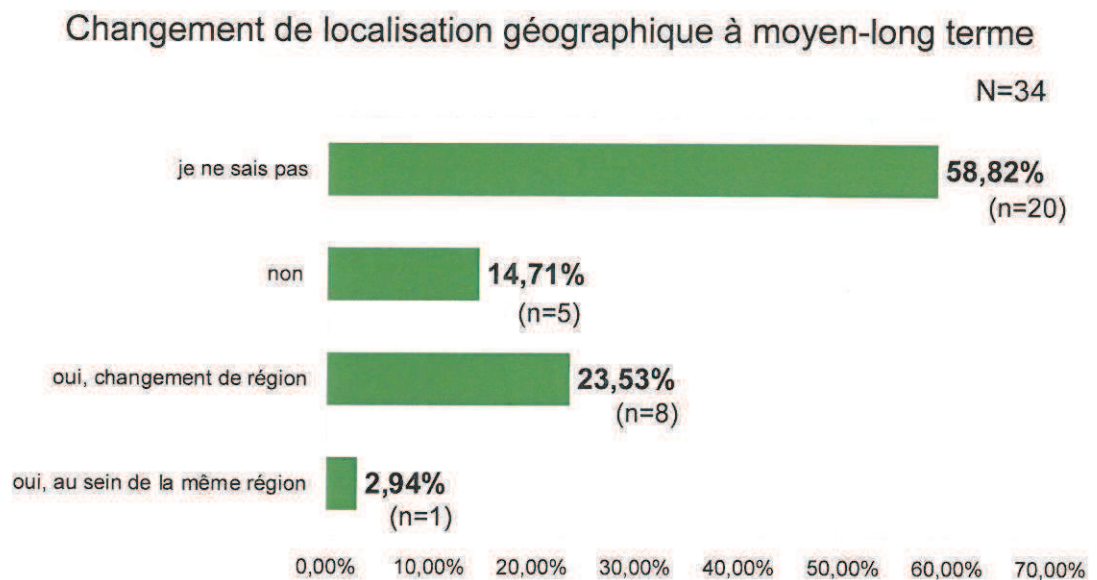
Changement de mode d'exercice à moyen-long terme



41,18% des étudiants sages-femmes ne savent pas si le changement du projet professionnel va modifier leur mode d'exercice. Les personnes qui ne changeront pas de mode d'exercice représentent 26,47% de la population interrogée. Seulement 5,88% des étudiants sont prêts à reprendre une

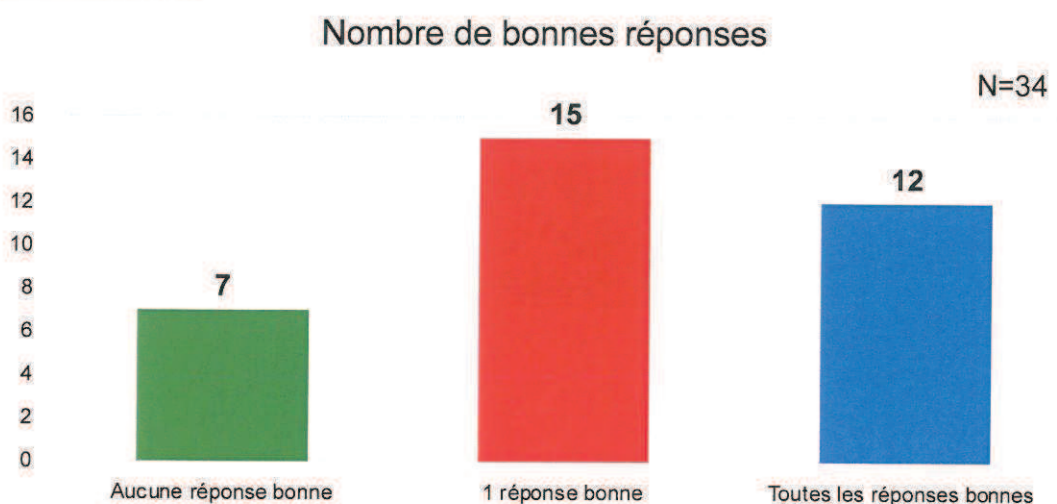
formation, ce qui veut dire que la formation initiale du DE suffit aux étudiants.

Question n°15 :



Plus de la moitié des étudiants-sages femmes (58,82%) ne savent pas si le changement de leurs projets initiaux entraînerait une modification de leur localisation géographique. 23,53% changeraient de région et quitteraient la région Haute-Normandie.

Question n°16:



La dernière question de ce questionnaire est une Question à Choix Multiples (QCM) dans laquelle il fallait cocher les réponses vraies. Sur les 4 réponses proposées, 2 étaient vraies.

12 personnes ont bien répondu soit 35,29 % des étudiants interrogés. On remarque que 15 étudiants soit 44,11% avaient au moins une réponse bonne. La connaissance de l'offre de soin régionale est donc approximative chez les étudiants mais ceux-ci ont quelques notions.

3.2. Deuxième partie : Enquête auprès de 13 maternités de Haute-Normandie

Sur les 13 maternités enquêtées (au lieu de 14), on retrouve 2 maternités de niveau III, 4 maternités de niveau II et 7 maternités de niveau I.

Voici les tableaux obtenus suite aux entretiens.

Données quantitatives

	Ni Nbre v naissances	Nbre lits	Effectif SF	CDD	CDI / titulaires	ETP	H F	Postes vacants de 30 ans	SF – de 30 ans	Congé parenté	Congé maternité	Mise en dispo	SF 55 ans et +	Départs retraite					Mutat° entrantes acceptées					Mutat° sortantes acceptées					Création poste	Tx absentéisme	
														2014	2015	2016	2017	20	2011	201	2013	20	2011	2012	2013	20	2011	2012			2013
CHU Rouen	3 2859 (2012) 2747 (2013)	75	71	4	67	59	3 68	0	23	2	0 tps plein à 80%	2	2	0	1	0	2	1	0	1	0	1	0	2013 = 6	0	5,02%					
CH Belvédère	2 3619 (2012) 3607 (2013)	83	85	14	71	73,6	1 84	0	14	5	2	7	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2010:3 2012:3 2013:2	2 en 2013	9,00%					
CHI Les Feugrais	2 1733(2012) 1682 (2013)	38	36	5	31	30,15	0 36	0	5	0	1	1	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	Égal aux départs	0,5 ETP en 2012	2,00%					
CH Vernon	1 738(2012) 735(2013)	16	10	1	9	9,6	0 10	0	3	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2011 : 2 2013 : 1	0	0,30%					
CH Gisors	1 554(2012) 608 (2013)	13	11	3	8	10	1 10	0	3	1	1 à 50%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2012: 2 2013: 1	2 en 2012 (gardes de 12h)	0,80%					
CH Evreux	2 2141(2012) 2087(2013)	34	32	2	30	29,5	1 31	0	16	1	0 mais 2 tps partiels à 50%	2	2	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2010 : 5 2011: 5 2012 : 1	2010: 4 2011: -2 2013: -2	6,70%					
CH Fécamp	1 667(2012) 659(2013)	21	15	1	14	14,4	1 14	0	3	0	0	0	3	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	3,59%					
CH Dieppe	1 863(2012) 919(2013)	24	22	3	19	19	3 19	0	7	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2013 = 4	2 stag° 1 tit°	Environ 5%					
Clinique les Aubépines	1 756 (2012) 648(2013)	28	11	1	10	8,8	0 11	0	2	0	0	Non concerné	3	2	Non concerné	Non concerné	Non concerné	Non concerné	Non concerné	Non concerné	Non concerné	Non concerné	Non concerné	2012=2	0	Environ 5%					
GHH Monod	3 3299(2012) 3254(2013)	58	77	7	70	62,7	6 71	0	32	2	1	5	10	2	2	1	0	1	0	1	0	1	1	Égal aux départs	2011: 3 2012: 9,4	Environ 10%					
Clinique Mathilde	2 3053(2012) 2819(2013)	59	39	3	36	36,75	0 39	0	8	3	0	Non concerné	5	3	Non concerné	Non concerné	Non concerné	Non concerné	Non concerné	Non concerné	Non concerné	Non concerné	Non concerné	2010: 2 2012: 5 2013: 1	0	Moins de 2%					
CH Lillebonne	1 802(2012) 780(2013)	18	20	2	18	16	0 20	0	5	1	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2011=1	1 stag°	5,00%					
CH Bernay	1 546 (2012) 528 (2013)	15	12	1	9 titulaires; 2 CDI	12,25	0 12	0	2	1	1 à 80%	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2013=0,2 ETP (réeduc°)	2013=0,2 ETP (réeduc°)	8,32%				
TOTAL	21630 (2012) 21073 (2013)	482	441	47	394	381,75	16 425	0	123	16	9,7	18	36	23	3	3	4	3	3	1	3	1	3	4							

Données qualitatives

	Plannings component des gardes			Politique de remplacement		Montant rempla	Montant suffisant oui non	CV vivier de candidats		Critères de recrutement	Gestion formation	Perspectives d'embauche	Autres commentaires
	subd? oui non	exception	jours récup nérés	recup nérés	récup nérés			Nbre	Manière				
CHU Rouen	X	X	X (60 d'oct à déc)	Recrute , embauche avec avai du trio de pôle.	Pas de dotation	X	Environ 9 depuis juillet 2013	Candidatures spontanées par appel téléphonique, courrier, e-mail	Compétences, formations complémentaires Relationnel, savoir-être, dynamisme, évaluation en stage, école de Rouen	Bon budget de formation Sur la base du volontariat.	Pas rétellement de perspectives		
CH Belvédère	X	X	X (choix des SF si prévenue - de 48H avant, 25% de + ou heures supp)	Remplacement de l'effectif total des absentes, contact direct avec le DRH	En fonction des besoins, pas de montant fixe	X	Environ 10 depuis juillet, Tri 1 fois par an	Candidatures spontanées de toute la France	Parcours : si a déjà été remplaçante ou venue en stage. Expériences professionnelles. Ecole française prioritairement. Lettre de motivation adaptée au projet d'établissement.	Recueil des demandes de formation puis construction du plan de formation avec le CTE.	2 postes SF ouverts pour postes UK Développement de la périmétrie +/- création de poste	Pas de titularisation des SF si acceptation des mutations	
CH Les Feuillants	X	X	X	Pas d'embauche de remplaçantes. Volonté de titulariser tout d'abord les SF en CDD.	Enveloppe de pôle à respecter	X	Environ 10	Candidatures spontanées, téléphone	Expérience , climat de confiance, parcours pro, CV ++ , diplômes en plus..	Projet à 5 ans décliné en des microprocess. formation d'1 SF écho	Chasse à l'ETP. Besoin de 2 à 3 personnes l'été, qu'on essaye de garder plein	Avant SF étaient à temps partiel, passent à temps plein	
CH Vernon	X	X	X	Délégation de gestion et adaptation du personnel à l'activité (comme Evreux qui est l'intersite)	En fonction des besoins	X	Environ 4-5	Candidatures spontanées	Volonté d'équipe stable, travail du projet professionnel, engagement de rester longtemps. Polyvalence. Etudiants venus en stage (pas forcément que Rouen)	Réa néonatale tous les ans au sein de l'établissement car besoin de pratiquer.	Remplacer les infirmières en SDC, environ 4 ETP		
CH Gisors	X	X	X	Pas de vacataire. Remplacement mutuel au sein de l'équipe. Pas de remplaçantes d'été	Pas d'enveloppe sauf congés maternités	X	20 depuis 2 ans	Candidatures spontanées, annonces au conseil de l'ordre	Pas de SF belges (sauf expérience) Expérience en niveau 1. Appréciation de stage pour celles déjà venues SF de toute la France	Demandes individuelles. Volonté de DU contraception mais pas possible financièrement.	Pas de perspective. A moyen terme avoir 2 SF la nuit si 750 nssces		
CH Evreux	X	X	X	1 remplacement pour 2 absences. Intersite avec Vernon donc mise en place de délégation de gestion et adaptation du personnel à l'activité. CDD sont à resigner tous les mois	En fonction des besoins. Enveloppe de délégation en 2014	X	Environ 25-30	Appels téléphoniques et candidatures spontanées.	Volonté d'équipe stable, travail du projet professionnel, engagement de rester longtemps. Polyvalence. Etudiants venus en stage (pas forcément que Rouen)	Plan de formation annuel. Arbitrage des cadres existants. Pas de suppression de postes ! services par rapport à l'enveloppe	Défend les postes existants. Pas de suppression de postes ! services par rapport à l'enveloppe	Difficulté financière des hôpitaux donc pas de création de poste	
CH Fécamp	X	X	X	Pas de remplacement car peu d'absentéisme. Sinon, remplacement entre SF (gardes sup récupérées)	Montant dédié seulement aux congés maternités	X	Entre 10 et 20	Candidatures spontanées	Expériences de niveau 1. Rigueur. Etre solide.	Pau de budget pour DU acu et DU écho.	Pas de création de poste, juste remplacement des départs en retraite	Grande mobilité des candidats	
CH Dieppe	X	X	X	Quand arrêt long, remplacement par embauche mais ETP constant	Mensualité de remplacement et postes fixes	X	30 en tout, Après sélection 12	Candidatures spontanées (Amiens, Lille Belgique...) et de toute la France	Ecoles Françaises, stages effectués en France si SF belges. Parcours professionnel. Spécialisation. Sélection par CV et entretien. Valeur ajoutée des diplômes.	Plan de DPC en 2014, formations acceptées en lien avec projet de pôle les SF vers 2015	Développement des consultations prénatales et gynécologiques pour les SF vers 2015		
Clinique les Aubépines	X	X	X	Intérimaires l'été et gardes supplémentaires. 1 SF libérale tampon faisant 2-3 gardes.	Pas fixe en fonction des besoins	X	3	Candidatures spontanées (Amiens, Belgique, Rouen)	Lieu de formation: France. Stages effectués. Expérience du niveau 1. Assurance.	Formation collective. Demandes individuelles, demande de FUGEJIF	Pas de perspective d'embauche		
GHH Monod	X	X	X (200)	Embauche de CDD l'été et heures supplémentaires rémunérées	Pas de chiffre en fonction du contexte ponctuel	X	Environ 20	Candidatures spontanées car jury de recrutement en mars/avril	Ecoles Françaises, niveau de formation, étudiants venus en stage. Contrat avec essai 3 mois/ service ensuite reconduction du CDD	Lettre de motivation du projet pour DU écho: sélection devant jury, 6sf écho (1,5 ETP à remplacer)	Relance du projet PNP, des consultations lactation. Développer planning familial et consult ovniéco	Nbre de candidatures a augmenté, besoins existent	
Clinique Mathilde	X	X	X	Les absences sont tout le temps remplacés, même sur une journée. Pas de CET donc embauche pour remplacer	En ce moment équivalent à 3ETP mais si besoin de plus, possible	X	Environ 10	Candidatures spontanées, appels téléphoniques, région ou Belgique	Motivation, CV ++, parcours, attitude du candidat lors des entretiens, feuilles de stage, SF belges ne sont pas exclues	Du acu, allaitement, tabacologie. Importance du DPC et tutorat	-4 infirmières de SDC à remplacer	SF travaillent plus (temps plein) et plus longtemps	
CH Lillebonne	X	X	X	Pas d'embauche de remplaçantes.	Equivalent aux congés maternités	X	Environ 10 depuis septembre 2013	Candidatures spontanées : Rouen, Caen, Amiens...	Qui possèdent projets sur niveau 1 (accompagnement patientes), autonomie, maturité organisation. A une période d'essai.	Commission de formation annuelle, SF à former pour 1 ETP écho et 2 ETP consultations	Au maximum des capacités	SF du baby boom sont parties à la retraite	
CH Bernay	X	X	X	Peu d'absentéisme. Seulement congés maternités remplacés. Une SF en consultation pouvant se détacher donc organisation en interne.	Pas d'enveloppe mais excédent de 0,2 ETP	X	8	Candidatures spontanées, e-mail, courrier	Ecoles Françaises, un minimum d'expérience car niveau 1, compétences en réanimation néonatale	1 formation ré néonatale Formation en fonction d'objectifs individuels mais aussi projet commun.	Augmentation de 0,2-0,3 ETP pour rééducation périnéale		

Concernant le premier tableau « données quantitatives »:

On remarque qu'aucun poste n'est vacant dans les maternités haut-normandes.

Par ailleurs, les mises en disponibilité sont importantes à prendre en compte pour expliquer les embauches. On remarque qu'au 1er novembre 2013, il y a 7 mises en disponibilités CH du Belvédère et 5 au GHH Monod. Cette part est élevée, nous ne connaissons pas les raisons de ces mises en disponibilité.

Nous nous sommes ensuite intéressées aux sages-femmes âgées de 55 ans et plus. On note que le GHH Monod possède 10 sages-femmes âgées de 55 ans et plus, c'est l'effectif le plus élevé de la région. Juste derrière, on remarque que le CH du Belvédère et la Clinique Mathilde ont 5 sages-femmes âgées de 55 ans et plus.

Concernant le deuxième tableau « données qualitatives »:

Certains éléments nous interpellent. Tout d'abord, les candidatures sont quasiment toutes spontanées. De plus, celles-ci ne sont pas toutes issues de la formation de l'école de Rouen. En effet, on remarque que le CH du Belvédère et le CH de Dieppe ont mentionné que les candidatures venaient de toute la France.

Ensuite, nous constatons que le CV et les diplômes sont des critères importants dans le recrutement de candidat. Ainsi, la poursuite des études est une valeur ajoutée pour les recruteurs.

Par souci de lisibilité, nous allons diviser ces résultats en plusieurs tableaux. Le tableau ci-dessous a pour but de comparer les établissements de la région en terme de moyens humains, d'activité et d'organisation des services. Nous avons souhaité obtenir des résultats sous forme de pourcentage et de ratio afin que ceux-ci soient plus lisibles.

Le ratio est obtenu en ramenant la donnée que l'on veut étudier au nombre de sages-femmes qui exercent dans l'établissement. Ensuite, on obtient le pourcentage par le calcul de la proportion observée qui est multipliée par 100. De plus, nous précisons que le n correspond au nombre total de sages-femmes au sein de chaque l'établissement et le N représente le nombre sages-femmes totales sur les 13 établissements enquêtés.

Données RH régionales

Ratio	Evolution du nombre de naissances 2012-2013	Nombre de naissances/ effectif de SF	Nombre de lits / effectif de SF	ETP/ effectif de SF	Hommes (en %)	CDD (en %)
CHU Rouen (n=71)	-3,92%	38,7	1,06	0,83	4,23%	5,63%
CH Belvedere (n=85)	-0,33%	42,44	0,98	0,87	1,17%	16,47%
CHI Les Feugrais (n=36)	-2,94%	46,72	1,06	0,84	0,00%	13,89%
CH Vernon (n=10)	-0,41%	73,5	1,6	0,96	0,00%	10,00%
CH Gisors (n=11)	+9,75%	55,27	1,18	0,91	9,00%	27,27%
CH Evreux (n=32)	-2,52%	65,22	1,06	0,92	3,13%	6,25%
CH Fécamp (n=15)	-1,20%	43,93	1,4	0,96	6,67%	6,67%
CH Dieppe (n=22)	+6,49%	41,77	1,09	0,86	13,64%	13,64%
Clinique les Aubépines (n=11)	-14,29%	58,9	2,55	0,8	0,00%	9,09%
GHH Monod (n=77)	-1,36%	42,26	0,75	0,81	7,79%	9,09%
Clinique Mathilde (n=39)	-7,66%	72,28	1,51	0,94	0,00%	7,69%
CH Lillebonne (n=20)	-2,74%	39	0,9	0,8	0,00%	10,00%
CH Bernay (n=12)	-3,30%	44	1,25	0,94	0,00%	8,33%
TOTAL (N=441)	-2,58%	47,78	1,09	0,87	3,63%	10,66%

On remarque que le nombre d'accouchements a diminué de 2,58% en Haute-Normandie entre 2012 et 2013. Cependant, on note une augmentation du nombre d'accouchements entre 2012 et 2013 de 6,49% pour le CH de Dieppe et de 9,71% à Gisors.

Le ratio ETP/effectif total de sages-femmes permet de mettre en valeur la décomposition des équipes en temps partiel. En effet, plus ce ratio est proche de 1, moins il y'a de temps partiel dans les équipes. Les établissements qui possèdent le moins d'exercice à temps partiel sont les sites de Vernon et Fécamp.

Le nombre de lits est différent entre les différents établissements. Le ratio nombre de lits/ SF est compris entre 0,75 et 2,55, il est inférieur à 1 au Groupe Hospitalier du Havre et à Lillebonne et supérieur à 1 pour 11 établissements.

7 établissements ont des hommes sages-femmes qui font partie de leur équipe. Le pourcentage d'hommes varie en fonction des établissements, on retrouve le plus d'hommes au CH de Dieppe avec 13,64% d'hommes dans ses effectifs. Au niveau régional, les hommes sages-femmes représentent 3,63% des effectifs.

La proportion de sages-femmes en CDD est variable selon les établissements, elle va de 5,63% des effectifs sage-femme au CHU de Rouen à 27,27% au CH de Gisors soit un total de 10,66% pour les 13 maternités.

Comme le tableau précédent, nous avons calculé des pourcentages. Celui-ci a pour objectif de mettre en exergue la pyramide des âges et le nombre de postes susceptibles d'être libérés.

Données RH régionales en pourcentage

	Sages-femmes < 30 ans (en %)	Congé maternité (en %)	ETP de congé parental / ETP total (en %)	Sages-femmes ≥ 55 ans (en %)	Départs en retraites d'ici 2017 parmi les sages-femmes ≥ 55 ans (en %)
CHU Rouen (n=71)	32,39%	2,82%	4,14%	2,82%	100,00%
CH Belvedere (n=85)	16,47%	5,88%	2,72%	5,88%	20,00%
CHI Les Feugrais (n=36)	13,88%	0,00%	3,32%	5,56%	100,00%
CH Vernon (n=10)	30,00%	0,00%	0,00%	10,00%	100,00%
CH Gisors (n=11)	27,27%	9,09%	5,00%	0,00%	0,00%
CH Evreux (n=32)	50,00%	3,13%	3,39%	6,25%	100,00%
CH Fécamp (n=15)	20,00%	0,00%	0,00%	20,00%	100,00%
CH Dieppe (n=22)	31,82%	0,00%	5,26%	0,00%	0,00%
Clinique les Aubépines (n=11)	18,18%	0,00%	0,00%	27,27%	66,67%
GHH Monod (n=77)	41,56%	2,60%	1,59%	12,98%	50,00%
Clinique Mathilde (n=39)	20,51%	7,69%	0,00%	12,82%	60,00%
CH Lillebonne (n=20)	25,00%	5,00%	0,00%	10,00%	50,00%
CH Bernay (n=12)	16,67%	8,33%	6,53%	8,33%	100,00%
TOTAL (N=441)	27,89%	3,63%	2,54%	8,62%	63,88%

Les sages-femmes âgées de moins de 30 ans représentent 27,89% des sages-femmes exerçant dans les 13 maternités de Haute-Normandie. Au CH d'Evreux, on retrouve 1 sage-femme sur 2 âgé de moins de 30 ans. Ensuite, c'est au Groupe Hospitalier du Havre que l'on retrouve le plus de sages-femmes âgées de moins de 30 ans avec une proportion de 41,56% de son effectif.

Au 1er novembre 2013, les congés maternités représentent 3,63% des sages-femmes hospitalières de Haute-Normandie. On remarque que le pourcentage est le plus élevé au CH de Gisors (9,09%) et de Bernay (8,33%). Au contraire, au GHH Monod, 2,60% des sages-femmes sont en congé maternité.

Concernant les congés parentaux, ceux-ci sont calculés en ETP car lorsque le congé parental est choisi, il peut se traduire soit par un arrêt complet d'exercice soit par une diminution d'activité et donc un passage à une activité à temps partiel. On retrouve la proportion la plus élevée de congé parentaux au CH de Bernay.

Nous avons vu qu'en valeur absolue le nombre de sages-femmes âgées de 55 ans et plus était le plus élevé au GHH Monod. Cependant, une fois les données ramenée aux effectifs totaux de sages-femmes de chaque équipe, c'est la Clinique des Aubépines qui possède le plus de sages-femmes de 55 ans et plus avec un pourcentage de 27,27%.

Concernant les départs en retraite, on constate que d'ici 2017, 63,88% d'entre elles seront parties à la retraite au niveau régional. Si l'on décompose en établissement, 6 établissements sur 13 auront 100% de leurs effectifs de sages-femmes âgées de 55 ans et plus qui seront parties en 2017.

Données des flux entrants et sortants

	Mutations entrantes acceptées (2010/2013)	Mutations sortantes acceptées (2010/2013)
CHU Rouen	4	2
CH Belvedere	0	1
CHI Les Feugrais	0	1
CH Vernon	0	0
CH Gisors	0	0
CH Evreux	2	1
CH Fécamp	3	2
CH Dieppe	1	1
GHH Monod	2	3
CH Lillebonne	0	0
CH Bernay	1	0
TOTAL	13	11

Sur les 13 maternités enquêtées, 11 établissements publics sont concernés par les mutations. On remarque que le nombre mutations acceptées est indépendant du niveau de l'établissement. En effet, le CH de Fécamp (type I) a eu plus de mutations que le CH d'Evreux (type II).

Nous remarquons que les mutations entrantes et sortantes sont équilibrées sur les 13 maternités. Ces mutations sont encadrées législativement par les articles 32,36 et 38 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 relative au statut de la fonction publique hospitalière (FPH) .

Données RH régionales

	Nombre de Recrutement	Création de postes	Taux absentéisme	Contexte/Évènements
CHU Rouen	2013=6	0	5,02%	Recrutement pour remplacer les départs
CH Belvedere	2010=3 2012=3 2013=2	2 en 2013	9,00%	Ouverture de lits en Unité Kangourou
CHI Les Feugrais	Égal aux départs	0,5 ETP en 2012	2,00%	Développement de consultations spécialisées
CH Vernon	2011=2 2013=1	0	0,30%	Recrutement pour remplacer les départs
CH Gisors	2012=2 2013=1	2 en 2012	0,80%	Passage en gardes de 12h
CH Evreux	2010 =5 2011=5 2012 =1	2010= 4 2011= -2 2013= -2	6,70%	Création de poste accordée en 2010 car augmentation d'activité mais suppression en 2011 et 2012
CH Fécamp	0	0	3,59%	Pas de besoin
CH Dieppe	2013 = 4	2 stagiairisations 1 titularisation	Environ 5%	Recrutement pour remplacer les départs
Clinique les Aubépines	2012= 2	0	Environ 5%	Recrutement de remplaçantes
GHH Monod	Égal aux départs	2011=3 2012=9,4	Environ 10%	Remplacement des IDE en Suites de Couches
Clinique Mathilde	2010=2 2012=5 2013=1	0	Moins de 2%	Recrutement de remplaçantes
CH Lillebonne	2011= 1	1 stagiairisation	5,00%	Recrutement pour remplacer les départs
CH Bernay	2013= 1	2013=0,2 ETP	8,32%	Développement de la rééducation périnéale

Le nombre de recrutements dans les établissements correspond soit à une embauche de remplaçantes pour un temps déterminé (congé annuel, arrêt maladie ponctuel) ou soit une embauche afin de remplacer les départs. C'est pourquoi, les recrutements sont plus nombreux que les créations de poste. Les établissements qui ont le plus recrutés sont les maternités de niveau 2 et 3.

On constate que les créations de poste au sein des établissements est justifiée par l'augmentation de l'activité de l'établissement, par le développement des consultations spécialisées ou par le remaniement de l'organisation du service (remplacement des infirmières par des sages-femmes, changement des horaires). Le CH du Belvédère ainsi que le CH de Bernay sont les établissements qui ont créés le plus de postes sur ces dernières années avec chacun un équivalent de 2 ETP.

Le taux d'absentéisme des sages-femmes est compris entre 0,30% et 10%. On remarque que les maternités de niveau 1 dans lesquelles l'effectif de sages-femmes est moins élevé ont un taux d'absentéisme plus bas, il va de 0,30% à 5%. Pour les établissements de niveau comparable, c'est à dire de type III, le pourcentage passe du simple au double entre le CHU de Rouen et le GHH Monod (5% contre 10%).

ANALYSE ET DISCUSSION

Afin d'analyser notre étude, nous allons repartir de notre problématique. Nous rappelons que l'objectif de ce mémoire est de répondre à l'interrogation sur l'adéquation entre les effectifs de sages-femmes formés chaque année en Haute-Normandie et les besoins en santé publique.

Le numerus clausus: l'accès aux études de sage-femme

Le numerus clausus détermine les effectifs de sages-femmes formés chaque année. Selon l'article L-631-1 du Code de l'Education, celui-ci est déterminé par l'Etat mais la répartition régionale en fonction des besoins s'appuie sur l'avis des ARS.

Le numerus clausus a subi quelques modifications en 20 ans : il a été modifié et augmenté suite aux décrets de périnatalité de 1998, au plan de périnatalité 2005-2007 et la réduction du temps de travail en 2002. Cette augmentation décidée par les pouvoirs publics permettait de renforcer la sécurité dans le domaine de la périnatalité. C'est pourquoi, nous avons vu le nombre d'étudiants sages-femmes croître entre 1990 et 2012 passant alors de 663 à 1015 par an.

Du fait de l'émergence d'une difficulté d'embauche des sages-femmes depuis plusieurs années, la question de l'abaissement du numerus clausus a été de nombreuses fois abordées. Selon le Conseil National de l'Ordre, fin 2012, soit 6 mois après leur diplôme, 21,1 % des jeunes sages-femmes n'exerçaient pas. Toutefois, le suivi de l'insertion dans le milieu du travail des jeunes diplômés a montré un taux de jeunes sages-femmes sans activité se situant entre 12 et 15 %. A ce jour, les motifs de ces « inactivités » n'ont jamais fait l'objet d'étude.

Fixer un numerus clausus est une situation complexe car de nombreux facteurs doivent être pris en compte. En effet, le numerus clausus est multi-dimensionnel, il est difficile d'en juger les effets immédiatement car lorsqu'une mesure est prise, elle se répercute 5 ans plus tard. La fixation du numerus clausus doit être subtile car l'équilibre est fragile. Une modification de celui-ci implique préalablement des analyses détaillées régionales et nationales par les pouvoirs publics. Il faut donc être capable de prévoir à court et moyen terme les besoins en santé, les mouvements des professionnels. Cependant, cette approche quantitative n'est pas sans faille car elle ne prend pas en compte le comportement des étudiants sages-femmes, des sages-femmes professionnelles, des sages-femmes formées à l'étranger venant exercer en France.

Selon les résultats de notre questionnaire auprès des étudiants sages-femmes, l'échantillon est réparti de manière plutôt homogène entre les deux promotions. On notera que les étudiants rouennais sont majoritaires du fait de leur sensibilisation et de leur intérêt par rapport à ce travail de recherche effectué en Haute-Normandie, région de leur formation initiale. On retrouve 38,19% des étudiants qui veulent exercer en dehors des régions Haute-Normandie et limitrophes. Nous pouvons donc dire que la mobilité géographique est d'un tiers chez les étudiants sages-femmes. Cette notion se confirme avec les candidatures spontanées reçues par les établissements. En effet, durant les entretiens, les cadres ont mentionné que depuis quelques années les sages-femmes diplômées qui postulaient dans l'établissement n'étaient plus forcément des sages-femmes formées dans la région mais des sages-femmes venant de toute la France. Il aurait été intéressant de connaître les motivations de ces candidatures et de savoir s'il s'agit de raisons personnelles, professionnelles ou faute de postes dans les maternités de leur région d'origine.

38,24% des étudiants n'ont pas encore de projet professionnel. Parmi ceux-ci, 23,08% n'ont pas d'idée de la stratégie à mettre en place. Les écoles de sage-femme ont un rôle important dans l'élaboration du projet professionnel.

Celui-ci est à développer tout au long de leurs études en fonction de leurs stages et de leurs affinités. Depuis l'universitarisation des études, de nouvelles méthodes pédagogiques sont apparues avec notamment la réalisation d'un projet professionnel, d'un stage intégré ou pré-professionnel et d'un parcours personnalisé permettant d'approfondir ou d'améliorer les connaissances des étudiants dans le domaine de la maïeutique ou de la recherche [35].

Lorsque les étudiants ont un projet défini, on retrouve trois critères qui entrent en compte dans leur choix du lieu d'exercice: l'ambiance de travail, l'évolution de carrière et la localisation du conjoint. Tout d'abord, le critère principal est l'ambiance de travail. L'importance de ce critère « ambiance de travail » est à corrélérer avec le plan de prévention des risques psycho-sociaux (PRS) qui est une notion présente dans les projets d'établissements. Effectivement, si l'étudiant possède les conditions de travail qui lui conviennent, il sera plus motivé, efficace dans ses tâches et sa performance sera accrue. Cette performance accroît l'employabilité et renvoie à la notion de productivité, de sécurité et de qualité des soins. Parallèlement, si l'étudiant possède un cadre de travail agréable, le taux d'absentéisme sera moindre. La réduction du taux d'absentéisme est bénéfique pour l'établissement car la rémunération du personnel représente 75% de ses dépenses [57].

Le second critère le plus retrouvé est la perspective d'évolution de carrière à hauteur de 23,81% des étudiants, ce qui est cohérent avec les 61,76 % des étudiants ayant à l'heure actuelle un projet professionnel défini. Enfin, le critère de la localisation du conjoint apparaît comme étonnant car il est très difficilement compatible avec un projet professionnel. En effet, la conciliation de la vie personnelle et d'un projet professionnel est délicate. Ainsi, nous pouvons remarquer une ambivalence dans le projet professionnel, les étudiants souhaitent un déroulement parfait qui répond à la vie personnelle et professionnelle. Lorsqu'un choix est fait, la localisation du conjoint l'emporte.

De plus, juste après le diplôme, les étudiants souhaitent majoritairement exercer mais plus d'un tiers des étudiants (41,18%) souhaitent à la fois exercer et continuer des études ou continuer des études seulement. Nous pouvons nous demander si cette proportion d'étudiants est due à l'évolution des

profils des étudiants ou de l'effet de la réforme des études qui instaure le cursus en Licence-Master-Doctorat (LMD) et permet l'entrée à l'université. Cette réforme met l'accent sur l'évolution du profil professionnel et des compétences. Nous pouvons émettre une seconde hypothèse: les étudiants font le choix de continuer des études afin d'obtenir de meilleurs débouchés et d'accroître leur employabilité. Cette hypothèse est plausible car les critères de recrutement annoncés lors de l'entretien du CH de Dieppe sont le contenu du CV et les diplômes supplémentaires du candidat qui apportent une « plus-value ». Selon l'estimation universitaire des autres filières, on compte environ 10% de doctorants à l'issue de ce cursus. Cela est à corréliser avec les 26,47% des étudiants qui seraient prêts à modifier à moyen-long terme leur projet initial afin de faire évoluer leurs carrières. Nous pouvons émettre l'hypothèse que ces derniers ont répondu positivement à la poursuite des études après leurs diplômes.

Les sages-femmes en exercice ont augmenté de 2% par an depuis 2000 alors que les femmes en âge de procréer ont augmenté de façon moindre (+0,3% par an). Ainsi, la densité des sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans est passée de 77 en 1991 à 126 en 2011. Pour autant, cette hausse des sages-femmes en exercice ne peut pas être uniquement justifiée par l'élévation du numerus clausus. En effet, on remarque un différentiel entre le nombre d'inscrits dans les écoles de sage-femme et le nombre de diplômés. Certains étudiants arrêtent leurs études de sage-femme en cours de cursus. Cet écart est estimé à -8% entre le nombre d'étudiants « primo-inscrits » et le nombre de diplômés quatre ans plus tard [22].

L'exercice hospitalier: une stabilisation des effectifs

Nous allons aborder les perspectives de l'emploi salarié dans les établissements. Les étudiants désirent à 82,35% travailler en secteur hospitalier public, ce qui concorde avec la proportion actuelle des sages-femmes hospitalières de Haute-Normandie et nationale. De plus, pour conforter nos

propos, nous pouvons ajouter que plus de 90% des étudiants envisagent d'exercer dans une unité urbaine de plus de 10 000 habitants. Or nous constatons que toutes les maternités de Haute-Normandie sont situées dans ces villes. Cette donnée est le reflet actuel de l'employabilité des sages-femmes. Ainsi, la répartition géographique hétérogène des sages-femmes en Haute-Normandie, concentrée autour des villes de plus de 10 000 habitants, ne permet pas la couverture des zones désertes en offre de soin libérale.

L'augmentation des effectifs de sages-femmes dans les établissements (+10% en 10 ans), secondaire à l'augmentation du numerus clausus ne semble plus d'actualité. En effet, depuis 5 ans, on constate un maintien des effectifs. Cela est confirmé par l'étude de la DREES qui annonce un faible dynamisme de l'emploi salarié d'ici 2020 (+0,4% par an).

Actuellement, l'exercice de la sage-femme au sein de l'hôpital est en évolution. Le statut des sages-femmes dans la Fonction Publique Hospitalière (FPH) est en cours de remaniement par les pouvoirs publics afin de valoriser les compétences médicales des sages-femmes, d'obtenir une meilleure visibilité des actes et de faciliter les soins de premier recours auprès des femmes. Il faudra donc voir dans le futur les avantages et les inconvénients inhérents à ce nouveau statut et les conséquences de celui-ci sur l'emploi des nouveaux diplômés [18].

Notre réflexion autour de l'employabilité dans les établissements de santé va être organisée autour de 4 axes:

- la pyramide des âges
- le temps de travail
- l'étude des flux entrants et sortants
- l'activité des établissements

1) Employabilité et pyramide des âges

La pyramide des âges est un élément clé dans la mesure de l'employabilité car celle-ci permet de définir des modèles de projection mais aussi de mettre en valeur les phases de transition pour le remplacement des

génération. D'après les entretiens réalisés, plus d'une sage-femme hospitalière sur 4 a moins de 30 ans soit 27,89% des sages-femmes hospitalières haut-normandes. Cette population jeune peut nous faire penser que l'insertion dans la vie active sera donc difficile pour les futurs diplômés car ces jeunes sages-femmes occupent un CDI ou une fonction de titulaire. De plus, nous savons que les sages-femmes hospitalières sont peu mobiles professionnellement et restent dans leurs postes.

D'un autre point de vue, cela nous permet d'émettre l'hypothèse qu'il y aura un nombre important de congés maternité dans les années à venir car le taux de natalité français reste élevé par rapport aux autres pays européens et le taux de fécondité révèle un chiffre d'environ 2 enfants par femme en âge de procréer [55]. En plus des congés maternité, pourront s'ajouter les congés parentaux. Par conséquent, le remplacement de ces absences pourra correspondre à de futures embauches par CDD. Même si le poste de remplaçant en CDD est temporaire et instable, les futurs diplômés doivent privilégier leur mobilité géographique afin d'obtenir des opportunités de poste dans d'autres établissements de la région.

On remarque que la sécurité de l'emploi à l'issue de leurs diplômes est l'une des préoccupations des étudiants car 55,88% espèrent un CDD débouchant sur un CDI et un tiers des étudiants attendent de leur premier poste un emploi stable. Cela est conforté par le fait que les CDD successifs n'intéressent pas beaucoup les étudiants sages-femmes (2,94%). Devant ce constat, le critère « ambiance de travail » précédemment décrit comme critère principal du projet professionnel est discutable. En réalité, lorsqu'un choix s'impose entre plusieurs postes, l'étudiant préférera la sécurité de l'emploi à l'ambiance de travail. La volonté d'une stabilité d'emploi s'oppose à la mobilité professionnelle. Cette mobilité professionnelle, source de diversité des pratiques au sein d'une équipe, apparaît comme limitée chez les étudiants sages-femmes. Cela est donc un frein à leur employabilité. Les résultats ci-dessus sont en cohérence avec les données de l'étude de Marie CAVAILLON qui indique un accès rapide au premier emploi, le plus souvent en CDD à l'hôpital [22].

Pour continuer l'étude de la pyramide des âges, il faut tenir compte des départs en retraite. D'ici 2017, plus de la moitié des sages-femmes de Haute-Normandie étant actuellement âgées de 55 ans et plus partiront à la retraite. On peut se demander le sens de cette prolongation d'exercice pour l'autre moitié des sages-femmes. On peut émettre soit l'hypothèse du contexte de la crise économique, soit l'hypothèse de la parution de la loi qui porte réforme des retraites. La crise économique actuelle a pour conséquence la poursuite d'exercice des sages-femmes afin que celles-ci puissent bénéficier de revenus plus importants que ceux de la pension de retraite. On peut aussi le justifier par la parution de la loi portant réforme des retraites depuis 2010 qui a mouvementé l'organisation des services. Cette loi modifie l'âge de départ à la retraite : pour les fonctionnaires de la fonction publique appartenant à un corps de la catégorie active, comme les sages-femmes, l'âge d'ouverture des droits à la retraite est ainsi reculé de 55 à 57 ans. Pour les sages-femmes libérales ou exerçantes en secteur privé, l'âge légal passe de 57 ans au lieu de 55. De plus, celle-ci ferme le dispositif permettant les départs anticipés sans condition d'âge des parents de 3 enfants ayant effectué 15 ans de services mais des mesures transitoires ont été mises en place : « le dispositif reste ouvert aux parents qui à la date du 31 décembre 2011 ont au moins 3 enfants et ont effectué 15 années de services effectifs. Ces parents peuvent donc continuer à partir en retraite, à la date qu'ils choisissent, y compris après 2010 »[41]. Nous pouvons donc dire que la mise en œuvre de cette réforme va modifier le modèle de projection en provoquant un allongement de la durée de travail pour les sages-femmes, puisqu'elle pourrait augmenter de 2,8 % le nombre de sages-femmes en activité en 2030 par rapport au scénario tendanciel [22].

Actuellement, les étudiants peuvent encore s'insérer professionnellement dans l'exercice hospitalier en remplaçant les congés de maternité, les départs en retraite ou les changements de mode d'exercice des sages-femmes occupant un poste (détachement, mises en disponibilité, libéral). Les entretiens réalisés nous confirment que les politiques de remplacement au sein des établissements correspondent à l'embauche des contractuels. Les motifs d'embauches sont différents selon les maternités. Celles-ci remplacent les

congés de maternité mais le remplacement des congés annuels sur la période estivale est inconstant pour des raisons d'équilibre budgétaire. Par ailleurs, les absences ponctuelles font l'objet d'une entraide au sein de l'équipe (les sages-femmes « s'auto-remplacent»). Les perspectives d'embauches annoncées dans ces entretiens sont des embauches secondaires à un développement des consultations spécialisées. Par conséquent, il faut accepter la période transitoire d'« insécurité » d'accumulation de CDD afin que le turnover (rotation de l'emploi) au sein des équipes puisse s'opérer.

Au total, la pyramide des âges actuelle des sages-femmes en Haute-Normandie n'est pas en faveur d'une amélioration de l'employabilité dans les prochaines années. Effectivement, on constate un départ massif en retraites en 2017 avec au milieu une période de creux dans l'embauche car les sages-femmes âgées actuellement de moins de 30 ans ne feront plus d'enfants. On peut se demander comment les perspectives d'emploi des futurs diplômés seront assurées (environ 25 étudiants chaque année en Haute-Normandie). De ce fait, nous nous apercevons que le numerus clausus n'a pas été réglé au bon moment.

2) Employabilité et temps de travail

Une part importante d'exercice à temps partiel dans les équipes est constatée car d'après nos résultats, le nombre d'employés est plus élevé que le nombre de postes. Ces résultats sont compatibles avec la profession de sage-femme car on sait que les temps partiels sont majoritairement occupés par les femmes et plus précisément les mères. En effet, la réorganisation du temps de travail est fréquente chez les mères et progresse avec le rang de naissance. Plusieurs formes d'ajustement existent suite à une naissance : le temps partiel se place en deuxième position juste après l'arrêt d'exercice. Environ 10% des femmes décident de travailler à temps partiel après une naissance, mais c'est surtout après le deuxième enfant que le temps de travail est réduit[4], [9]. En outre, selon les Déclarations annuelles de données sociales (DADS) de l'INSEE, en 2009, un tiers des sages-femmes salariées hospitalières travaillent à temps partiel.

Ainsi, l'accumulation de plusieurs temps partiels peut correspondre à une quotité de temps de travail déficitaire de 100% (soit un ETP manquant). Cela permet donc l'embauche de CDD afin d'absorber ces quotités de temps de travail non effectuées. Les futurs diplômés sages-femmes ont donc une possibilité de s'insérer sur le marché du travail par le biais de CDD dans un premier temps. Il faut donc apprécier l'éventualité des temps partiels dans la gestion des ressources humaines afin d'établir le nombre de postes à pourvoir.

Comme les sages-femmes en exercice, le projet professionnel des étudiants est dépendant de la problématique familiale : lorsque le changement du projet professionnel à moyen-long terme est abordé, 29,41% des étudiants modifieraient celui-ci pour élever leurs enfants. Ce qui n'est pas étonnant du fait de la profession majoritairement féminine. La carrière suit donc un modèle linéaire avec des changements de secteurs mais pas de promotion professionnelle au cours de celle-ci. Les étudiants connaissent les motifs pouvant changer leur projet professionnel mais ne savent pas en quoi il serait modifié. Plus précisément, le mode d'exercice et la zone géographique à moyen-long terme restent un peu « flous ». Nous pouvons nous poser la question si cela est dû à la difficulté de projection des étudiants au delà de l'horizon prévisible, notamment sur le fait que leurs projets professionnels soient soumis aux aléas de leur projet de vie ou des imprévus qui pourraient survenir [47]. Une autre interprétation est possible : celle de la volonté d'une carrière linéaire, ce qui pourrait être cohérent avec la sécurité d'emploi précédemment décrit.

Au total, l'activité à temps partiel des sages-femmes permet des embauches de CDD afin de remplacer le temps de travail déficitaire. Ce choix de réorganisation du temps de travail est expliqué par la profession majoritairement féminine des sages-femmes qui attache beaucoup d'importance à la vie familiale et l'éducation des enfants. Cette problématique familiale a aussi un impact sur les projets professionnels des étudiants sages-femmes à moyen-long terme.

3) Employabilité et flux entrants et sortants

L'étude des flux entrants et sortants des sages-femmes est aussi à prendre en compte dans leur employabilité. En effet, une mutation sortante libère un poste mais pour peu de temps. Les mutations ne sont pas pourvoyeuses de postes en Haute-Normandie car nous remarquons un équilibre entre les mutations entrantes et sortantes. Les demandes de mutation représentent un droit pour les titulaires de la Fonction Publique Hospitalière, ceux-ci sont prioritaires lorsqu'un poste se libère selon la loi.

4) Employabilité et activité des établissements

L'activité des établissements des maternités a une influence sur les embauches de sages-femmes car depuis la loi HPST, le budget des établissements est assuré par la T2A. Nous avons vu que le nombre d'accouchements a diminué de 2,3% en Haute-Normandie entre l'année 2012 et 2013. Cette diminution se retrouve sur le territoire national. Ainsi, on peut se demander comment vont évoluer les besoins en sages-femmes dans les établissements si l'activité continue à décroître dans les prochaines années. Plus précisément, si cela engendrera une forte diminution des embauches de sages-femmes. Cette question se pose car les établissements de Haute-Normandie respectent bien les normes établies par le décret de périnatalité de 1998, même si ceux-ci ne donnent pas de normes précises concernant le personnel en secteur d'hospitalisation. Cependant, l'ARH du pays de la Loire a publié une étude permettant de guider les établissements sur les effectifs dans les secteurs d'hospitalisation. Nous avons vu dans nos résultats que l'effectif des sages-femmes dans les établissements haut-normands était dépendant du nombre d'accouchements et du nombre de lits d'hospitalisation. En effet, cet effectif varie selon le type (I, IIA, IIB, III), l'activité de l'établissement et de l'existence de services spécialisés. On compte entre 0,75 et 2,55 lits par sage-femme dans les établissements de Haute-Normandie. Ainsi, en raison des contraintes budgétaires, les établissements ajusteront leurs équipes futures en fonction de l'évolution de l'activité [57],[58].

Malgré la diminution du nombre d'accouchements dans les maternités, le SROS de Haute-Normandie indique que le maillage du territoire permet un maintien satisfaisant d'accès aux soins. Par conséquent, il n'est pas proposé d'évolution en faveur d'une diminution du nombre d'implantations régionales.

L'exercice libéral : quel avenir ?

La conservation du numerus clausus actuel prévoit jusqu'en 2030 une augmentation moyenne de 1,8% par an du nombre total des sages-femmes. Mais l'augmentation maximale de +4% en 2012 est derrière nous. Dans le futur, elle sera de +1% par an. Suite à cette augmentation du nombre de professionnels en activité, la profession de sage-femme s'est adaptée car les parcours professionnels des sages-femmes sont actuellement en pleine mutation : la proportion des étudiants sages-femmes voulant exercer en libéral (11,78%) est plus élevée que celle actuellement en Haute-Normandie. Cela est confirmé par l'étude de la DREES qui annonce que d'ici 2030, une sage-femme sur 3 exercerait en libéral [22]. Ce mode d'exercice est donc en expansion en Haute-Normandie du fait de la démographie régionale où l'on retrouve des zones sous-dotées. Selon le Conseil de l'Ordre, environ 10 demandes d'autorisations d'installation en libéral ont été recensées en Haute-Normandie cette année.

Néanmoins, cela est à pondérer car l'activité libérale des sages-femmes est inégalement répartie sur le territoire français. Depuis le 9 janvier 2012, l'avenant n°1 à la convention nationale des sages-femmes libérales met en place des mesures de régulation démographique qui limitent de nouvelles installations dans les zones dites « sur-dotées »[34].

Les sages-femmes ont de plus en plus reporté leur exercice sur le libéral du fait du faible dynamisme de l'emploi salarié, ce choix serait donc fait sous contrainte par manque de postes hospitaliers [22]. Selon Marianne TRUONG-CANH :« En 2009, 3,6 % des jeunes diplômés actifs exerçaient en libéral après 6 mois de diplôme. En 2012, ce chiffre passe à 14 %.. »[19]. Cette activité libérale était auparavant préférée en deuxième partie de carrière, plus

précisément par les sages-femmes hospitalières ayant effectué une quinzaine d'années de service.

L'avenir de l'exercice libéral est à mettre en perspective avec la prise en charge périnatale actuelle et à venir. Les professionnels de santé qui prennent en charge les femmes enceintes au niveau médical sont les gynécologues, les médecins généralistes et les sages-femmes.

L'augmentation du numerus clausus a été justifiée par le développement de l'activité libérale des sages-femmes. Les arguments en faveur de ce développement sont:

- la diminution à venir des gynécologues médicaux: en Haute-Normandie on recense 74 gynécologues médicaux en exercice. Ceux-ci sont âgés en moyenne de 59 ans avec 43% âgés de plus de 60 ans. On remarque qu'il n'y a aucun gynécologue médical dans 53 bassins de vie [12].

- le vieillissement des médecins généralistes et la faible attractivité de l'activité libérale pour les nouveaux diplômés. Dans la région Haute-Normandie, 41% des bassins de vie sont composés de médecins généralistes âgés de plus de 53 ans [12].

- l'évolution des compétences des sages-femmes confiées par les pouvoirs publics depuis la loi HPST de 2009 [40],[26]. L'élargissement des compétences permet à la sage-femme de réaliser le suivi gynécologique de prévention et à la contraception permettant ainsi de passer à une patientèle de 800 000 à environ 20 millions de femmes [19].

- la généralisation du Programme de Retour à Domicile (PRADO) qui représente une perspective d'activité pour les sages-femmes libérales. En Haute-Normandie, le PRADO a été appliqué en 2013 mais il est encore à développer.

Néanmoins, l'exercice libéral des sages-femmes possède tout de même des limites et l'activité actuelle des sages-femmes n'est pas au maximum de ses capacités: les sages-femmes participent très peu au suivi prénatal (5% des montants remboursés). Leur activité est essentiellement orientée vers la préparation à l'accouchement et la rééducation périnéale [48]. Dans la région Midi-Pyrénées, en 2005, l'étude réalisée sur le suivi et l'orientation des femmes enceintes révèle que 27 % des grossesses ont été déclarées par un médecin généraliste, 70 % par un gynécologue et 3 % par une sage-femme. Le suivi ultérieur de grossesse est assuré à plus de 90 % par les gynécologues obstétriciens [25]. C'est pourquoi, la cour des Comptes propose de réorienter l'activité des sages-femmes libérales vers des actes à forte responsabilité médicale. Cela réorganiserait le contenu de leur activité avec une nouvelle tarification des actes tout en maintenant un budget constant pour l'Assurance Maladie. Selon la cour des Comptes en 2011: « Un parcours de soins faisant davantage de la sage-femme le professionnel de premier recours en cas de grossesse [...] pourrait être en effet envisagé à terme, à l'instar de ce qui est pratiqué dans d'autres pays » [11].

Du fait de l'augmentation des sages-femmes en exercice, nous sommes tentés de comparer les chiffres français et internationaux. Selon le panorama de la santé 2013 de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE), en 2011, la densité de sages-femmes en France (58,1 pour 100000 femmes) était inférieure à la moyenne OCDE (69,9 pour 100000) [8]. De plus, le taux de fécondité, en 2010, est au dessus de la moyenne de l'OCDE (1,99 contre 1,74) et place donc la France à la 10ème position [7]. Ces résultats sont rassurants mais sont à pondérer avec les différences des systèmes de soins dans le monde.

Cette analyse n'a pas pu confirmer ou infirmer l'hypothèse mais a permis une réflexion autour de ce sujet. Il semblerait que l'employabilité des sages-femmes soit en péril dans les prochaines années avec une apparition de difficultés grandissantes pour le premier emploi. Nous avons vu que les régions n'étaient pas toutes égales face à cette employabilité. La Haute-Normandie possède une bonne place par rapport à d'autres régions françaises car le

développement de l'exercice libéral est encore possible.

Ainsi, ce travail permet d'alerter et d'interpeller. Cependant, ces propos restent à nuancer car une modification du numerus clausus n'est pas sans conséquence. La mutation du système de soins et de la place de la sage-femme dans celui-ci pourra peut-être remédier à ces difficultés d'emploi chez les sages-femmes.

CONCLUSION

La question de l'employabilité des sages-femmes fait appel à différentes notions. En premier lieu, il est nécessaire de connaître le marché du travail et de mettre en exergue les besoins dans les établissements de santé. Ensuite, les sages-femmes doivent connaître leurs caractéristiques individuelles et mettre en place leur projet professionnel.

Ainsi, ce travail de recherche nous a permis d'émettre des hypothèses sur les perspectives d'emploi des futurs diplômés. A l'heure actuelle, il existe des possibilités d'embauches par CDD afin de remplacer les congés maternité, les départs en retraite ou les changements de mode d'exercice. Mais l'avenir semble incertain du fait de la population jeune des sages-femmes haut-normandes et d'un départ important en retraite en 2017.

Devant ce constat, il faut souligner l'importance du projet professionnel. En effet, les étudiants sages-femmes doivent travailler dès leur entrée dans l'école de sage-femme sur leur projet professionnel afin de savoir quel professionnel ils souhaitent devenir et définir leur orientation avant d'entrer dans la vie active. Nous savons que ce sont les situations vécues lors des stages effectués au cours de la formation qui influencent les choix professionnels des étudiants.

Nous n'avons pas pu répondre à la problématique initiale mais nous avons apporté des éléments de réflexion autour de l'employabilité des sages-femmes et de l'impact du numerus clausus sur celle-ci.

Cependant, l'évolution des études et de la profession pourra dans les années futures proposer de plus grands débouchés et une plus grande diversité d'exercice même si la majorité des sages-femmes exercent en hospitalier.

A l'avenir, il serait intéressant d'étendre nationalement une étude sur ce sujet en collaboration avec les acteurs concernés (état, régions, instances professionnelles) afin de déterminer des axes d'amélioration de l'employabilité des sages-femmes.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages:

- [1] BARUEL BENCHERQUI Dominique - Employabilité et politiques managériales dans l'entreprise - Collection L'Harmattan – 2005 - 267 pages.
- [2] BONMATI Jean-Marc - Les ressources humaines à l'hôpital un patrimoine à valoriser - Edition Berger-Levrault - 1998 - 325 pages.
- [3] CADIN L. , GUERIN F., PIGEYRE F. , PRALONG J - Gestion des ressources humaines - Collection: Livres en Or - Editions Dunod - 4ème édition - 2012 - 736 pages.
- [4] MILEWSKI Françoise – Le travail à temps partiel - Etude du Conseil Economique, Social et Environnemental (CESE) - Les éditions de Journaux Officiels - Décembre 2013 - 133 pages.
- [5] Observatoire National de Démographie des Professions de Santé - ONDPS-Analyse de trois professions: sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie médicale- La Documentation Française - Rapport annuel 2004 - TOME 3 – page 9 à 50.
- [6] OREAL Serge - Management stratégique de l'entreprise - Edition Economica - Collection Techniques de Gestion - 1993 - 281 pages.
- [7] Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE) - Panorama des statistiques de l'OCDE 2013 : Economie, environnement et société - Chapitre Fécondité - Éditions OCDE - 2013 - 272 pages .
- [8] OCDE - Panorama de la santé 2013 : Les indicateurs de l'OCDE – Chapitre Gynécologues et obstétriciens, et sages-femmes - Éditions OCDE- 2013 - 210 pages.

- [9] PAILHE Arianne, SOLAZ Anne -Entre famille et travail, des arrangements de couple aux pratiques des employeurs - INED - Editions La Découverte - 2009 - 500 pages.
- [10] PERETTI Jean-Marie - Ressources humaines - 7è édition Vuibert - Collection Gestion - 2002 - 585 pages.
- [11] Rapport public annuel de la Cour des Comptes - Chapitre VI Le rôle des sages-femmes dans le système de soins - Sécurité sociale – Septembre 2011- pages 173 à 198.
- [12] ROMESTAING P., LEBRETON-LEROUVILLOIS G. - La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Haute-Normandie. Situation au 1er juin 2011 - 2011.
- [13] ROUAULT Franck , DRGUMARD Christian, MATTIO Lise - Employabilité et flexsécurité - Collection 100 questions pour agir - Afnor Editions – 2009 - 156 pages.
- [14] SCHMIDT Géraldine - Le management, fondements et renouvellements - Editions Sciences Humaines - 2008 - 358 pages.
- [15] SICART Daniel - Les professions de santé au 1er janvier 2013- Série statistiques DREES - Août 2013 - n° 183 - 89 pages.
- [16] VERCHERAND Jean - Le travail un marché pas comme les autres - Edition Presse Universitaire de Rennes - Collection des Sociétés - 2006 - 203 pages.
- [17] WEINERT P. ,BAUKENS M. , BOLLEROT P. , PINESCHI-GAPPENNE M. , WALWEI V. - L'employabilité: de la théorie à la pratique -Collection Sécurité Sociale - 2001 - 250 pages.

Articles:

- [18] BLANCHOT-ISOLA Christine - Un nouveau statut pour les sages-femmes de la fonction hospitalière? « Contact sage-femme » - Juillet 2010 - n°24 - pages 9 à 11.
- [19] BENOIT TRUONG CANH Marianne - Chômage des sages-femmes : faut-il abaisser le numerus clausus ? « Contact sage-femme » - Février 2013 - n°34 - pages 17 à 19.
- [20] BILLAUT Anne, BREUIL-GENIER Pascale, COLLET Marc, SICART Daniel- Les évolutions démographiques des professions de santé- Données sociales - «La société française» - 2006 - pages 555 à 565.
- [21] BISSONNIER Alain- Sages-femmes: Démographie « Les Dossiers de l'Obstétrique » - 2003 - n°313 - pages 36 et 37.
- [22] CAVILLON Marie-La profession de sage-femme: constat démographique et projections d'effectifs - « DREES Etudes et résultats » - Mars 2012 - n°791 - pages 1 à 8.
- [23] CHARRIER Philippe - Les sages-femmes en France - Rapport de recherche Centre Max Weber – 2009-2010.
- [24] COCHARD Véronique, GADREY Nicole, DEQUIDT Emilie, LAVENSEAU Danièle, LEGLISE Delphine et VANDEPUTTE Jean-Christophe - Femmes et hommes face à l'emploi: où en sommes-nous ?« INSEE Nord-Pas-de-Calais -Dossiers de Profils » - Mars 2008 – n°90.
- [25] DELOBEL M., CAYLA F., GRANDJEAN H. - Le suivi et l'orientation des femmes enceintes - Enquête ORSMIP - Novembre 2005.
- [26] DESMARES M. - Loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire (HPST): quelle place pour la profession de sage-femme en mutation ?« Les Dossiers de l'Obstétrique» - Novembre 2008 – n°376 - pages 35 à 39.

[27] GRENIER Catherine-Claire - Quel avenir pour les sages-femmes en France?« Les Dossiers de l'Obstétrique » - 2007 - n°359 - pages 2 à 4.

[28] Institut National de la Statistique et des études économiques (INSEE) - La famille professionnelle V10: infirmiers, sages-femmes. Difficultés de recrutement persistantes dans les hôpitaux, expansion du travail libéral - Dynamique des métiers de la santé, de l'action sociale, culturelle & sportive - INSEE Rapport d'étude n° 30 - Juin 2010 - pages 64 à 66.

[29] JAKOUBOVITCH Steve- Le parcours des étudiants en école de sages-femmes « DREES Etudes et résultats » - Juillet 2011- n°768.

[30] MAGNAN Géraldine- Combien de sages-femmes en 2030?« Profession sage-femme» - Mai 2012 - n°185 - page 14.

[31] MIDY F. , LEGAL R. , TISSERAND F. - La profession de sage femme: bilan démographique et méthodes d'estimation des besoins « IRDES. Bulletin d'information en économie de la santé » - Décembre 2005 - n°101.

[32] MIDY F. , CONDINGUY S. , DELAMAIRE M. - La profession de sage-femme: trajectoires, activités et conditions de travail « IRDES Bulletin d'information en économie de la santé » - Décembre 2005 - n°102.

[33] VILAIN Annick - Les maternités en 2010.Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale « DREES Etudes et résultats » - Octobre 2011 - n°776.

Textes officiels:

[34] Arrêté du 12 mars 2012 portant approbation de l'avenant n°1 à la convention nationale des sages-femmes libérales.

[35] Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme.

[36] Circulaire DHOS/O1/O3/CNAMTS n° 2006-151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité.

[37] Décret n° 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique.

[38] Décret n°92-785 du 6 août 1992 relatif à la protection maternelle et infantile.

[39] Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière – Article 38.

[40] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires – Article 86.

[41] Loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites.

[42] Loi n°2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012.

[43] Schéma Régional de l'Organisation des Soins – 2012-2017 - ARS Haute-Normandie.

Documents non publiés:

[44] CAILLIBOT Charlotte - Difficultés et réussites de l'insertion professionnelle des nouvelles diplômées sages-femmes. Etude auprès des diplômées de 2008 des 4 écoles parisiennes - Mémoire sage-femme - Ecole de sage-femme Baudelocque Paris – 2010.

[45] DESNOYER Émeline - Profession sage-femme et problématique de genre - Mémoire sage-femme - Université de Toulouse – 2007.

[46] HILLION Karine - Gestion des Ressources Humaines et nouvelle gouvernance: la place de la sage-femme cadre de pôle - Ecole des cadres sages-femmes - Université de Bourgogne – Dijon – 2006.

[47] LESER Lauriane - Le projet professionnel des étudiants sages-femmes : tendances et influences - Mémoire sage-femme – Reims – 2010.

[48] LAMOTHE Cécile - Quel avenir pour les jeunes sages-femmes diplômées? De la pertinence du numerus clausus actuel – Rapport de Master 1 Santé Publique - voie professionnelle – Université Paul Sabatier Toulouse – Septembre 2013.

Sites internet:

[49] @Compte-rendu de l'audition des sages-femmes du 7 avril 2010 – ONDPS -http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Comptere rendu_de_l_audition_des_Sages_femmes.pdf consulté en Décembre 2012.

[50] @Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes - <http://www.ordre-sages-femmes.fr> consulté en Janvier 2013.

[51] @Les bases de données Eco-Santé en ligne - <http://ecosante.fr> consulté en Février 2013.

[52] @Association Nationale des Etudiants Sages-femmes- <http://anesf.com> consulté en Février 2013.

[53] @Système d'Information Economique - L'économie de la Haute-Normandie - <http://www.sie-hn.fr/ccir-hn/Territoires/Haute-Normandie/Le-Panorama-Economique> consulté en Septembre 2013.

[54] @Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) -Population et territoire Haute-Normandie- http://www.insee.fr/fr/insee_regions/haute-normandie/themes/dossiers/chiffres/img/Population.pdf consulté en Septembre 2013.

[55] @ INSEE -Fécondité- http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=IP1429 consulté en Septembre 2013.

[56] @Pôle emploi - Comment aborder le marché du travail ? - <http://www.pole-emploi.fr/file/mmelement/pj/7d/10/c7/b9/guidepratiquemarchedutravail49965.pdf> consulté en Septembre 2013.

[57] @Finances des établissements publics- http://www.collectivites-locales.gouv.fr/files/files/eps_2.pdf consulté en Octobre 2013.

[58] @Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital – Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) - <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT23PrincipEnjeuxTarificActiviteHopital.pdf> consulté en Octobre 2013.

SOMMAIRE DES ANNEXES

Annexe I: Evolution du numerus clausus dans les écoles de sage-femme françaises.

Annexe II: Normes de personnel telles que prévues par le décret de périnatalité 1998 pour le secteur hospitalier public.

Annexe III: Normes de personnel telles que prévues par le décret de périnatalité 1998 pour le secteur hospitalier privé.

Annexe IV: Schéma de base de la GPEC.

Annexe V: Evolution du taux de natalité entre 2000 et 2012.

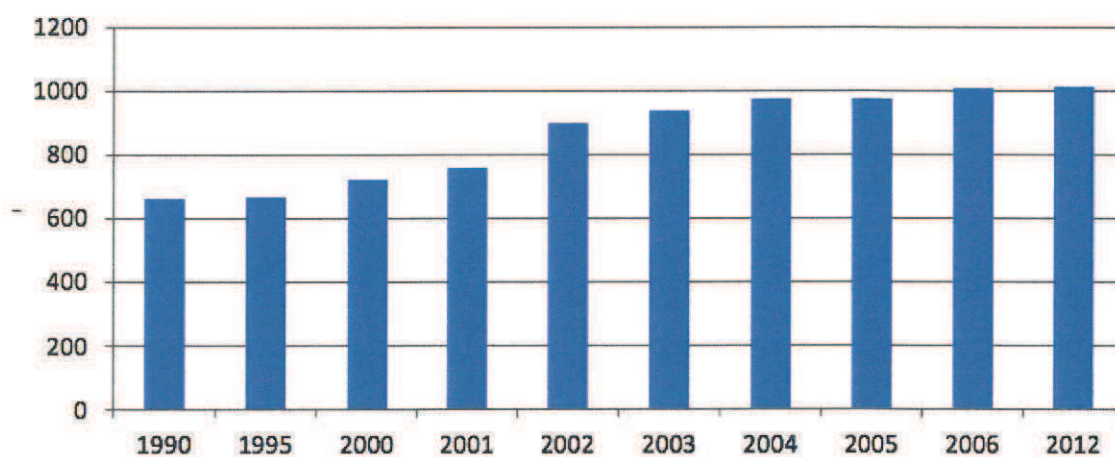
Annexe VI: Répartition des sages-femmes haut-normandes par mode d'exercice.

Annexe VII: Pyramide des âges des sages-femmes en Haute-Normandie.

Annexe VIII: Zones déficitaires de sages-femmes en Haute-Normandie.

Annexe IX: Questionnaire destiné aux étudiants sage-femme de Rouen, Caen, Amiens et lettre d'explication.

Annexe I: Evolution du numerus clausus dans les écoles de sage-femme françaises.



Source: LAMOTHE Cécile – Quel avenir pour les jeunes sages-femmes diplômées? De la pertinence du numerus clausus actuel - Rapport de Master 1 Santé Publique - voie professionnelle - Université Paul Sabatier Toulouse – Septembre 2013.

Annexe II: Normes de personnel telles que prévues par le décret de périnatalité 1998 pour le secteur hospitalier public.

	SECTEUR DE LA NAISSANCE		SECTEUR D'HOSPITALISATION DE LA MERE ET DE L'ENFANT APPRECIATION EN FONCTION DE L'ACTIVITE						TOTAL SECTEUR D'HOSPITALISATION DE LA MERE ET DE L'ENFANT APPRECIATION EN FONCTION DE L'ACTIVITE			
	Norme minimale Sages-femmes	norme minimale AS ou AP	norme minimale sages-femmes le jour	norme minimale le jour		norme minimale la nuit SF ou IDE	norme minimale la nuit AP	IDE +	dont minimum sages-femmes	AS	AP	
				AS	AP							
Moins de 1 000 naissances	5,35	5,35	2,98	2,98	2,98	2,37	2,37	5,35	2,98	2,98	5,35	
1 000 à 1 199	5,35	5,35	2,98	2,98	2,98	2,37	2,37	5,35	2,98	2,98	5,35	
1 200 à 1 399	6,35	5,35	2,98	2,98	2,98	2,37	2,37	5,35	2,98	2,98	5,35	
1 400 à 1 599	7,35	5,35	2,98	2,98	2,98	2,37	2,37	5,35	2,98	2,98	5,35	
1 600 à 1 799	8,35	5,35	2,98	2,98	2,98	2,37	2,37	5,35	2,98	2,98	5,35	
1 800 à 1 999	9,35	5,35	2,98	2,98	2,98	2,37	2,37	5,35	2,98	2,98	5,35	
2 000 à 2 199	10,35	5,35	2,98	2,98	2,98	2,37	2,37	5,35	2,98	2,98	5,35	
2 200 à 2 399	11,35	5,35	2,98	2,98	2,98	2,37	2,37	5,35	2,98	2,98	5,35	
2 400 à 2 499	12,35	5,35	2,98	2,98	2,98	2,37	2,37	5,35	2,98	2,98	5,35	
2 500 à 2 599	13,35	5,35	2,98	2,98	2,98	2,37	2,37	5,35	2,98	2,98	5,35	
2 600 à 2 799	14,35	5,35	2,98	2,98	2,98	2,37	2,37	5,35	2,98	2,98	5,35	
2 800 à 2 999	15,35	5,35	2,98	2,98	2,98	2,37	2,37	5,35	2,98	2,98	5,35	
3 000 à 3 199	16,35	5,35	2,98	2,98	2,98	2,37	2,37	5,35	2,98	2,98	5,35	
3 200 à 3 399	17,35	5,35	2,98	2,98	2,98	2,37	2,37	5,35	2,98	2,98	5,35	
3 400 à 3 599	18,35	5,35	2,98	2,98	2,98	2,37	2,37	5,35	2,98	2,98	5,35	
3 600 à 3 799	19,35	5,35	2,98	2,98	2,98	2,37	2,37	5,35	2,98	2,98	5,35	
3 800 à 3 999	20,35	5,35	2,98	2,98	2,98	2,37	2,37	5,35	2,98	2,98	5,35	
4 000 à 4 199	21,35	5,35	2,98	2,98	2,98	2,37	2,37	5,35	2,98	2,98	5,35	
4 200 à 4 399	22,35	5,35	2,98	2,98	2,98	2,37	2,37	5,35	2,98	2,98	5,35	
4 400 à 4 599	23,35	5,35	2,98	2,98	2,98	2,37	2,37	5,35	2,98	2,98	5,35	
4 600 à 4 799	24,35	5,35	2,98	2,98	2,98	2,37	2,37	5,35	2,98	2,98	5,35	

Commentaire : Ce tableau synthétise ce que prévoit le décret n° 98-600 du 9 octobre 1998 en matière de normes de personnel. Il n'est pas directement "opérationnel" notamment pour le secteur d'hospitalisation de la mère et de l'enfant car la norme prévoit un effectif en fonction de l'activité.

Source: « Etude sur le personnel dans les services de gynécologie-obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale des établissements de santé de la Région Pays de la Loire », Juillet 2001, ARH des Pays de la Loire.

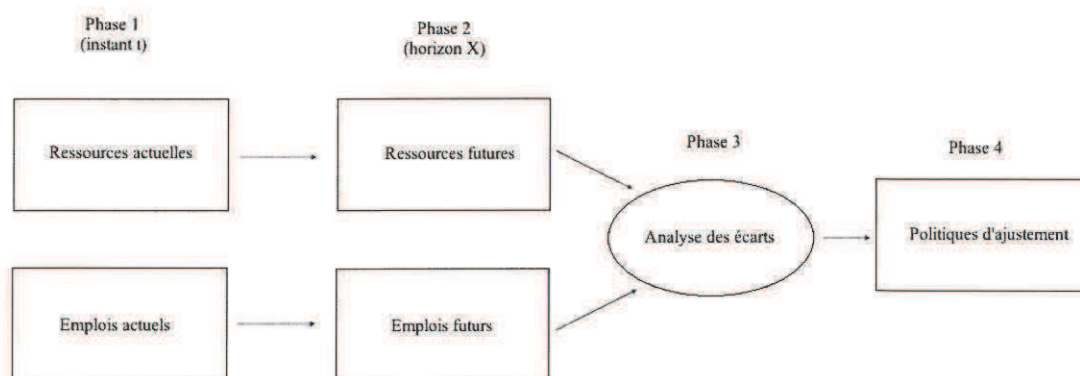
Annexe III: Normes de personnel telles que prévues par le décret de périnatalité 1998 pour le secteur hospitalier privé.

	SECTEUR DE LA NAISSANCE		SECTEUR D'HOSPITALISATION DE LA MERE ET DE L'ENFANT APPRECIATION EN FONCTION DE L'ACTIVITE						TOTAL SECTEUR D'HOSPITALISATION DE LA MERE ET DE L'ENFANT APPRECIATION EN FONCTION DE L'ACTIVITE				
	Norme minimale Sages-femmes	norme minimale AS ou AP	norme minimale sages-femmes le jour	norme minimale le jour		norme minimale la nuit		norme minimale la nuit AP	IDE +	SF	dont minimum sages-femmes	AS	AP
				AS	AP	SF ou IDE	AP						
Moins de 1 000 naissances	5,56	5,56	3,24	3,24	2,32	2,32	2,32	5,56	3,24	3,24	3,24	5,56	
1 000 à 1 199	5,56	5,56	3,24	3,24	2,32	2,32	2,32	5,56	3,24	3,24	3,24	5,56	
1 200 à 1 399	6,56	5,56	3,24	3,24	2,32	2,32	2,32	5,56	3,24	3,24	3,24	5,56	
1 400 à 1 599	7,56	5,56	3,24	3,24	2,32	2,32	2,32	5,56	3,24	3,24	3,24	5,56	
1 600 à 1 799	8,56	5,56	3,24	3,24	2,32	2,32	2,32	5,56	3,24	3,24	3,24	5,56	
1 800 à 1 999	9,56	5,56	3,24	3,24	2,32	2,32	2,32	5,56	3,24	3,24	3,24	5,56	
2 000 à 2 199	10,56	5,56	3,24	3,24	2,32	2,32	2,32	5,56	3,24	3,24	3,24	5,56	
2 200 à 2 399	11,56	5,56	3,24	3,24	2,32	2,32	2,32	5,56	3,24	3,24	3,24	5,56	
2 400 à 2 499	12,56	5,56	3,24	3,24	2,32	2,32	2,32	5,56	3,24	3,24	3,24	5,56	
2 500 à 2 599	13,56	5,56	3,24	3,24	2,32	2,32	2,32	5,56	3,24	3,24	3,24	5,56	
2 600 à 2 799	14,56	5,56	3,24	3,24	2,32	2,32	2,32	5,56	3,24	3,24	3,24	5,56	
2 800 à 2 999	15,56	5,56	3,24	3,24	2,32	2,32	2,32	5,56	3,24	3,24	3,24	5,56	
3 000 à 3 199	16,56	5,56	3,24	3,24	2,32	2,32	2,32	5,56	3,24	3,24	3,24	5,56	
3 200 à 3 399	17,56	5,56	3,24	3,24	2,32	2,32	2,32	5,56	3,24	3,24	3,24	5,56	
3 400 à 3 599	18,56	5,56	3,24	3,24	2,32	2,32	2,32	5,56	3,24	3,24	3,24	5,56	
3 600 à 3 799	19,56	5,56	3,24	3,24	2,32	2,32	2,32	5,56	3,24	3,24	3,24	5,56	
3 800 à 3 999	20,56	5,56	3,24	3,24	2,32	2,32	2,32	5,56	3,24	3,24	3,24	5,56	
4 000 à 4 199	21,56	5,56	3,24	3,24	2,32	2,32	2,32	5,56	3,24	3,24	3,24	5,56	
4 200 à 4 399	22,56	5,56	3,24	3,24	2,32	2,32	2,32	5,56	3,24	3,24	3,24	5,56	
4 400 à 4 599	23,56	5,56	3,24	3,24	2,32	2,32	2,32	5,56	3,24	3,24	3,24	5,56	
4 600 à 4 799	24,56	5,56	3,24	3,24	2,32	2,32	2,32	5,56	3,24	3,24	3,24	5,56	

Commentaire : Ce tableau synthétise ce que prévoit le décret n° 98-800 du 9 octobre 1998 en matière de normes de personnel. Il n'est pas directement "opérationnel" notamment pour le secteur d'hospitalisation de la mère et de l'enfant car la norme prévoit un effectif en fonction de l'activité.

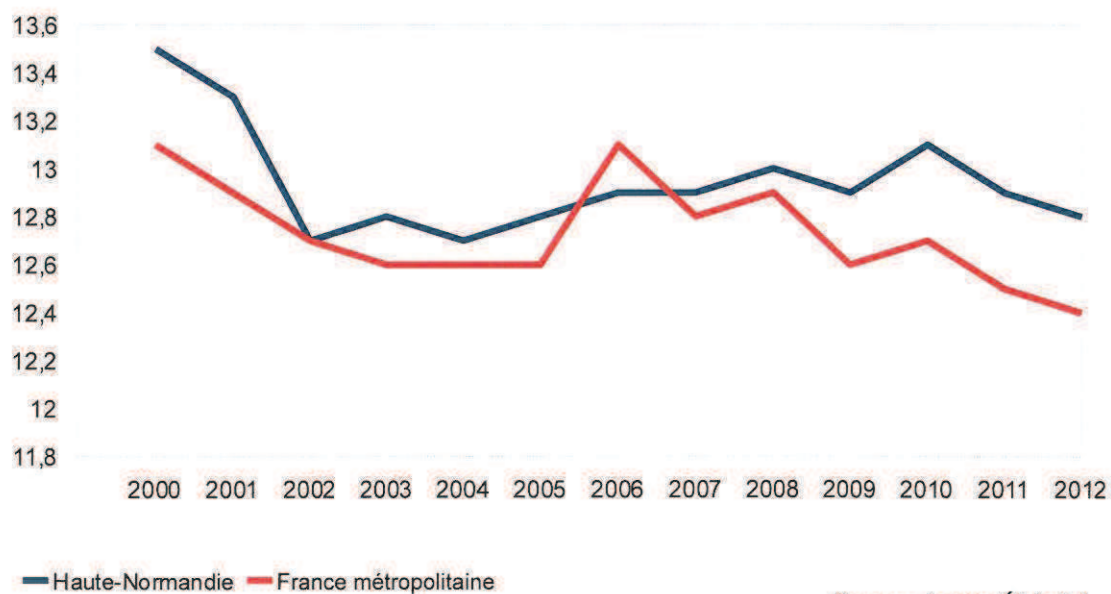
Source: « Etude sur le personnel dans les services de gynécologie-obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale des établissements de santé de la Région Pays de la Loire », Juillet 2001, ARH des Pays de la Loire.

Annexe IV: Schéma de base de la GPEC.



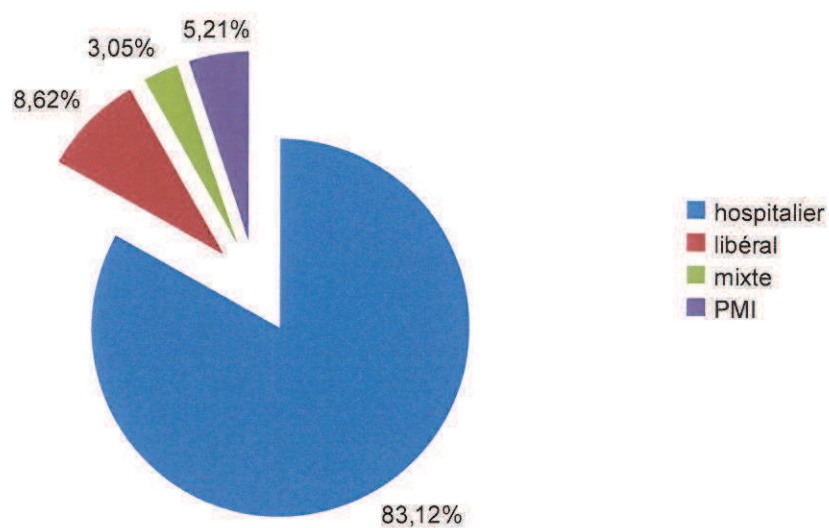
Source: d'après Mallet L., « Gestion prévisionnelle de l'emploi et des ressources humaines », Paris, Editions L'atoum, 1991.

Annexe V: Evolution du taux de natalité entre 2000 et 2012.



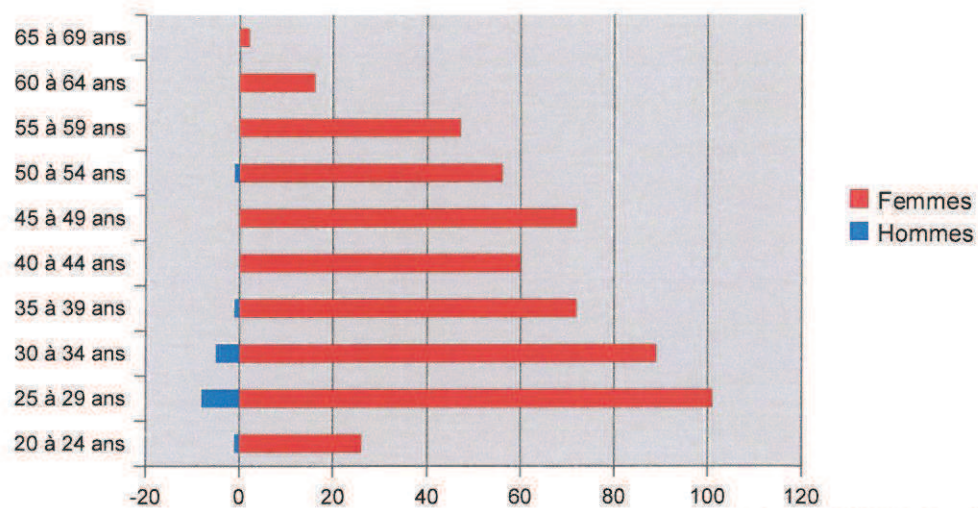
Source : Insee, État civil

Annexe VI: Répartition des sages-femmes haut-normandes par mode d'exercice.



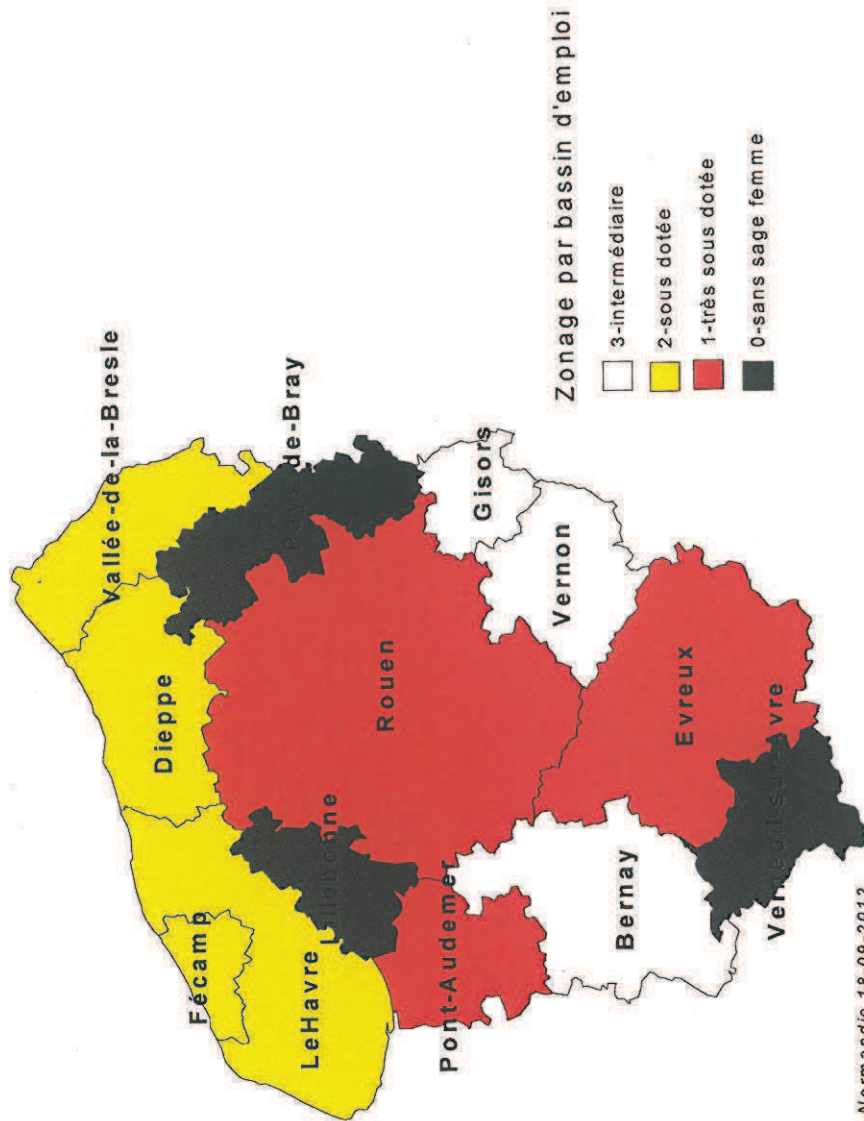
Source: RPPS Septembre 2013

Annexe VII: Pyramide des âges des sages-femmes de Haute-Normandie.



Source: RPPS Septembre 2013

Annexe VIII: Zones déficitaires de sages-femmes en Haute-Normandie.



Sources : ARS Haute Normandie 18-09-2012

Annexe IX: Questionnaire destiné aux étudiants sage-femme de Rouen, Caen, Amiens et lettre d'explication.

Questionnaire

Bonjour,

Je m'appelle Victoria Schaeffer, je suis étudiante sage-femme en 4ème année à l'école de Rouen.

Dans le cadre de mon mémoire qui concerne l'employabilité des sages-femmes en Haute-Normandie, je réalise un questionnaire aux étudiants sages-femmes de Rouen, Caen et Amiens afin de connaître leurs projets professionnels.

Merci de bien vouloir remplir ce questionnaire s'il vous plaît. Celui-ci est anonyme.

Je vous remercie par avance d'avoir pris du temps au remplissage de celui-ci.

Victoria Schaeffer

*Obligatoire

Votre profil

1. En quelle année d'études de sage-femme êtes-vous? *

- Sma3 (L3)
- Sma4 (M1)

2. Dans quelle ville faites-vous vos études? *

- Rouen
- Caen
- Amiens

3. Où souhaitez-vous débiter votre carrière? *

- Seine-Maritime (76)
- Eure (27)
- régions limitrophes (Basse-Normandie et Picardie)
- hors région Haute-Normandie et régions limitrophes

4. Dans quelle tranche d'unité urbaine souhaiteriez-vous travailler? *

- commune rurale
- unité urbaine de moins de 10 000 habitants
- de 10 000 à 100 000 habitants
- plus de 100 000 habitants

5. A ce stade de votre formation, avez-vous déjà une idée de votre projet professionnel? *

- oui
- non

5.a. Si non, quelle stratégie de recrutement allez-vous mettre en place? *

- envoyer des CV à tous les établissements de la région
- accepter le premier poste que l'on vous propose
- vous inscrire en agence d'intérim
- je ne sais pas
- aucune stratégie de recrutement

5.b.1. Si oui, quels sont les éléments que vous avez pris en compte pour élaborer ce projet? *

- localisation géographique (ville/campagne)
- proximité famille
- localisation conjoint
- sécurité emploi (CDI, titularisation)
- niveau de la maternité
- renommée de la maternité
- ambiance de travail
- perspectives d'évolution de carrière ou professionnelle
- diversité d'activités
- niveau de rémunération

5.b.2. En fonction des critères choisis précédemment, quel est votre critère essentiel dans le choix d'un poste ? *

- localisation géographique
- proximité famille
- localisation conjoint
- sécurité emploi (CDI, titularisation)
- niveau de la maternité
- renommée de la maternité
- ambiance de travail
- perspectives d'évolution de carrière ou professionnelle
- diversité d'activités
- niveau de rémunération

6. Pensez-vous qu'un stage intégré de 6 mois au sein d'un établissement au cours de votre formation favoriserait votre embauche dans ce dernier ? *

- oui
- non

7. Si oui, pourquoi? *

- intégration à l'équipe
- connaissance des pratiques locales
- connaissance des locaux
- mise en avant de mes qualités et de mon profil professionnel

8. Juste après votre diplôme, qu'envisagez-vous? *

- exercer
- ne pas exercer immédiatement
- exercer et continuer des études
- continuer des études uniquement
- je ne sais pas

9. Si vous souhaitez exercer, quel mode d'exercice envisagez-vous à la sortie du diplôme? *

- public hospitalier
- privé hospitalier
- libéral
- territorial (PMI)
- intérim
- humanitaire
- enseignement
- je ne sais pas

10. Quel type de contrat souhaiteriez-vous ? *

- CDD successifs
- CDD débouchant sur un CDI
- CDI d'emblée
- aucune préférence
- autre
- je ne sais pas

11. Qu'attendez-vous de ce premier poste? *

- un emploi stable
- un emploi intermédiaire nécessaire à l'évolution professionnelle ou de carrière
- un emploi intermédiaire en attendant de trouver mieux
- je ne sais pas

12. A moyen-long terme, quel motif modifierait votre projet professionnel initial ? *

- élever mes enfants
- me rapprocher de mon conjoint
- faire évoluer ma carrière professionnelle
- m'épanouir professionnellement
- je ne sais pas
- aucun motif

13. Cela modifierait-il votre temps de travail? *

- oui, j'exercerai à temps partiel
- oui, j'interromprai momentanément mon exercice (disponibilité, congé parental)
- oui, j'interromprai définitivement mon exercice
- non
- je ne sais pas

14. Cela modifierait-il votre mode d'exercice ? *

- oui, je m'installerai en libéral
- oui, j'exercerai en hospitalier
- oui, j'aurai une activité mixte
- oui, j'exercerai en PMI
- oui, je reprendrai une formation
- non
- je ne sais pas

15. Cela modifierait-il votre localisation géographique ? *

- oui, je changerai de zone géographique mais au sein de la même région
- oui, je changerai de région
- non
- je ne sais pas

16. Pour terminer, voici une question pour évaluer vos connaissances sur l'offre de soin en Haute-Normandie. *

Cochez les réponses vraies

- Le SROS divise la Haute-Normandie en 4 territoires de santé
- On compte 10 établissements dans le secteur périnatalité en Haute-Normandie
- L'établissement réalisant le plus d'accouchements en Haute-Normandie est le CHU de Rouen
- La Haute-Normandie est une région sous dotée en sage-femmes libérales