



HAL
open science

Futurs diplômés sages-femmes et projets de carrière : étude multicentrique prospective au sein d'école de sage-femme françaises

Laure-Marie Munch

► **To cite this version:**

Laure-Marie Munch. Futurs diplômés sages-femmes et projets de carrière : étude multicentrique prospective au sein d'école de sage-femme françaises. Gynécologie et obstétrique. 2017. dumas-01654610

HAL Id: dumas-01654610

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01654610>

Submitted on 4 Dec 2017

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.

UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE ET MAIEUTIQUE
FILIERE MAIEUTIQUE

FUTURS DIPLOMES SAGES-FEMMES ET PROJETS DE CARRIERE

Etude multicentrique prospective au sein d'écoles de sage-femme françaises

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme
Présenté et soutenu par
Laure-Marie MUNCH
Sous la direction de
Mme Isabelle VAAST – Sage-femme enseignante

ANNEE UNIVERSITAIRE 2016 – 2017

UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE ET MAIEUTIQUE
FILIERE MAIEUTIQUE

FUTURS DIPLOMES SAGES-FEMMES ET PROJETS DE CARRIERE

Etude multicentrique prospective au sein d'écoles de sage-femme françaises

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme

Présenté et soutenu par

Laure-Marie MUNCH

Sous la direction de

Mme Isabelle VAAST – Sage-femme enseignante

ANNEE UNIVERSITAIRE 2016 – 2017

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout particulièrement Madame Isabelle Vaast, directrice de ce mémoire, qui m'a soutenue et encadrée avec bienveillance durant ce travail de recherche.

Je tiens aussi à témoigner toute ma reconnaissance à l'équipe pédagogique de la filière maïeutique de la Faculté Libre de Médecine et Maïeutique dirigée par Madame Christiane Roux, et notamment à Monsieur Romain Demailly pour son aide précieuse en statistique.

Je remercie également mes parents, ma famille et Augustin pour leur soutien indéfectible tout au long de mes études ainsi que mes amies Pauline, Claire, Anne, Marie et toutes mes collègues de promotion qui m'ont accompagnée au fil de ces années.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	3
1 Matériel et méthode.....	5
2 Résultats	6
2.1 Population	6
2.1.1 <i>Echantillon de population</i>	6
2.1.2 <i>Caractéristiques de la population</i>	6
2.1.3 <i>Choix des études</i>	7
2.2 Le projet de carrière.....	7
2.2.1 <i>Lieux d'activité à la sortie du diplôme</i>	7
2.2.2 <i>Changements d'activités prévus au cours de la carrière.</i>	8
2.2.3 <i>Souhaits dans le secteur hospitalier</i>	9
2.2.4 <i>Souhaits d'exercice dans le secteur libéral</i>	10
2.2.5 <i>Souhait de formations complémentaires.</i>	11
2.2.6 <i>Reprise d'un cursus universitaire.</i>	12
2.3 La fin des études de sage-femme.....	12
2.3.1 <i>Le stage intégré</i>	12
2.3.2 <i>Le stage personnalisé</i>	12
2.3.3 <i>Principales craintes en tant que jeunes diplômées</i>	13
2.3.4 <i>Points forts de la formation du point de vue des étudiantes</i>	13
2.3.5 <i>Evaluation de la satisfaction à exercer la profession</i>	14
2.3.6 <i>Difficultés rencontrées pendant les études</i>	15
2.4 Relations croisées.....	15
2.4.1 <i>Projet de carrière et année de naissance</i>	15
2.4.2 <i>Satisfaction d'exercer et projet de carrière</i>	16
2.4.3 <i>Difficultés rencontrées dans la formation et projet de carrière</i>	16
2.4.4 <i>Evolution du projet de carrière au cours des études</i>	16
2.4.5 <i>Focus sur des populations particulières</i>	17
3 Analyse et discussion.....	19
3.1 Analyse de la démarche de recherche	19
3.1.1 <i>Intérêt de l'étude</i>	19
3.1.2 <i>Terrain d'étude</i>	19
3.1.3 <i>Population ciblée</i>	19
3.1.4 <i>Choix de l'outil : le questionnaire</i>	20
3.1.5 <i>Limites de l'étude</i>	20
3.2 Le choix des études	20
3.2.1 <i>Choix et représentations de la profession</i>	20
3.2.2 <i>La réforme de PACES</i>	22
3.3 Le temps des études.....	23
3.3.1 <i>L'organisation des études</i>	23
3.3.2 <i>Les points forts de la formation</i>	24
3.3.3 <i>Les difficultés rencontrées</i>	25
3.3.4 <i>Bilan des études</i>	26
3.4 Contexte à la sortie des études	28
3.4.1 <i>L'augmentation des effectifs</i>	28
3.4.2 <i>Une insertion professionnelle devenue une épreuve (38)</i>	29
3.4.3 <i>Dégradation des conditions de travail</i>	30
3.5 Projet de carrière	31
3.5.1 <i>1ères intentions à la sortie du diplôme</i>	31
3.5.2 <i>Compléments de formation</i>	34
CONCLUSION	35
BIBLIOGRAPHIE	36
ANNEXES	38

INTRODUCTION

La profession de sage-femme est une profession en perpétuelle mutation : le champ de compétence des sages-femmes s'étend et se restreint au gré des mouvements de la société, faisant varier au fil du temps les modes et conditions d'exercice professionnel.

Actuellement et selon le Code de la Santé Publique, 4^{ème} partie - Livre I^{er} - Titre V : « *l'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant ...* », sous réserve d'adresser la femme en cas de situation pathologique dépistée. La sage-femme peut aussi pratiquer l'examen post-natal, réaliser les consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention (depuis 2009). Elle peut elle-même demander l'analgésie loco-régionale auprès de l'anesthésiste, puis réinjecter par la voie du dispositif, et retirer ce dispositif à la fin de l'accouchement. Depuis 2016, la sage-femme est autorisée à pratiquer les interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse¹, et vacciner, en plus de la mère et de l'enfant, l'entourage proche du nouveau-né². Enfin, elle se voit augmenter petit à petit son champ de prescription (1).

La formation a, elle aussi, fortement évolué tant au point de vue de l'organisation que des contenus, s'adaptant ainsi aux contextes environnementaux et professionnels. La dernière réforme, de 2009³, inscrivant le programme des études selon un schéma LMD (Licence, Master, Doctorat)⁴, permet de reconnaître officiellement la première année comme année de formation, et plus seulement de sélection. Elle positionne la spécialité maïeutique au même rang que les autres professions médicales (médecine, odontologie) et pharmacie. Ainsi, l'orientation vers les études de sage-femme se fait à priori non plus par défaut mais délibérément au cours de la PACES⁵. Ce processus d'universitarisation a pour but aussi de faciliter l'accès à des cursus de recherche et de rendre possible des passerelles⁶ entre filières médicales, allant dans le sens des revendications des sages-femmes quant à la reconnaissance des études et de la profession.

¹ Article L4151-1 du Code de la Santé Publique, modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016-art.127

² Article L4151-2 du Code de la Santé Publique, modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016-art.127

³ Loi du 7/07/2009 avec une application effective à la rentrée 2010/2011

⁴ Selon le processus de Bologne amorcé en 1998, visant à unifier l'enseignement supérieur au sein de l'Europe.

⁵ Première Année Commune des Etudiants en Santé, créé à partir de la loi HPST de 2009. Elle remplace la 1^{ère} année du Premier Cycle des Etudes de Médecine (PCEM1) où le choix de la filière se faisait en fonction du classement général.

⁶ Rapport THUILLIEZ : « l'aménagement de passerelles permettant à des étudiants ayant suivis d'autres études ou à des professionnels de santé en exercice, de rejoindre ces formations »

En effet, paradoxalement, et ce malgré son ancienneté, la profession reste méconnue du grand public et la reconnaissance des compétences des sages-femmes, par les pouvoirs publics et institutions, reste encore bien loin de l'idéal. Cette demande de reconnaissance a motivé entre autres les grèves de 2013, avec une demande de statut de praticiens de premier recours en santé gynésique, une refonte du statut des sages-femmes hospitalières, des augmentations salariales... Depuis décembre 2014 plusieurs mesures sont prises :

- La création d'un nouveau statut des sages-femmes hospitalières, très discuté, et un référentiel relatif aux activités des sages-femmes chargées d'organisation et de coordination au sein des établissements publics de santé.
- Le lancement d'une campagne de communication valorisant les compétences des sages-femmes.
- Des revalorisations salariales faibles, les salaires restant indexés sur ceux des professions non médicales.
- Dernièrement, l'alignement du statut des étudiants en maïeutique sur celui des étudiants en médecine.

Ainsi, même si en dix ans les sages-femmes ont obtenu un élargissement de leurs prescriptions et de leurs compétences, notamment en gynécologie, ainsi qu'une réaffirmation du caractère médical de leur profession, ces avancées semblent être plus en lien avec une « *gestion utilitariste des sages-femmes* » (Richard-Guerroudj, (2)) dans un contexte de diminution importante du nombre de gynécologues en ville et de restrictions budgétaires.

Ces dernières entraînent notamment un état stationnaire des recrutements dans les établissements de santé qu'ils soient publics ou privés alors que les effectifs de la profession ont augmenté de 70% depuis 20 ans. De plus, le gel du numerus clausus depuis 2011 produirait une croissance supplémentaire de 24% d'ici 2030 selon l'ONDPS⁷ (3). Cette forte croissance a donné lieu à une nouvelle répartition des modes d'exercice de la profession, la part du libéral ne cessant d'augmenter et représentant désormais plus d'un quart des sages-femmes actives en 2014 (21700 sages-femmes à cette date) (4).

Cet accroissement des effectifs des sages-femmes et l'expansion spectaculaire de l'exercice libéral nous font deviner la difficulté progressive de l'emploi salarié ou même de l'installation en libéral. Ceci génère une pression et une capacité d'adaptabilité très importante pour les professionnels, qui se ressentent dès les études. Aussi, la professionnalisation des étudiants est au premier plan dans la formation, pour les préparer au mieux à l'exercice de leur profession demandant rigueur, sang-froid et adaptabilité.

Devant ce contexte, il est paru intéressant de s'interroger sur le projet de carrière des étudiants au vu de la conjoncture actuelle : l'extension des compétences, les modalités d'exercices professionnels multiples, la problématique de l'emploi salarié entraînent

⁷ L'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) a été créé par le décret du 19 juin 2003.

nécessairement des réflexions quant à la manière de pratiquer et de construire son avenir professionnel.

Notre problématique sera donc :

Comment les futurs diplômés envisagent-ils leur carrière de sage-femme ? Dans quelle mesure ce projet professionnel évolue-t-il au cours des études ?

Les rapports sont nombreux sur cette profession passionnante et chaque thème abordé peut faire ou a fait l'objet d'une étude. Cependant, il apparaît pertinent de synthétiser ces différents facteurs de conjonctures et d'y associer une étude auprès des futurs diplômés quant à leur vision du métier, leur vécu de la formation et leur projet de carrière. L'objectif principal de cette étude est de définir le projet de carrière des futurs diplômés sages-femmes. Les objectifs secondaires sont d'abord de déterminer les éléments influençant le choix de carrière des futurs diplômés mais aussi d'évaluer la satisfaction et les difficultés à exercer cette profession en fin de cursus.

Nous présenterons d'abord cette étude, son protocole et les résultats pour ensuite développer les points qui nous interpellent et sujets à la discussion tant au niveau de l'étude et des résultats que des concepts que ces questions soulèvent.

1 Matériel et méthode

Type d'étude, terrain et population

Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive, analytique, et multicentrique.

L'étude s'est déroulée dans 8 écoles différentes au nord de Paris : l'école du CHRU de Lille, de l'Institut Catholique de Lille, d'Amiens, Rouen, Caen, Reims, Metz et Nancy, de début novembre 2016 à mi-janvier 2017.

Cette étude s'adressait aux futurs diplômés de Juin 2017, donc en cinquième année d'études de sage-femme. Nous n'avons exclu aucune catégorie de personnes, ni selon le parcours, le sexe ou l'âge.

Outils et critères de jugements

Un questionnaire en ligne et anonyme a été élaboré pour répondre à l'objectif et faciliter la récolte des résultats. Précédé d'une lettre explicative, il a été transmis par mail aux étudiants par les directrices des écoles sélectionnées. Il comprenait vingt-et-une questions à choix multiples ou réponses courtes et avait été préalablement testé sur quelques étudiants afin d'en valider le contenu et de le compléter (enquête exploratoire). Une fois rempli, le questionnaire nous était automatiquement envoyé et stocké dans notre base de données.

Le questionnaire se divisait en 3 parties :

- Le projet de carrière : projet à court terme, à long terme, la motivation à exercer la profession de sage-femme et les formations additionnelles envisagées...
- La fin des études : stages intégrés, évaluation de la satisfaction à exercer ce métier, difficultés et craintes du début de carrière...
- Les informations générales : sexe, âge, raison du choix de la filière maïeutique...

Analyse

L'ensemble des données anonymes recueillies était automatiquement saisi sur un tableau Excel. Le traitement des données s'est fait à partir du logiciel Microsoft Excel 2011, les données qualitatives ont été décrites par des pourcentages. Les réponses aux questions ouvertes ont été regroupées par catégories, afin de pouvoir effectuer des comparaisons. Les croisements de réponses ont été comparés à l'aide du test de Fisher, avec un seuil de significativité $p < 0,05$. Pour la bibliographie, nous avons utilisé le logiciel Zotero.

Considérations éthiques et autorisations

La réalisation de l'étude a fait l'objet d'autorisations préalables en commission pédagogique et le protocole a été approuvé par le bureau restreint de la Direction de la Recherche Médicale (DRM).

2 Résultats

2.1 Population

2.1.1 Echantillon de population

Selon le numérus clausus national de l'année universitaire 2012/2013 de la filière sage-femme qui était de 1016 places, la population d'étudiants sages-femmes diplômés en 2017 serait d'environ 1000 (5). Nous avons envoyé les questionnaires dans 8 des 35 écoles françaises de sages-femmes. Après appel de chaque école pour connaître l'effectif de ces promotions, nous sommes arrivés à un échantillon de 247 futurs diplômés en sciences maïeutiques en 2017 potentiellement touchés par le questionnaire. 100 questionnaires furent récupérés soit un taux de réponse de 40,5 %.



Figure 1, Echantillon de la population

2.1.2 Caractéristiques de la population

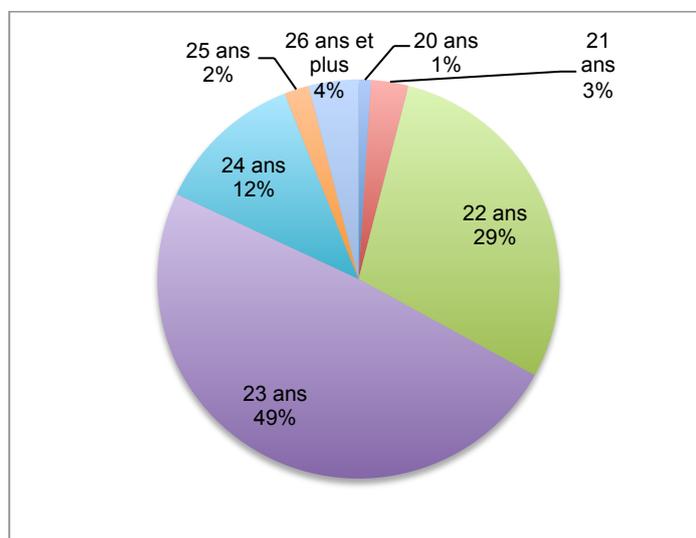


Figure 2, Age des étudiants en fin de cursus.

100% de la population étudiée est de sexe féminin.

En calculant l'âge au 1er Janvier 2017, la moyenne d'âge de l'échantillon observé est de 22,9 ans. L'âge maximum est de plus de 26 ans (4 étudiantes) et l'âge minimum est de 20 ans (1 étudiante).

La population observée est exclusivement féminine et l'âge moyen est de 23 ans (49% de l'échantillon).

2.1.3 Choix des études

Dans le tableau ci-dessous, la question étant à choix multiples, la plupart des étudiantes ont coché plusieurs items chacune, d'où le nombre de réponses supérieur au nombre de l'échantillon.

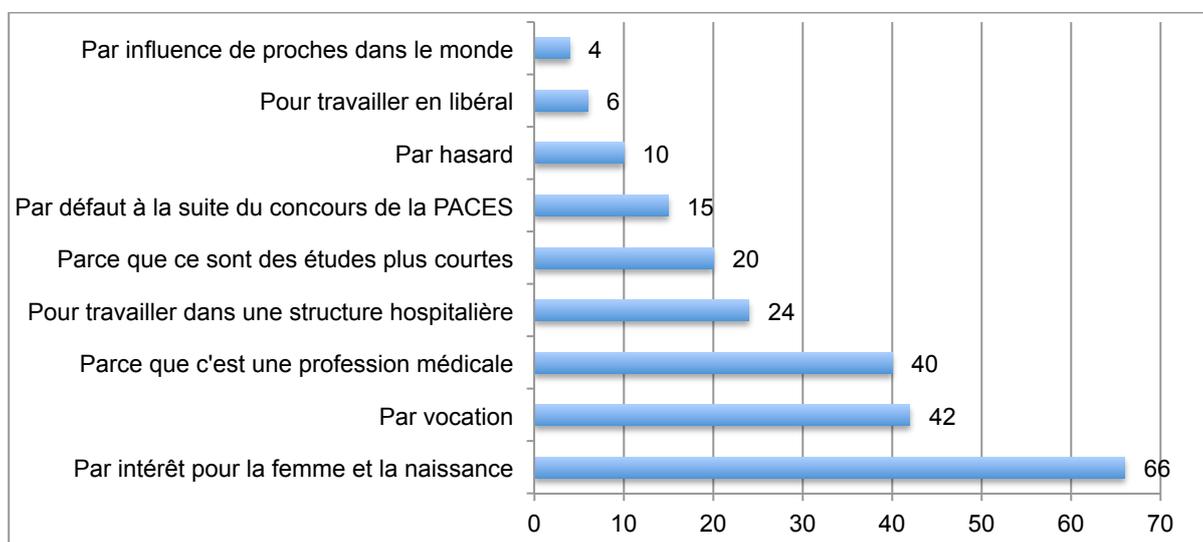


Figure 3, Répartition des raisons du choix de la filière maïeutique (n=100)

87% des étudiants (n=100) ont choisi sage-femme au moins par « vocation » (42 étudiantes) et/ou par intérêt pour la femme et la naissance (66 étudiantes). Mais parmi elles, 14 soit 16,1% (n=87) ne referaient pas le même choix d'orientation.

A l'inverse, 17% ont choisi cette profession « par défaut » après 2 ans de PACES et/ou pour la durée plus courte des études par rapport à celles de médecine. 7 d'entre elles ne referaient pas le même choix (41,2%, n=17).

4 ont fait ce choix uniquement par hasard, et 3 des quatre ne referaient pas le même choix.

En tout, 21% des étudiantes ne referaient pas le même choix d'études. Celles-ci invoquent par ordre de fréquence : la difficulté des études au niveau de la pression, du rythme, de l'investissement et de la place du stagiaire ; la difficulté à trouver un emploi à la sortie des études ; le manque de reconnaissance ; la pression, le stress lié à la profession, l'ambiance ressentie comme hostile dans le milieu hospitalier. Le salaire bas, le rythme de vie et la « surmédicalisation » sont des causes également citées.

La majeure partie de la population a choisi cette profession par vocation ou intérêt pour la femme et la naissance (87%). 21% de la population étudiée ne recommencerait pas les études de sage-femme et se dirigerait vers une autre profession.

2.2 Le projet de carrière

2.2.1 Lieux d'activités à la sortie du diplôme

40% de la population (n=100) souhaite postuler uniquement en milieu hospitalier à la sortie du diplôme. 2 étudiantes comptent s'installer en libéral directement et 4 souhaiteraient

faire des remplacements en libéral avant de s'installer à leur compte, sans passer par un service hospitalier.

54% des étudiantes prévoient donc une activité mixte alliant remplacements à l'hôpital, remplacements en cabinet libéral ou encore en maison de naissance (18%), PMI (7%), planning familial (3%) ou humanitaire (2%), en fonction des opportunités.

6% de la population évoque la possibilité de réorientation.

15% ont des doutes sur la réalisation de leur projet. Les raisons évoquées sont par ordre de fréquence : la difficulté à trouver un emploi en milieu hospitalier, à exercer en salle de naissance en tant que jeune diplômée et à s'installer et perdurer en libéral.

La grande majorité de la population souhaite postuler au moins en établissement hospitalier à la sortie du diplôme (94%). Seuls 6% souhaitent exercer en libéral d'emblée.

2.2.2 Changements d'activités prévus au cours de la carrière.

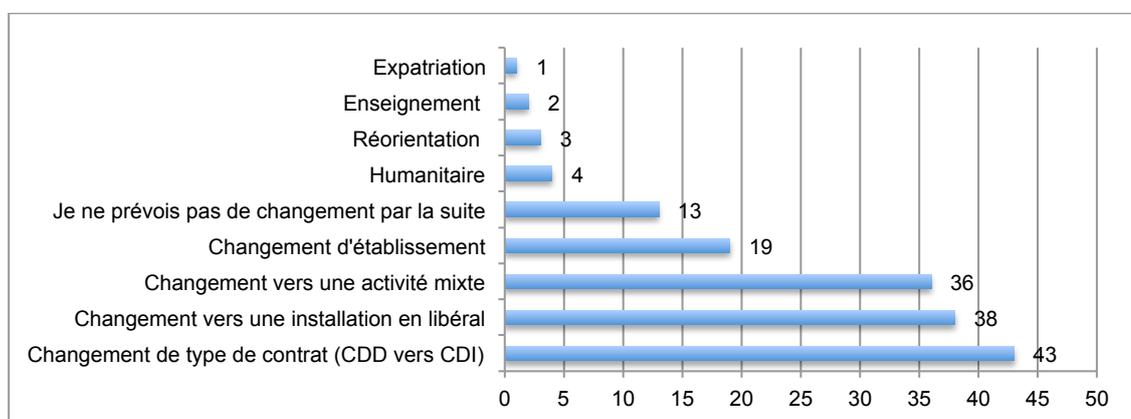


Figure 4, **Projet de changements d'activités au cours de la carrière** (plusieurs réponses possibles).

Dans les 38 étudiantes souhaitant s'installer en libéral, 25 arrêteraient totalement l'exercice hospitalier et 13 le continueraient. Ces changements seraient effectués pour 13 d'entre elles avant 10 ans d'exercice et pour 7 d'entre elles avant 5 ans d'exercice.

12% hésitent entre l'activité mixte et l'installation exclusive en libéral.

13% de la population interrogée disent ne pas souhaiter changer de secteur d'activité au cours de leur carrière. On peut y ajouter les 18% qui dans leurs souhaits de changement, ne parlent que de changer d'établissement ou de contrat tout en restant dans l'exercice hospitalier. Parmi ces 31% au total, 19 étudiantes souhaitent faire une carrière hospitalière, 5 une activité alliant hospitalier et maison de naissance, une du libéral exclusif, et les autres se contredisent car soutiennent vouloir faire de tout dans leur projet (hospitalier, libéral, PMI, maisons de naissance), sans vouloir changer de mode d'exercice.

De manière générale, 44,1% des étudiantes ayant répondu à la question du laps de temps avant de changer d'activité (n=68) disent vouloir changer dans les 5 premières années d'exercice. 25% souhaitent évoluer entre 5 et 10 ans et 22% entre 10 et 20 ans.

69% de la population souhaiteraient effectuer un changement d'activité au cours de leur carrière. Parmi elles, 84% (n=69), et donc 58% de la population totale évolueraient vers une activité libérale, de façon mixte avec l'hospitalier ou exclusivement en cabinet.

2.2.3 Souhaits dans le secteur hospitalier

Niveaux de maternité souhaités (plusieurs réponses possibles).

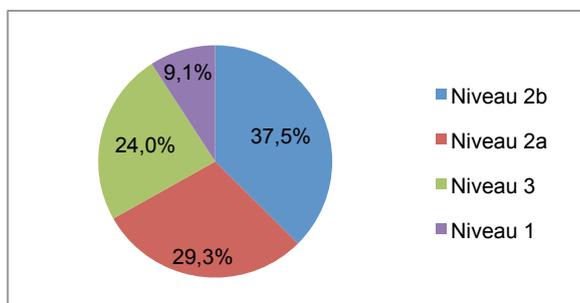


Figure 5, Répartition des niveaux de maternité souhaités à la sortie du diplôme.

Le niveau de maternité le plus convoité est le niveau 2 et plus spécifiquement les maternités de niveau 2B (37,5% des réponses et 29,3% des réponses pour les maternités de niveaux 2A). Les maternités de niveau 1 sont les plus marginales dans les choix avec 9,1%.

Sur les 94 étudiantes intéressées par l'hospitalier, seules 2 étudiantes souhaitent travailler exclusivement en niveau 1. 9 voudraient travailler uniquement en niveau 3, et 4 des étudiantes n'ont pas de préférences quant aux niveaux des maternités où elles pourraient travailler.

Répartition des services souhaités en hospitalier (plusieurs réponses possibles).

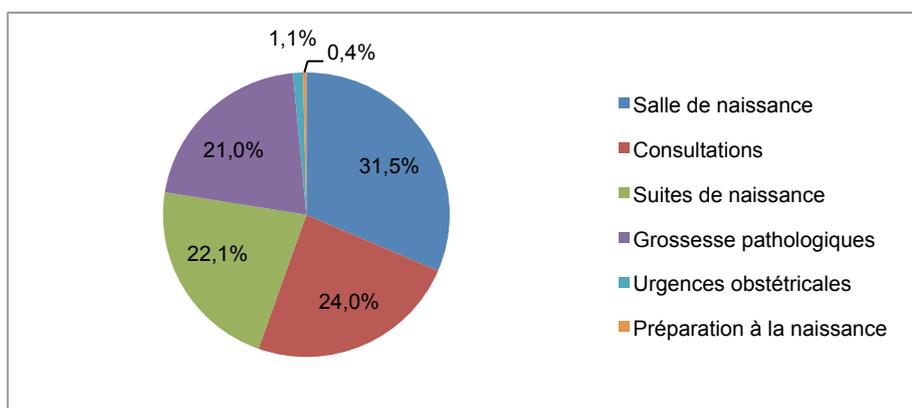


Figure 6, Répartition des services de maternité souhaités (plusieurs réponses possibles).

On constate un certain équilibre entre les services de salle de naissance (31,5% des réponses), de consultations (24%), de suites de naissance (22,1%) et de grossesses pathologiques (21%). Les étudiantes voulant travailler en hospitalier semblent désireuses d'intervenir dans tous les services de la maternité. Cependant, on observe une marginalisation des urgences obstétricales et de la préparation à la naissance (respectivement souhaitées par 3 et 1 étudiantes sur 94).

Motivations à accepter un emploi salarié

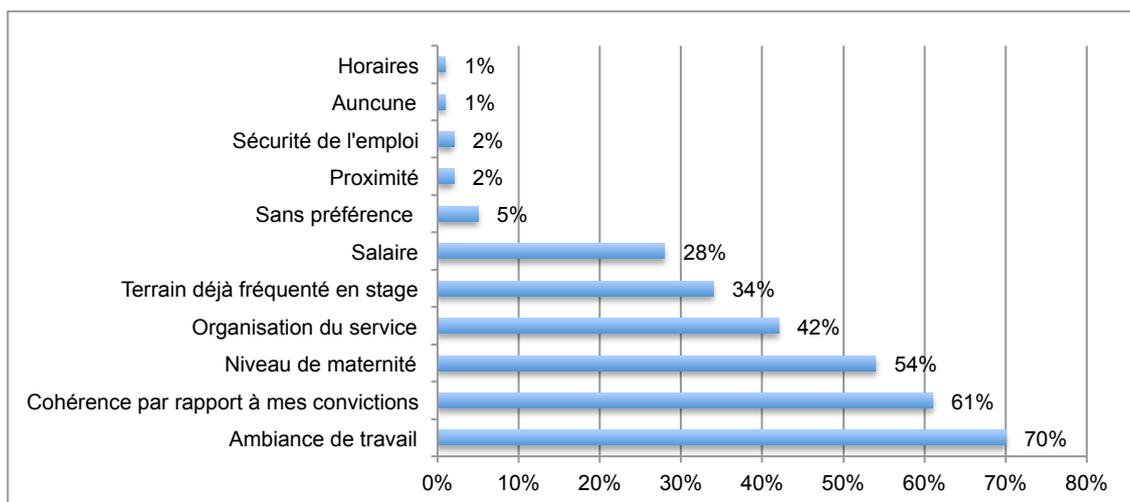


Figure 7, Motivations à accepter un emploi salarié (plusieurs réponses possibles).

La préoccupation principale des jeunes diplômées dans un emploi en termes de fréquence (70%) et de hiérarchisation (1,9 de moyenne en hiérarchisation et écart type minime de 0,9) est l'ambiance de travail. La cohérence par rapport aux convictions personnelles (2 de moyenne au de classement, 0,9 d'écart type) et le niveau de maternité (2,2 de moyenne au classement) sont également des motivations signalées par plus de la moitié d'entre elles (respectivement 61% et 54% de fréquence).

On observe ensuite que l'organisation du service (5^{ème} au classement), le fait que le terrain soit connu en stage (4^{ème} au classement) et le salaire (6^{ème}) sont d'autres points de motivation relativement fréquents.

5 étudiantes n'ont aucune préférence et sont prêtes à accepter n'importe quelle offre.

La majorité des jeunes diplômées souhaitant travailler dans le secteur hospitalier recherche idéalement un niveau 2B, pour travailler dans les principaux services de la maternité (salles de naissance, suites de naissance, consultations et grossesses pathologiques). Elles recherchent avant tout une bonne ambiance et une certaine cohérence avec leurs convictions.

2.2.4 Souhaits d'exercice dans le secteur libéral

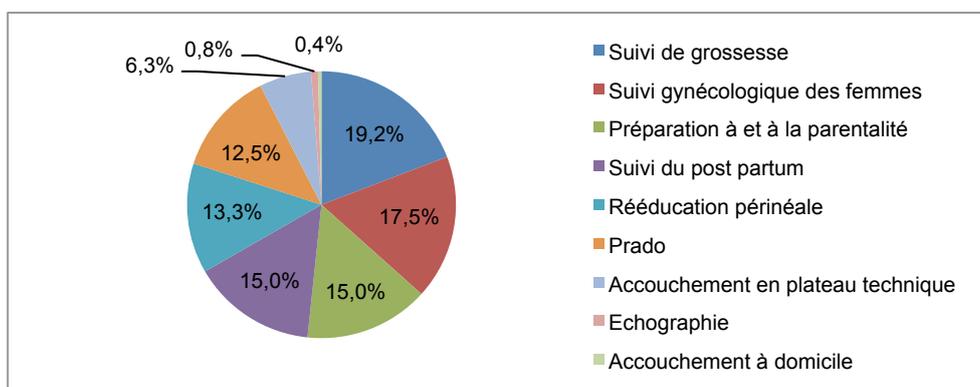


Figure 8, Répartition des activités souhaitées en secteur libéral (plusieurs réponses possibles).

48% des étudiantes se sont senties concernées et ont répondu à la question sur le souhait d'exercer en libéral. Les principales activités recherchées en libéral sont le suivi de grossesse (19,2% des réponses), le suivi gynécologique (17,2%), la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP, 15%), le suivi post natal (15%).

6,3% des réponses, c'est-à-dire 15 étudiantes sur 48 (31%) souhaiteraient réaliser des accouchements en plateau technique, contre 0,4%, c'est-à-dire 1 étudiante sur 48, qui souhaiterait effectuer des accouchements à domicile. L'échographie obstétricale concerne seulement 0,8% des réponses, donc 2 étudiantes sur 48.

On observe que la rééducation périnéale et le PRADO⁸ sont deux activités légèrement moins souhaitées chez les futures sages-femmes libérales (13,3% et 12,5%).

Le suivi de grossesse, le suivi gynécologique, la préparation à la naissance, le suivi post natal, la rééducation du périnée et le PRADO sont les activités principales souhaitées dans l'exercice en libéral. L'échographie obstétricale est très marginalement souhaitée.

2.2.5 *Souhait de formations complémentaires.*

Dans le tableau ci-dessous, plusieurs réponses ont été cochées par sujet, il s'agit donc de la répartition des items au total.

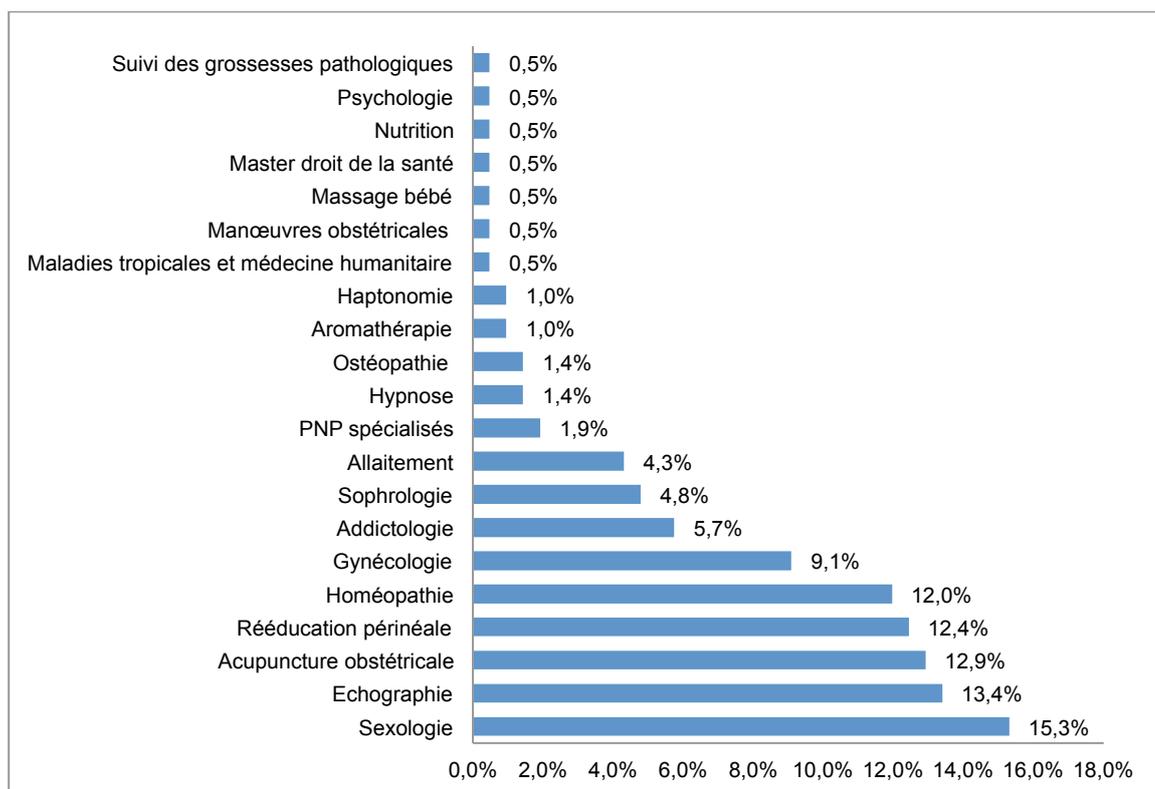


Figure 9, Formations complémentaires désirées (plusieurs réponses possibles).

⁸ PRADO : Programme d'accompagnement du retour à domicile, mis en place par l'assurance maladie en mars 2014

93% des futures diplômées souhaiteraient réaliser des formations complémentaires. En première position, on retrouve la sexologie avec plus d'un tiers d'étudiantes intéressées (34,4% des étudiantes, n=93). L'échographie, l'acupuncture, la rééducation du périnée et l'homéopathie se suivent de très près (respectivement 30%, 29%, 28% et 27% des étudiantes).

La quasi-totalité des étudiantes interrogées souhaiteraient faire des formations complémentaires. Parmi elles, un tiers est intéressé par une formation de sexologie.

2.2.6 Reprise d'un cursus universitaire.

18% (n=100) souhaitent reprendre un cursus universitaire à la suite du diplôme. Cette reprise des études se divise en deux grandes catégories :

- Une **réorientation totale** pour 8 à 9 étudiantes (une hésite entre recherche et réorientation) vers l'enseignement, la santé publique, le droit ou autre. Pour rappel, seules 6 étudiantes avaient parlé de réorientation à la suite du diplôme dans la question sur le projet de carrière.
- Un **complément de formation** pour 9 à 10 d'entre elles à type de :
 - ❖ Master supplémentaire en vue de devenir sage-femme coordinatrice ou sage-femme enseignante (4 étudiantes).
 - ❖ Master de recherche (2 ou 3 étudiantes)
 - ❖ Diplôme d'ostéopathie, master en Fertilité - Méthodes de régulation des naissances... (4 étudiantes)

2.3 La fin des études de sage-femme

2.3.1 Le stage intégré

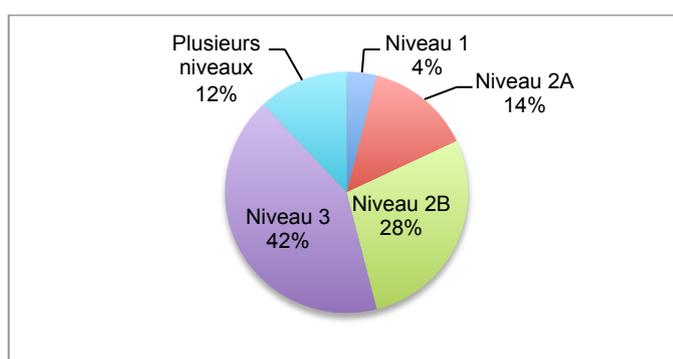


Figure 11, Répartition des niveaux de maternité des stages intégrés.

74% de la population d'étudiantes (n=100) disent avoir choisi leur stage intégré en fonction de leur projet de carrière. Les maternités les plus fréquentées pour le stage intégré sont les maternités de niveau 3 (42%), puis celles de niveaux 2B (28%). 12% effectuent leur stage dans plusieurs maternités de différents niveaux.

2.3.2 Le stage personnalisé

De même, 73% des étudiantes disent avoir choisi leur stage personnalisé en fonction de leur projet de carrière. Cependant, cette question n'est pas exploitable au vu de

l'incompréhension qu'elle a suscitée. Certaines n'ont pas compris la question, d'autres ont confondu avec leur stage intégré ou leurs semaines de choix personnalisé durant le stage intégré et d'autres encore n'ont pas cette option durant leurs stages. On peut néanmoins dire que 12% des étudiantes sont parties à l'étranger durant ce stage.

2.3.3 Principales craintes en tant que jeunes diplômées

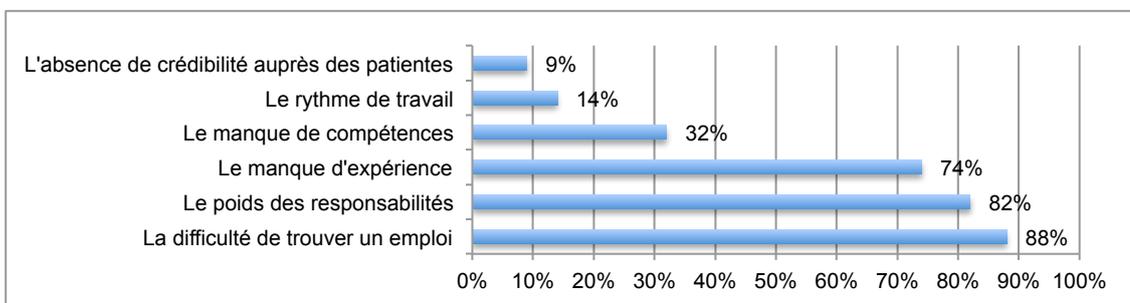


Figure 12, Principales craintes des futures diplômées (plusieurs réponses possibles).

La crainte citée le plus fréquemment chez les futures sages-femmes est la difficulté de trouver un emploi, 88% des étudiantes ayant au moins choisi cet item. Cependant, quand on leur demande de classer les craintes de la plus importante à la moins importante, on retrouve en première position le poids des responsabilités avec une moyenne de classement de 1,9 et un écart type très faible de 0,6. La difficulté de trouver un emploi est cependant en deuxième position avec une moyenne identique mais un écart type légèrement plus élevé à 0,9.

Ensuite vient le manque d'expérience en classement comme en fréquence (2,2 de moyenne et 74% en fréquence), et le manque de compétence (2,9 de moyenne). On remarque que le rythme de travail et le manque de crédibilité auprès des patientes sont des craintes importantes mais non primaires avec respectivement une moyenne de hiérarchie à 3,7 et 4,7.

Nous observons que la peur de ne pas trouver d'emploi est prédominante chez les futures diplômées. Au niveau pratique, les responsabilités et le manque d'expérience sont tout aussi impressionnants pour elles.

2.3.4 Points forts de la formation du point de vue des étudiantes

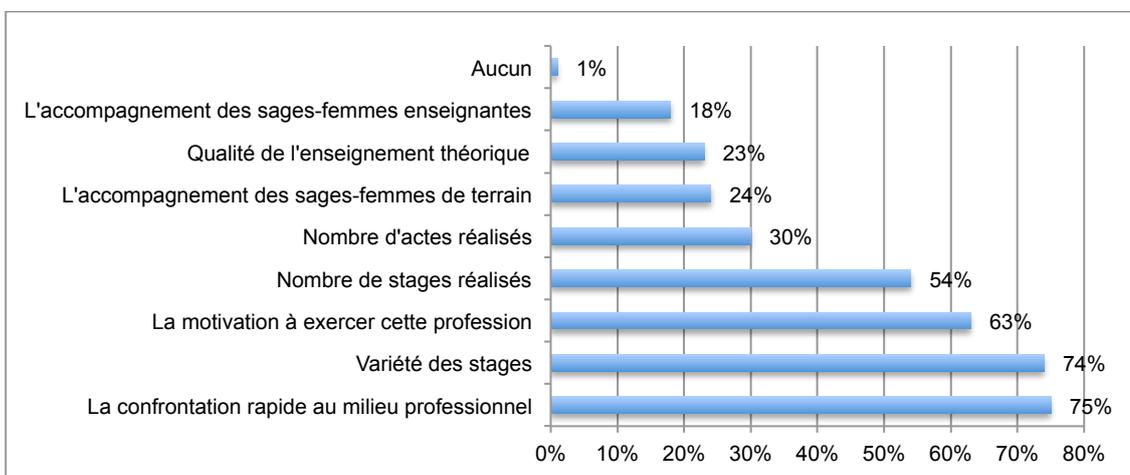


Figure 13, Points forts de la formation de sage-femme du point de vue des étudiantes (plusieurs réponses possibles).

Les principaux points forts de la formation cités le plus fréquemment par les étudiantes sont la confrontation rapide avec le milieu professionnel ainsi que la variété des stages (respectivement 75% et 74% des étudiantes). Au niveau de la hiérarchisation du plus important au moins important, on retrouve en premier la motivation à exercer cette profession avec une moyenne de 2, puis la confrontation rapide avec le milieu professionnel (2,2) suivi de la variété des stages (2,6 de moyenne au classement).

L'accompagnement par les sages-femmes enseignantes, l'enseignement théorique, et l'accompagnement par les sages-femmes de terrain sont moins notifiés : 18%, 23% et 24% et se retrouvent en moyenne autour de la 4^{ème} place au niveau du classement.

On note tout de même qu'un étudiant ne trouve aucun point positif à la formation.

Les étudiantes sages-femmes apprécient particulièrement le contact rapide avec le monde professionnel dans le cadre de leur formation et gratifient peu l'enseignement théorique.

2.3.5 Evaluation de la satisfaction à exercer la profession

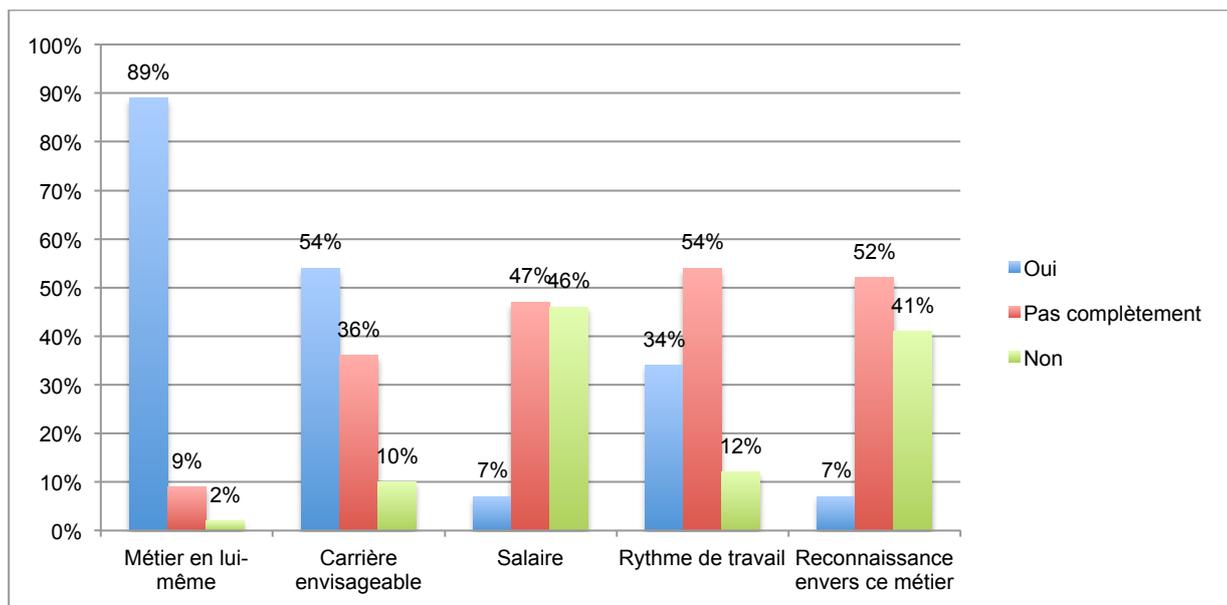


Figure 14, Evaluation de la satisfaction à exercer la profession de sage-femme.

Nous avons souhaité évaluer la satisfaction à exercer la profession de sage-femme en fonction de différents thèmes.

On remarque surtout que la majorité des étudiantes interrogées sont satisfaites du métier en lui-même (89%), mais que seules 7% d'entre elles sont satisfaites du salaire et de la reconnaissance de leur profession. De même pour le rythme de travail, où 66% d'entre elles ne sont pas satisfaites ou pas totalement satisfaites du rythme de travail.

Les futures diplômées sont satisfaites de leur profession à proprement parler mais ne sont pas convaincues des conditions d'exercice de la profession : salaire, rythme de travail, reconnaissance...

2.3.6 Difficultés rencontrées pendant les études

Nous avons demandé aux étudiantes quelles étaient les difficultés rencontrées durant leurs études. Voici les résultats :

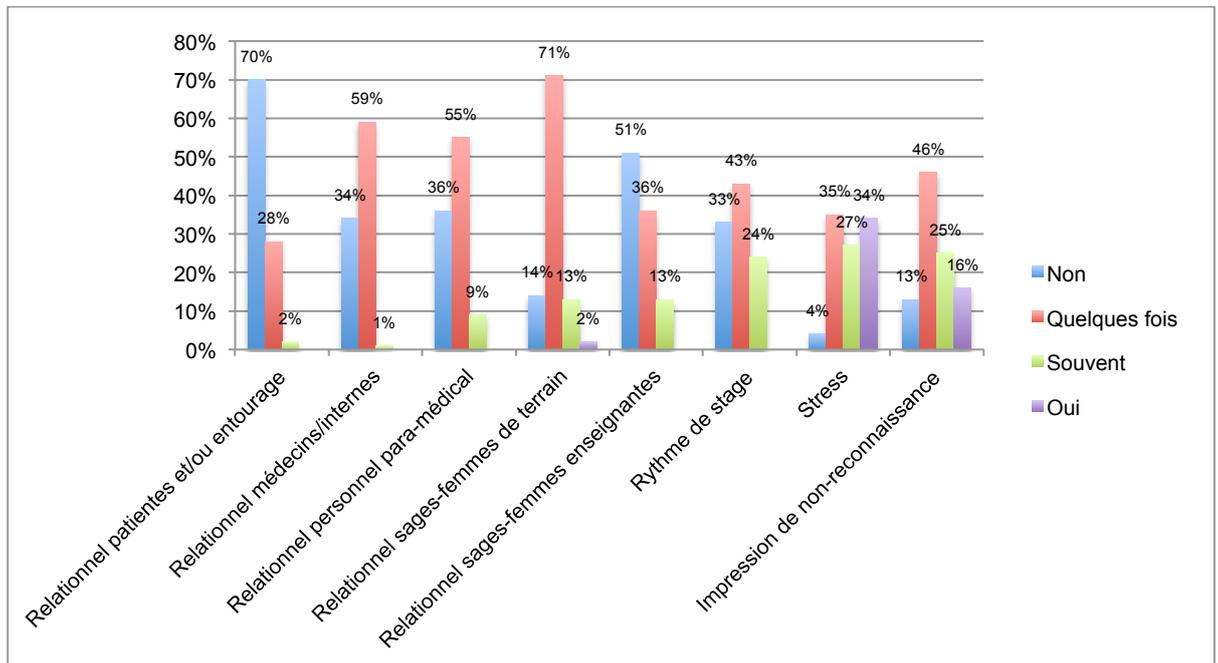


Figure 15, Difficultés ressenties durant les études.

On observe que le stress des stages est la difficulté principale évoquée car 96% l'ont ressenti et identifié comme une difficulté. L'impression de non reconnaissance l'est également, avec 46% qui ont eu cette impression quelques fois, 25% souvent, et 16% en général.

Le relationnel avec les patientes ou l'entourage, les médecins ou les internes pose peu de problèmes ou seulement de manière ponctuelle. Par contre on note que 86% des étudiantes ont eu des relations difficiles avec des sages-femmes de terrain, de quelques fois à souvent.

La principale difficulté des étudiantes provient du stress et de la non-reconnaissance, mais l'on ne peut s'empêcher de remarquer l'importance des difficultés relationnelles avec les sages-femmes de terrain ou enseignantes.

2.4 Relations croisées

2.4.1 Projet de carrière et année de naissance

On catégorise les années de naissance en deux sous-groupes, les étudiantes nées en 1993 et avant, celles nées en 1994 et après. On obtient donc une moyenne de 66% pour la première catégorie et 34% pour la seconde. On simplifie également les réponses du projet de carrière pour permettre de croiser ces données. Nous aurons désormais les catégories :

- « **Hospitalier** », pour les étudiantes souhaitant exercer exclusivement en hospitalier à la sortie du diplôme (40%).

- « **Mixte** », correspondant aux étudiantes souhaitant effectuer des remplacements en hospitalier et en libéral ou autres comme maison de naissance, planning familial, PMI... (54%).
- « **Libéral** », pour celles qui ne souhaitent qu'exercer en libéral, en remplacement ou en installation (6%).

En croisant ces deux types de données, on constate qu'il n'y a pas de différence significative entre le projet de carrière des étudiantes nées en 1993 et moins, et celles nées en 1994 et plus ($p=0,58$).

Il n'y a pas de différence du projet de carrière en fonction de l'âge.

2.4.2 Satisfaction d'exercer et projet de carrière

On garde la même répartition des projets de carrière que précédemment.

On ne retrouve pas de lien significatif entre le projet de carrière et la satisfaction d'exercer cette profession au niveau de la carrière envisageable ($p=0,17$), du salaire ($p=0,21$), du rythme de travail ou de la reconnaissance.

On remarque cependant une éventuelle tendance, à la limite de la significativité ($p=0,08$), des étudiantes à se diriger vers le libéral ou le mixte quand celles-ci ne sont pas satisfaites de la profession en elle-même.

Il n'existe pas de lien probant entre le projet de carrière des futures diplômées sages-femmes et la satisfaction d'exercer cette profession, sauf peut-être une légère tendance au libéral pour les « déçues » de la profession.

2.4.3 Difficultés rencontrées dans la formation et projet de carrière

D'après les tests de Fisher, nous n'observons aucune corrélation significative entre les différentes difficultés rencontrées en stage et au cours de la formation et la direction du projet de carrière.

2.4.4 Evolution du projet de carrière au cours des études

30% des étudiantes annoncent avoir changé de projet par rapport à l'entrée dans les études de sage-femme. Les difficultés les plus rencontrées pour ces étudiantes durant leurs études sont le rythme de travail, le stress et la non-reconnaissance, un peu plus notifiés chez ces 30 étudiantes.

Sur les 30 étudiantes qui ont changé leur projet :

- 9 sont passées d'un projet exclusivement hospitalier à une volonté d'activité mixte principalement par rapport à la difficulté de trouver un emploi, à la « dureté du travail en hospitalier », à l'ambiance, ou à cause d'une méconnaissance du rôle et des activités de la sage-femme libérale.
- 2 souhaitaient ne faire que de l'hospitalier et veulent désormais n'exercer qu'en libéral en découvrant ce type d'exercice qu'elles ne connaissaient pas.

- 6 pensaient s'installer en libéral directement et finalement 4 ne veulent faire que de l'hospitalier, 1 du mixte par peur du manque d'expérience en tant que jeune diplômée. La dernière souhaite se réorienter.
- 9 n'avaient aucune idée de leur projet à la base et l'ont construit au fur et à mesure des stages : cinq se voient en hospitalier uniquement, trois en mixte et une pense se réorienter.
- Parmi les 4 autres, une voulait se réorienter et finalement souhaite exercer en hôpital.

2.4.5 Focus sur des populations particulières

10 étudiantes évoquent la réorientation

Si 6 étudiantes évoquent la réorientation dès la sortie du diplôme, 7 à 8 l'évoquent lors de la question sur la reprise d'un cursus universitaire. Au total, 10 l'évoquent au moins une fois dans le questionnaire. Quel était leur projet à la base ? Pourquoi ont-elles choisi sage-femme ?

- 4 souhaitent ne travailler qu'en hospitalier avant une éventuelle réorientation, une seule uniquement en libéral. Les autres souhaitent essayer plusieurs modes d'exercice avant d'évoquer la réorientation (Hospitalier, libéral, maison de naissance, PMI, planning familial).
- 8 d'entre elles pensent effectuer de nombreuses formations complémentaires.
- 4 d'entre elles signalent que leur projet de départ avant les études n'a pas été modifié.
- Ce qui les effraye le plus sont le poids des responsabilités et le manque de compétences.
- Seules 2 d'entre elles ont choisi sage-femme par défaut à la suite du concours de médecine, sinon elles l'ont toute choisie par intérêt pour la femme et la naissance et/ou parce que les études sont plus courtes que médecine tout en étant une profession médicale. 1 avait choisi cette profession par vocation mais précise qu'elle doit se réorienter pour reprendre une exploitation familiale et aime la profession de sage-femme.
- 3 referaient tout de même le même choix d'études.

21 étudiantes ne referaient pas le même choix d'études

- 5 avaient choisi la profession par défaut à la suite d'un échec en médecine et 6 l'avaient choisie par vocation. Elles évoquent le stress, la pression et le rythme des études, les conditions de travail difficiles pour un salaire et une reconnaissance insuffisants, le manque d'évolution possible quant à la carrière, la surmédicalisation et l'ambiance hostile de l'hôpital.
- 8 parlent fortement de la difficulté des études, et parlent même de « fragilisation psychologique » à cause de ces études.
- Si 7 des étudiantes, qui ne referaient pas le même choix, pensent à la réorientation, les 14 autres vont cependant exercer la profession. 4 souhaitent n'exercer qu'en hôpital, une en libéral ou PMI, et les autres en hôpital, libéral, maison de naissance ou PMI en fonction des opportunités.

S'il y a un certain nombre de « déçues » de la profession, la plupart souhaitent cependant exercer que ce soit un petit peu ou pour une véritable carrière et peu veulent changer de profession, tout du moins pas dans l'immédiat. La sensation de mise à l'épreuve est forte durant les études à travers : *« une grosse pression en stage, voir une certaine maltraitance des stagiaires de la part de certaines sages-femmes. Beaucoup ont abandonné en cours de route, moi j'ai tenu le coup pour les patientes. »* dit l'une d'elles.

3 Analyse et discussion

3.1 Analyse de la démarche de recherche

3.1.1 *Intérêt de l'étude*

De nombreuses publications mettent en évidence les paradoxes et les tensions qui définissent la profession de sage-femme, et abordent la formation (6,7), les mutations (6,8,9) et les représentations sociales de la profession (10) ainsi que l'identité professionnelle (11). Cependant, nous n'avons trouvé à ce jour aucun écrit mettant en lien ces réflexions avec le projet de carrière des jeunes étudiants. Même si plusieurs études, datant souvent de quelques années, s'intéressent au déroulé de carrière, elles ne concernent pas le projet des étudiants en dernière année. Il semble donc particulièrement pertinent, dans le contexte actuel de mutation, de faire le point sur les projections des futurs professionnels.

De plus, on note que le thème et les questions ont fait résonance chez les étudiantes sollicitées car plusieurs d'entre elles nous ont demandé les résultats de l'étude, traduisant sans doute une réelle appréhension face à l'avenir.

3.1.2 *Terrain d'étude*

Nous avons choisi de restreindre notre étude à quelques écoles en raison de la contrainte de temps et de faisabilité. De plus, choisir 8 écoles de sages-femmes au nord de la France permet de garder une certaine unicité géographique. Cette notion géographique est relativement importante à prendre en compte puisque selon le rapport de l'ONDPS de 2016, on note un écart entre le nord et le sud de la France au niveau des densités de sages-femmes pour 1000 naissances (au 01/01/15), et des densités de sages-femmes libérales pour 100 000 naissances (2014). Dans le premier cas, le nord est mieux doté que le sud, et dans le second, nous retrouvons l'inverse (cf. Annexe II). Nous avons également choisi délibérément de ne pas inclure les écoles parisiennes dans l'étude, pour éviter les importantes disparités auxquelles la région parisienne pourrait faire face en termes d'emploi, de stage et d'organisation par rapport à la province.

3.1.3 *Population ciblée*

Nous avons souhaité contacter les étudiants en fin de cursus pour profiter de leur regard global sur la formation et leur évolution au cours des années ainsi que de leur projection pour l'avenir. C'est donc dans cette période de bilan et de choix qu'il nous paraissait intéressant de les interroger.

Si la population ciblée représentait environ un quart de la population générale des étudiants sages-femmes potentiellement diplômés en 2017, le taux de réponses recueillies correspond à un dixième de la population générale (5).

3.1.4 Choix de l'outil : le questionnaire

Nous avons choisi le questionnaire en ligne comme outil car c'est une manière simple et efficace pour recueillir les réponses des étudiants de façon anonyme. Cependant, si le questionnaire nous fait perdre nombre de détails et de nuances, le poids du nombre de réponses permet d'évaluer de manière significative les différents pourcentages quant aux nombreuses possibilités d'exercice. En effet, les entretiens auraient pu être plus qualitatifs, mais le petit effectif de l'échantillon ne nous aurait pas permis de cerner la totalité des projets de carrière.

Un mail, avec le lien ainsi qu'une lettre explicative, a été envoyé aux différentes directrices et celles-ci ont accepté de le transmettre à la promotion de dernière année. Notons qu'il aurait été éventuellement possible de recevoir plus de réponses aux questionnaires en passant par les boîtes mails personnelles ou encore par des sites tels que Facebook pour sensibiliser encore plus les étudiants à répondre. Le taux réponse reste malgré tout correct avec 40,5% de réponses.

3.1.5 Limites de l'étude

On note premièrement le fait que seules des étudiantes ont répondu. La profession s'est ouverte aux hommes en 1982 et ils étaient environ 1,8% des sages-femmes en activité en 2010. (12) L'absence d'étudiants masculins dans notre échantillon peut-être soit en lien avec l'aspect genré de la profession, soit les étudiants n'ont pas souhaité s'exprimer sur ce sujet. Il aurait pourtant été intéressant de vérifier ou infirmer une différence significative de projet de carrière en fonction du sexe.

De plus, certaines questions ont été mal comprises ou mal complétées à l'exemple de la question concernant le stage personnalisé au cours du master, sans doute en raison d'appellation variable d'une école à l'autre. Ces incompréhensions atténuent la fiabilité de certains résultats. De même, l'exploitation des réponses aux questions à choix multiples s'est avérée parfois délicate donnant une impression de flou. A contrario, des précisions, comme le fait d'être primant ou doublant en ce qui concerne la PACES..., auraient pu nous aider à approfondir notre analyse.

3.2 Le choix des études

3.2.1 Choix et représentations de la profession

Avant d'analyser le projet de carrière des étudiants sages-femmes, il semble logique de s'intéresser aux raisons qui les ont poussés à faire ce choix d'étude. Ainsi, 42% des étudiantes disent avoir choisi sage-femme par « vocation ». Bien que ce terme soit ancien, d'origine biblique, il est encore couramment utilisé en matière d'orientation professionnelle, surtout pour les métiers destinés à autrui. Il représente un « *mouvement engageant toute la vie affective et*

intellectuelle, qui porte quelqu'un à choisir une certaine profession »⁹. Ce choix dépend entre autre, de la représentation sociale attachée à cette profession, définie comme « *une forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social* » selon JODELET (14).

Pour les étudiantes interrogées c'est le côté *relationnel* qui est cité en premier. Deux tiers des étudiantes sages-femmes ont été motivées par cette profession par intérêt pour la femme et la naissance. L'**accompagnement**, l'**écoute**, la **relation particulière de soutien** qui unit la sage-femme et la patiente, l'**espace intime** de la naissance sont des thèmes bien spécifiques des attributs de la sage-femme.

Ensuite, une forte importance est donnée au statut de *profession médicale* (40% des étudiantes). La **responsabilité**, le droit de **prescription**, l'**autonomie professionnelle**, la **démarche médicale** font effectivement partie des compétences principales des sages-femmes (15).

En outre, la thématique du *milieu hospitalier* avec tout ce qu'il sous-entend, comme l'**urgence**, la **diversité** des services et des activités, le **travail en équipe**, la **technique**, est un autre facteur motivant pour un quart d'entre elles. A l'inverse, l'installation en libéral et la notion d'indépendance sont des perspectives alléchantes pour 6% d'entre elles.

Pour celles qui hésitaient avec médecine, la **durée modérée** et deux fois plus courte des études a été prépondérante pour 20 d'entre elles. D'après ROUX (15), on peut ajouter que le fait que ces études soient **professionnalisantes** avec cette alternance stage-cours, ainsi que la chance de s'occuper d'une « **population privilégiée** de femmes jeunes et en bonne santé » sont également des raisons évoquées par les jeunes étudiantes en début de cursus. L'influence des proches semble marginale (4%) et peut-être peu conscientisée : les catégories socio-professionnelles des parents des étudiants sages-femmes suivent celles de la population générale selon LATEYRIE (11).

Si certains choisissent ce métier « par vocation », d'autres le choisissent « par défaut » et ce, malgré le choix de la filière maïeutique effectué au cours de la PACES comme l'a montré CHARRIER (16). 15% annoncent avoir choisi les études de sage-femme à la suite d'un échec du concours d'entrée en médecine : il s'agit sans doute d'étudiantes ayant redoublé la première année du cursus.

Ces choix par défaut, ou par comparaison avec médecine amènent une problématique liée au choix des études : la méconnaissance du métier concret de sage-femme. En effet, le mot de « sage-femme », « *fait d'emblée appel à quelque chose de familier, mais en même temps à quelque chose de vague et d'imprécis* » comme le constate SCHALK (17). Finalement peu d'étudiants connaissent vraiment le « plus beau métier du monde » lors de leur orientation, et cela, jusqu'aux bancs de médecine puisque MACIEJEWSKI et LEYMARIE (11,18) ont

⁹ Grand Larousse de la langue française, 1989, cité par DANVERS .F (2009) S'orienter dans la vie : une valeur suprême (13).

démontré que seulement 35% des étudiants sages-femmes connaissaient le contenu théorique des études et 23,5% le contenu clinique au moment de la validation de leur choix. Mais malgré ces choix « par défaut », seul un tiers semble regretter cette décision.

On note donc que la question de la « vocation sage-femme » est toujours constante et d'actualité (20% de fréquence chez toutes les générations pour CHARRIER (16)). Cependant la méconnaissance de la profession chez les lycéens, y compris ceux se destinant à des professions de santé reste une problématique. La campagne d'information, diligentée par le ministère de la Santé et destinée au grand public sur le rôle de la sage-femme, va peut-être à terme avoir des effets positifs sur l'orientation. Il sera par contre toujours important d'informer sur la filière dès le niveau secondaire et encore plus lors de l'année du concours de l'accès aux filières même si à cette période, le choix est encore bien souvent indéterminé et les étudiants concentrés sur la simple réussite du concours (19).

3.2.2 La réforme de PACES

Depuis 2001, l'admission en école de sage-femme se fait en fonction du classement en rang utile (selon le numérus clausus) à l'issue de la première année en faculté de médecine. Même si, presque 10 ans plus tard, une nouvelle réforme s'impose à la suite des recommandations européennes de Bologne et des réformes des professions médicales, la remise en question du choix des nouveaux étudiants demeure : « *Voulaistu vraiment faire sage-femme ? ... ou médecine ?* » (7,20).

La PACES permet d'inscrire les 3 formations médicales et pharmacie dans le format LMD (Licence, Master, Doctorat) et ainsi favoriser la réorientation en cas d'échec au concours grâce aux crédits ECTS valables et reconnus dans l'ensemble des formations universitaires européennes (21). Cette universitarisation de la formation des sages-femmes va dans le sens des revendications de celles-ci, déjà par la reconnaissance du niveau Master 2 (Bac+5) de la formation, longtemps demeurée sans grade universitaire (3).

Théoriquement, cela permettrait aussi aux sages-femmes de continuer leur cursus universitaire jusqu'au doctorat. Selon notre étude, seule une dizaine d'étudiantes souhaiteraient reprendre un cursus universitaire pour poursuivre la formation, et parmi elles, seules deux ou trois seraient éventuellement intéressées par la recherche. De plus, il n'existe pas encore à ce jour de filière de recherche en maïeutique. Pour effectuer un doctorat il faut donc choisir une autre discipline, à contrario d'autres pays européens. Les étudiantes interrogées semblent attendre de ce cursus universitaire, tout du moins dans l'immédiat, plutôt l'espoir d'une reconnaissance salariale et sociale que l'accès à la recherche.

Si l'on s'arrête maintenant sur les caractéristiques des étudiantes en maïeutique, la moyenne d'âge en 5^{ème} et dernière année est de 22,9 ans. C'est une population très jeune, et seules 6% ont plus de 2 ans de « retard » sur le cursus général. La formation de sage-femme est essentiellement une formation de première intention, post-bac, bien qu'en théorie des passerelles soient possibles entre diplômes universitaires équivalents, mais ces éventuelles réorientations restent marginales. Une chose nous frappe cependant, c'est le pourcentage d'étudiantes nées en 1993 (49%), c'est à dire avec un an de « retard » au moment du diplôme

(on prend comme référence le passage du baccalauréat l'année des 18 ans). Dans notre questionnaire, nous ne leur avons pas demandé si elles avaient passé la PACES en un ou deux ans mais selon la DREES, seul 20% des nouveaux étudiants sont primants¹⁰ (7). Malgré cette forte proportion de redoublement en première année, l'ONDPS observe également ce rajeunissement depuis une vingtaine d'année, puisque la moyenne d'âge était de 25,8 ans à l'obtention du diplôme en 1991-1995, passant aujourd'hui à 23,5 ans au niveau national (22). La difficulté certaine d'accès aux études de sages-femmes nécessite à priori motivation et intérêt pour le monde médical. Ce mode d'intégration de la formation à la filière médicale revalorise les études et a permis de proposer de manière plus naturelle cette formation aux hommes.

Cependant, le métier de sage-femme reste un métier doublement sexué. Il l'est d'abord par la population à laquelle il s'adresse, les femmes, mais aussi par les professionnels qui l'exercent, majoritairement féminins. Cette double inclinaison sous-entend la problématique du genre. Comme le dit GANTOIS (19) : « *ILS sont plus sensibles à une réussite socio-économique, ELLES seront plus vouées à l'empathie et à un travail collectif avec une moindre rémunération que les hommes* » et la profession de sage-femme semble appeler des « *qualités féminines* »... Cela renvoie aux représentations sociales alliant de fait sages-femmes et femmes, ainsi qu'aux processus d'orientation des jeunes vers telle ou telle profession mais cela n'est pas le sujet de notre étude.

Ainsi, nous pouvons conclure que les « vocations » sont nombreuses parmi les étudiantes, et quelques fois étudiants, mais la motivation à travailler dans le milieu médical est mise à rude épreuve par la sélection exigeante de la première année. Ainsi seuls ceux ayant réussis à passer le barrage de la PACES, peuvent continuer à découvrir un peu plus la profession.

3.3 Le temps des études

3.3.1 **L'organisation des études**

La formation de sage-femme est organisée en 2 cycles. Le premier, comprenant 6 semestres dont les deux premiers en PACES, met l'accent sur la physiologie et vise à donner aux étudiants une maîtrise de l'obstétrique normale. Le second cycle se concentre sur la pathologie, les situations à risques, et l'autonomie dans la pratique professionnelle. Au total, les études comportent 51 semaines d'enseignement théorique et 105 semaines de stage dont un semestre à temps plein (intégré ou préprofessionnel) au cours de la dernière année. L'obtention du diplôme d'état (grade master 2) est sanctionnée par la validation du stage intégré, d'un mémoire, et du certificat de synthèse clinique et thérapeutique¹¹ (CSCT) (7,23).

¹⁰ Primant : étudiant intégrant une des 5 filières proposées à la fin de la PACES dès la première année, a contrario des « carrés » qui intègrent une de ces filières à l'issue de leur deuxième PACES.

¹¹ Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme, Chapitre II, Article 17.

On observe la grande supériorité des périodes de stages par rapport aux enseignements théoriques surtout au cours du master. La formation de sage-femme est donc avant tout, professionnalisante. Pour SOREL (24) :

La professionnalisation correspond à une intention énoncée de rapprocher les personnes et des situations de travail, en vue de permettre le développement articulé des compétences et des processus d'actions spécifiques aux situations de travail concernées - plan de la transformation des savoirs et des savoir-faire -, l'enjeu étant la mise en place d'une professionnalité dont l'attribution requiert des mises en reconnaissance de la part des individus, des collectifs ou des organisations.

La professionnalisation est la confrontation entre le savoir théorique et la pratique, la mise en œuvre des acquis théoriques en situation professionnelle. C'est un moyen efficace d'apprendre sous la tutelle d'une personne expérimentée, de contextualiser des savoirs acquis, et de réaliser des actions professionnelles avec une forte probabilité de réussite (niveau adapté, encadrement, accompagnement, ...) (25–27). La reconnaissance de ces aptitudes est appuyée par l'obtention du diplôme.

Pour ce qui est des sages-femmes, l'aide à la socialisation professionnelle se fait tant par les sages-femmes expérimentées que par les médecins (6). En sus des capacités techniques, des démarches médicales enseignées et des savoirs expérientiels, la formation a pour but d'insuffler les valeurs inhérentes à la profession à savoir la rigueur, le respect et l'engagement auprès des femmes selon les sages-femmes enseignantes interrogées par BROUSSAL (28).

Mais l'inculcation de l'identité professionnelle par la professionnalisation est-elle appréciée chez les étudiants sages-femmes ?

3.3.2 Les points forts de la formation

Trois quarts des étudiantes pensent effectivement que la confrontation rapide avec le milieu professionnel et la variété des stages sont les véritables atouts de la formation. Etant un métier clinique, la pratique est indispensable pour apprendre à agir et réagir. Ainsi, au fur et à mesure de la formation, la répétition des actes permet d'alléger la charge mentale, et accroît l'efficacité et la disponibilité (28). Cependant il faut faire attention en acquérant cette routine, de ne pas banaliser des actes qui demandent une attention particulière et mettent en jeu une véritable responsabilité.

En outre, cette évolution rapide des acquis et des objectifs durant les stages stimule la motivation à exercer des étudiantes, ce qui est le point le plus important pour elles (1^{ère} place au classement). Il semble que le fait d'être sur le terrain leur donne plus envie d'apprendre, de progresser que la théorie.

Enfin, les étudiantes approuvent le fait de varier les stages et les lieux de stages, car cela semble leur donner une expérience supplémentaire et la possibilité de se forger leur propre opinion par rapport aux différentes organisations et protocoles rencontrés. Cela leur permet aussi de développer leur capacité d'adaptation et de rencontrer le maximum de situations

susceptibles de se présenter lors de leur carrière. On retrouve ainsi la notion de compétence « improvisation située et efficiente » (29) allant bien au-delà des savoirs théoriques mais mettant en œuvre des savoirs informels, transmis par le professionnel expérimenté. Pourtant, il semblerait que ce ne soit pas tant la quantité d'actes réalisés (30% des réponses) qui serait importante. Serait-ce donc la qualité ? Et cette qualité d'apprentissage des actes ne serait-elle pas régie par la qualité d'accompagnement des sages-femmes de terrain ? En effet, selon PIOT (30) : « toute situation pédagogique implique une activité de communication adaptée incluant des ajustements dans la qualité du message délivré, dans les interactions entre les acteurs concernés ». Mais seulement un quart des étudiantes considèrent cet accompagnement comme un point fort dans la formation. Cela nous pose question, et l'on se demande pourquoi ce compagnonnage est à peine gratifié et même vécu comme une difficulté pour 86 d'entre elles.

3.3.3 Les difficultés rencontrées

La totalité des étudiants ont éprouvé des difficultés durant les études. Ces difficultés sont celles liées au stress (96% des étudiants) et à la non-reconnaissance de leur statut (87%). Cette dernière impression peut se définir sur deux plans. D'abord, les étudiants peuvent se sentir non-reconnus dans leur future profession, au niveau de la société, d'où la forte mobilisation des écoles auprès des sages-femmes lors de la grève de 2013 et des deux « marche des sages-femmes » le 7 novembre et le 16 décembre 2013. Durant cette grève de plus d'un an, les sages-femmes ont demandé des réponses quant à la reconnaissance statutaire des sages-femmes hospitalières, la réassurance de la place des sages-femmes comme acteurs de premiers recours, l'évaluation des décrets de périnatalité, la formation des sages-femmes et la recherche en maïeutique. Des mesures ont été prises mais toujours en deçà des revendications. Sur un deuxième plan, les étudiants peuvent aussi se sentir niés dans leur statut même d'étudiants. Les expressions comme « être la petite main », « l'éponge du service » retrouvées dans l'espace d'expression libre, traduisent une certaine colère et frustration ressenties sur les terrains de stages.

Cela nous renvoie donc à la notion « d'encadrement » par les sages-femmes de terrain. Ainsi, seul un quart des étudiants n'ont pas éprouvé de difficultés relationnelles avec leurs futures consœurs, résultat cohérent avec l'unique quart ayant identifié ces mêmes sages-femmes comme élément positif de la formation. Les difficultés sont donc nombreuses au niveau de l'encadrement sur le terrain tant pour les étudiants que pour les professionnelles ! En effet, celles-ci signalent dans l'étude de DESNOYER (26) que l'accompagnement des étudiants est une difficulté pour la plupart d'entre elles (88,5%). Les raisons invoquées sont le manque de temps principalement (66%), le manque d'outils pédagogiques (18%), le nombre élevé d'étudiants (9%), le caractère de l'étudiant (7%), ou encore le manque d'expérience (5,5%). Dans FLENGHI (31) les professionnels de Nancy ont signalés le sureffectif et le turnover trop important des étudiants en stage entraînant une lassitude chez les professionnels, ainsi que la méconnaissance des acquis et des objectifs des étudiants. De plus, ils évoquent leur propre manque de connaissance conceptuelle de la pédagogie. Les relations étudiantes-sages-femmes ne semblent pas plus aisées au sein de la structure de formation. La moitié des

étudiantes ont éprouvé des difficultés avec les sages-femmes enseignantes qui pourtant possèdent normalement les compétences pédagogiques et la disponibilité... Effet générationnel peut-être, VAAST (32) rapportant selon une étude menée auprès d'enseignants en maïeutique, que « *globalement les étudiants sont considérés comme moins autonomes que par le passé.... Mais est-ce comparable ? la situation sociale, les modalités d'études ont considérablement évoluées et les jeunes adultes des années 2010 baignent dans un environnement totalement différent de celui de leurs aînés qui dans bien des cas ont l'âge de leurs parents* ».

Ces constatations, tendent à prouver que l'acquisition de savoirs professionnels demeure complexe car abordant de nombreuses dimensions (33) :

- Une dimension théorique, résultant d'un processus de construction et de conception de savoirs ou même d'une théorie de l'action.
- Une dimension pratique permettant de construire un agir, révélateur de la théorie, acquise en stage.
- Une dimension empirique constituant la finalité de l'action, et se constituant en dehors d'elle.

De plus ces différentes dimensions doivent être articulées entre elles, rôle essentiel des professionnels-enseignants. Cependant les effets de l'alternance ne sont pas systématiquement positifs comme le constate COHEN- SCALI (34) et « *seraient finalement assez aléatoires. Ils dépendent de la qualité de l'accueil et de l'intégration (sur le terrain de stage) mais également des aptitudes individuelles à établir des liens, à construire des ponts entre les différents espaces de formation* ».

Autre difficulté importante, le rythme soutenu des stages. Toujours selon FLENGHI (31), les étudiants sages-femmes se sentent en décalage avec les autres jeunes de leur âge de par leur rythme de vie, leurs responsabilités et leur immersion rapide dans le monde professionnel. La densité de la formation semble influencer sur leur vie personnelle. Dans ABENSUR et CHEVALIER (20), 75% des étudiants considèrent que la formation suivie a une influence sur leur vie de couple ou son absence, et seul 56,7% ont une activité « extrascolaire » en raison des emplois du temps. Par contre CHARRIER (16) affirme qu'une fois diplômées, plus de trois quarts des sages-femmes vivent en couple, ce qui est plus que le reste de la population générale.

Nos résultats sont en concordance avec les observations de ROUX (15) rapportant les déceptions des étudiants : l'ambiance trop féminine, l'irrégularité de l'emploi du temps, nuits comme weekends, la rémunération faible. Le rythme difficile des études, le sentiment de non-reconnaissance, l'ambiance hospitalière contribuent à une fatigue physique et psychologique, les étudiants voyant souvent la fin des études comme un soulagement (31).

3.3.4 Bilan des études

Ce ressenti, en partie négatif, peut expliquer que 21% des étudiantes annoncent qu'elles ne referaient pas le même choix d'études. Parmi ces 21 étudiantes, 6 avaient choisi sage-femme par « vocation », leur déception se rapportant à la manière d'exercer la profession,

tant sur le versant de la « surmédicalisation », que sur celui des conditions d'exercice, de la reconnaissance, du salaire, du rythme de vie et du stress. Et pourtant, la seule étudiante ayant choisi sage-femme par vocation et envisageant une réorientation le fait par obligation familiale en raison de la reprise d'une exploitation agricole. Nous sommes donc devant un paradoxe qui amène à deux réflexions :

La première c'est que si tant d'étudiants sont déçus ou surpris des conditions d'exercice ou du métier, c'est peut-être que celui-ci est idéalisé. Comme évoqué précédemment, la profession de sage-femme est souvent associée au « monde du beau », la naissance, la joie, l'accompagnement indéfectible et disponible pour les parturientes en alliant responsabilité, autonomie et esprit d'équipe ! Que demander de plus ? La réalité. En effet il y a une différence entre l'apprentissage des techniques inhérentes au métier de sage-femme et le devenir sage-femme, entre le faire et le penser ; « *il ne faut pas confondre les représentations identitaires et l'apprentissage de pratiques alors que ces représentations concourent à la gestion de ces apprentissages* » (32). La formation en alternance permet la confrontation entre un modèle idéal et un modèle pratique, l'ajustement entre l'idée que l'on se fait de son avenir, le réel et le possible. Cette socialisation professionnelle suit les étapes décrites par HUGUES dans DUBAR (35) à savoir notamment: « *Le passage à travers le miroir* » : l'immersion dans la culture professionnelle avec une image du métier (normes, règles, valeurs) pouvant entrer en conflit avec l'image de soi dans ce métier. Il faut en quelques sortes renoncer aux stéréotypes professionnels. De plus cette transposition intervient chez un sujet se situant entre détermination sociale et adolescence, avec un statut, plutôt qu'une identité, d'étudiant qui dans le cas de l'étudiant sage-femme aura été confronté lors de la PACES à une multitude de « soi possible », à éventuellement un renoncement ou à un projet identitaire rêvé.

La seconde, c'est que le contexte d'une société en perpétuelle évolution, et plus particulièrement dans le monde de la Santé, espace extrêmement complexe, n'est en rien rassurant. Le monde hospitalier parfois « sans pitié », les contraintes de temps, d'argent, de réglementation, le rythme, la cadence, sont autant d'entraves à l'accompagnement rêvé de la femme enceinte. Pourtant, on observe aussi une sorte de force de combat intarissable chez les étudiantes et les professionnelles. Malgré ces contraintes, malgré ces difficultés vécues chez quasiment la totalité des étudiantes, peu redoublent ou se réorientent. Dans notre étude, seules 10 jeunes filles parlent d'une réorientation à la sortie du diplôme ou au cours de leur carrière. Cependant, ces étudiantes évoquent cette possibilité sans en être certaine pour la plupart, voulant exercer avant de prendre une décision. Si la DREES déclare qu'il y a 8% de déperdition entre le nombre de diplômés et le nombre de primo-inscrits en 2^{ème} année de licence, cela ne se vérifie pas puisqu'en comparant le numerus clausus de 2012 des écoles que nous avons interrogées et le nombre d'étudiants dans les promotions de 5^{ème} année, nous constatons un certain équilibre (NC total = 242 élèves, et total des 5^{ème} année = 240 étudiants) (5,36). On suppose que les promotions s'équilibrent entre les redoublements, les abandons, les années de césure... Toujours selon la DREES, en 2007, seuls 2,5% des étudiants étaient des redoublants, et 82% des étudiants entrés quatre ans plus tôt obtenaient leur diplôme (7).

Les difficultés et découragements sont nombreux au cours de la formation professionnelle de sage-femme, mais peu se décident à abandonner, preuve de la force du choix initial, de la motivation, de l'espoir. En effet, les tensions qui résultent de cette professionnalisation, socialisation secondaire, peuvent être alors soit un stimulant puissant soit un frein dans un contexte émotionnel fort. « *L'implication d'un sujet en formation serait d'autant plus forte que celui-ci perçoit que la formation peut contribuer à la réalisation de buts identitaires importants pour lui, comme l'accomplissement d'une image positive de soi visée, ou l'évitement d'une image négative de soi menaçante* » (37).

Les étudiants espèrent que cela sera différent une fois diplômés, que cela peut changer, bouger. MICHEAU et ALLIOT (38) déclarent :

Chez les jeunes, la motivation est grande pour exercer un métier souvent vocationnel. Mais l'insécurité du parcours d'insertion et ce que cela induit dans l'expérience professionnelle peuvent entamer cette motivation. « Je ne veux pas changer de métier, j'aime trop ce que je fais, je ne suis pas suffisamment découragée » dit une jeune diplômée. Mais il faut quand même entendre que le découragement n'est pas loin.

3.4 Contexte à la sortie des études

3.4.1 *L'augmentation des effectifs*

Abordons maintenant le contexte actuel de la profession en commençant par les effectifs des sages-femmes en activité. Selon le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes, on comptait 21 701 sages-femmes en activité fin 2014 (4). Les effectifs de sages-femmes ont augmenté de +70% depuis ces vingt dernières années, dont 26% au cours des dix dernières années. Cette croissance est expliquée par l'augmentation régulière du numerus clausus entre 1990 et 2010 avec en parallèle une augmentation plus modérée du nombre de naissance (+ 11% de 1994 à 2014), ainsi qu'une diminution de 3% du nombre de femmes en âge de procréer (39). De plus, on prévoit une baisse de 1,4% des femmes en âge de procréer entre 2011 et 2030, ainsi qu'une baisse du nombre de naissances par sage-femme sur cette même période (de 44 à 35 naissances par sage-femme). Cet écart entre l'effectif de sages-femmes et le nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans, ou le nombre de naissances, tend à s'amplifier au cours de ces quinze prochaines années. Cela laisse entendre un déplacement de l'activité des sages-femmes, vers la gynécologie, le nombre de gynécologues-obstétriciens devant diminuer de 6% sur ce même intervalle de temps (36) (cf. Annexe III).

En outre, la réforme des retraites de 2010 (reculant l'âge de la retraite de toutes les sages-femmes de deux ans) et la suppression de la possibilité de partir à la retraite après 15 ans d'expérience et 3 enfants dans le secteur public, sont également des facteurs d'augmentation de l'effectif des sages-femmes françaises, le tout dans un contexte de restrictions budgétaires des établissements de santé.

L'évolution du marché du travail amène l'ONDPS (39) à conclure récemment :

A numerus clausus des sages-femmes et postes d'internat en gynécologie médicale inchangés par rapport à 2015, il y aura in fine, à l'horizon 2030, une perte

de 1733 gynécologues médicaux et un surplus de 3924 sages-femmes libérales hors établissements. Dans le cas improbable où toutes les sages-femmes libérales auraient une activité exclusivement gynécologique, il resterait encore un surplus de 2 191 sages-femmes dont l'activité pourrait difficilement être dévolue à la périnatalité compte tenu des projections de naissance.

A noter que ce même ONDPS (40) en 2004 signalait une pénurie des sages-femmes !

3.4.2 Une insertion professionnelle devenue une épreuve (38)

Cet inversement de tendance en 10 ans est bien perçu, puisque d'après notre étude, la principale crainte des futures diplômées sages-femmes est, avec le poids des responsabilités, celle de ne pas trouver d'emploi. 88% d'entre elles ont relevé cet item. Les jeunes diplômées sont confrontées à la restructuration progressive des établissements avec les contraintes budgétaires et la meilleure répartition des rôles entre la ville et l'hôpital appelle de plus en plus aux soins ambulatoires. En réponse à cet appel, le secteur libéral s'est développé avec notamment le Prado, la diminution des gynécologues médicaux, les compétences des sages-femmes progressivement mieux connues par les femmes. Le nombre de sages-femmes libérales a augmenté alors de manière spectaculaire avec une hausse de 7% de 2000 à 2010 et de 11% ces 5 dernières années. Il devrait encore doubler d'ici 2030. (4) Cependant, devant cette expansion répartie géographiquement de manière très inégale, l'Etat a plus ou moins tenté de réguler ces installations en définissant des zones de « sans sages-femmes » à « sur-dotées » et en mettant en place une limitation de l'installation ou a contrario des contrats incitatifs en fonction de zones. Il convient de mieux réguler et organiser dès à présent cette mutation très importante faute de quoi se développeront les « *conséquences néfastes d'une offre de soins libérale excédentaire : concurrence, course aux volumes d'actes, dégradation de la qualité des prises en charges et de la qualité des emplois en temps de travail et en revenus* » (3).

En outre, l'emploi salarié reste une préférence pour notre population et les sages-femmes en général (70,5% des sages-femmes actives en 2014). Mais l'état stationnaire du recrutement en hospitalier ne permet plus aux jeunes diplômées de trouver un emploi stable de type CDI à la sortie du diplôme. L'emploi des sages-femmes en établissement hospitalier ne recule pas, mais c'est la nature des emplois qui a radicalement changé. Le recrutement en établissement de santé se fait désormais essentiellement sous la forme de CDD comme dans de nombreuses branches salariales (41). La part de salariés en CDD est passée de 11,8% à 14,2% de 2009 à 2012. Selon l'enquête réalisée en 2009 de CHARRIER (16), trois sages-femmes sur quatre ayant moins de quinze ans d'ancienneté ont débuté leur carrière avec un CDD, contre moins d'une sage-femme sur deux ayant plus de vingt-cinq ans d'expérience. Cette précarité pour accéder à l'emploi salarié oblige à penser plus rapidement au libéral, à la sortie du diplôme ou après une expérience hospitalière courte. En effet, l'exercice en libéral avant l'âge de 30 ans est passé de 4% en 2011 à 11% en 2014.

Aujourd'hui le caractère très précaire des CDD proposés prédomine. En effet, les établissements eux-mêmes ont très peu de visibilité sur l'emploi et ne peuvent prévoir les

futures embauches. Les temps de remplacements proposés sont courts (souvent un mois ou deux), et il n'est pas rare qu'une sage-femme apprenne que son CDD soit prolongé en découvrant son nom sur le planning du mois prochain d'après le rapport de MICHEAU et ALLIOT (42). Il faut donc en permanence rechercher un nouvel emploi, dans l'incertitude d'une prolongation. La précarisation des emplois a des conséquences évidentes sur le travail et possiblement sur la qualité des soins. Les équipes sont moins soudées en raison d'un grand turnover, et certaines ont des rythmes peu raisonnables car elles cumulent parfois des gardes dans plusieurs maternités pour parvenir à un temps plein. De même, on demande donc aux professionnelles en CDD une disponibilité et une docilité extrême sous peine de se voir bien vite remplacées (38). Le contrat « à la garde » se multiplie pour répondre à un besoin immédiat, sans l'assurance d'un temps plein ou même d'un mi-temps (42).

On imagine alors toutes les conséquences sur la vie personnelle en lien avec cette difficile accession à un emploi stable : le planning changeant, l'absence de salaire fixe, de garantie de revenus pour un prêt bancaire, la grossesse étant même un motif de non-renouvellement de CDD...

Nous sommes donc face à une dualité entre les sages-femmes ayant un emploi stable, et les nouvelles entrantes ou les sages-femmes qui changent de région qui doivent faire preuve d'une très grande adaptabilité devant la précarité de l'emploi. Cet énorme investissement et cette incertitude pour trouver « emploi après emploi » inquiètent énormément les futures diplômées.

3.4.3 Dégradation des conditions de travail

L'ONDPS (40) affirme que 48,5% des sages-femmes estiment que les conditions de travail se sont dégradées. Ce pourcentage est d'autant plus élevé que le niveau de la maternité croît (jusque 59,7% en niveau 3), et il diminue dans les secteurs extrahospitalier (31% en PMI et 26% en libéral). MIDY (9) dans son étude en 2005, a décrit les aspects les plus négatifs de la profession. On retrouve en premier la charge administrative (80% des sages-femmes), la charge de travail, le niveau de rémunération, le manque de reconnaissance professionnelle et le fait de ne pas pouvoir répondre aux attentes des patientes par manque de temps, ou de possibilité. Malgré une variabilité en fonction du lieu d'exercice, on observe néanmoins que le rythme de travail est un point très peu cité (moins de 10%). Ces constatations ne sont pas retrouvées dans notre étude auprès des futures professionnelles. Si presque 90% des étudiantes sont satisfaites du métier en lui-même, les conditions d'exercices sont dénoncées comme difficiles. Seules 7% se déclarent satisfaites du niveau de rémunération et de reconnaissance. Mais on note une nette ascension de la problématique du rythme de travail, car elles sont désormais 66% à estimer que ce rythme est trop difficile, et compliqué, notamment en ce qui concerne les weekends et les nuits. Les jeunes professionnels semblent plus attachés à leur temps libre que les sages-femmes diplômées depuis plus longtemps (43).

Cependant, les interruptions de carrière sont plus précoces en hospitalier qu'en libéral, en effet, après 55 ans, 8% des salariés ont arrêté leur activité contre 3% en libéral. La fatigue physique, le stress, et les gardes sont les raisons d'arrêt précoce. De même, il faut signaler le

fort recours au temps partiel. Celui-ci est de 33,4% alors qu'il est de 31% dans la population générale et que ce taux est normalement bien plus faible dans les professions qualifiées du secteur de la santé (16).

De nombreuses sages-femmes plus âgées se sont dirigées aussi vers le libéral depuis quelques années. En effet, celles-ci semblent ne plus se retrouver dans la nouvelle gestion des hôpitaux avec notamment la codification à l'acte (T2A). La grossesse et l'accouchement, a priori physiologiques, deviennent associés uniquement à des actes médicaux codifiés, niant totalement le travail « invisible » et non-codifié de soutien et d'accompagnement qui sont l'essence même de la profession de sage-femme. Une grande partie du travail est donc niée et non rémunérée. Ainsi nombreuses sont les sages-femmes qui préfèrent l'exercice libéral même si le problème reste identique en ce qui concerne la codification des actes (nomenclature de l'assurance maladie), mais retrouvent une approche de la périnatalité plus conforme à leurs convictions.

Les sages-femmes n'ont rien dit pendant longtemps, mais les inquiétudes et les points de crispation de la profession sont nombreux : peur du surnombre et d'une perte de la sécurité de l'emploi avérée, réticences à s'installer en ville pour de multiples raisons dont financières, sentiments d'une perte de valeurs, préoccupations d'ordres statutaires dues à la médicalisation de la grossesse qui les a éloignées de leur métier pour en faire du personnel « technique », et toujours ce manque de reconnaissance qui les empêche d'accepter leurs conditions d'exercice difficiles (3).

Les sages-femmes attendent toujours une meilleure reconnaissance et un salaire plus adapté à leur charge de travail et de responsabilité, cette quête étant celle des sages-femmes expérimentées comme celle des nouvelles générations comme le montre notre étude. Quel est alors le déroulé de carrière envisagé ?

3.5 Projet de carrière

3.5.1 1ères intentions à la sortie du diplôme

Activité hospitalière

En ce qui concerne le début de la carrière, 94% des étudiantes souhaitent postuler en hospitalier à la sortie du diplôme et 40% envisagent de postuler uniquement dans ce secteur. La médicalisation de la grossesse et de l'accouchement de la seconde moitié du vingtième siècle a orienté les sages-femmes vers le milieu hospitalier au détriment de l'activité libérale (11). Même si celle-ci progresse à nouveau, la majeure partie de la formation pratique se fait en secteur hospitalier. C'est donc en maternité que les étudiantes sages-femmes peuvent se sentir les plus compétentes en sortant du diplôme. Le travail d'équipe entre collègues mais aussi la présence des obstétriciens et pédiatres sont des éléments rassurants pour elles, pouvant atténuer le poids des responsabilités (première crainte) et le manque d'expérience.

Parmi celles voulant exercer en hospitalier, le niveau de maternité le plus souhaité est le niveau 2¹² et plus particulièrement le niveau 2B. Ces niveaux intermédiaires apparaissent peut-être comme un bon compromis entre la physiologie et la sécurité médicale : les niveaux 3 sont plus associés à l'hyper médicalisation pour la prise en charge des pathologies, avec des équipes changeantes, un grand nombre d'accouchements, pouvant donc être synonyme de stress et de situations compliquées (40). A l'opposé, les niveaux 1 n'ont pas toujours de pédiatre et de gynécologue-obstétricien sur place, la sage-femme, souvent seule la nuit, pouvant être confrontée à la gestion de situations compliquées dans l'attente du médecin, et donc amenée à plus de polyvalence et d'autonomie (16). Ce risque d'imprévu peut faire peur à beaucoup de jeunes sages-femmes ne se sentant pas assez expérimentées pour l'affronter. Ceci peut être mis en lien avec le choix du stage intégré, où sont privilégiés les niveaux 3, pour vraisemblablement acquérir des compétences, dans des contextes d'urgences et/ou de pathologies, accompagné par des professionnels expérimentés avant la fin des études.

La diversité des secteurs d'activités en maternité semble être aussi un avantage car les étudiantes souhaitent travailler en consultations, suites de naissance, grossesses pathologiques, avec une légère préférence pour les salles de naissance. Les urgences obstétricales et la préparation à la naissance sont citées de façon très marginales. On peut considérer les urgences comme une « filiale » des salles de naissance et non pas un service à lui seul, ce qui expliquerait le peu de choix pour cet item. En ce qui concerne la préparation à la naissance, elle peut être considérée par les futures diplômées attirées par le milieu hospitalier comme une activité inhérente à l'exercice libéral, ce d'autant qu'elle semble de moins en moins une priorité pour les hôpitaux aux vues des restrictions budgétaires.

L'acceptation d'un emploi salarié est majoritairement conditionnée par l'ambiance de travail (70%). La cohérence par rapport aux convictions vient en seconde position, montrant que les futures diplômées accordent une grande importance à être dans une maternité en accord avec leur vision des choses, sur les protocoles, la prise en charge des mères et des enfants, les propositions mises en place pour l'accompagnement... Le niveau de maternité est en troisième position, ce qui prouve leur motivation à vouloir travailler dans le type de maternité qu'elles souhaitent, en fonction de leur expérience et leurs compétences. Le salaire n'intervient que pour 28% d'entre elles, ce qui nous montre encore une fois que les sages-femmes privilégient l'environnement de travail par rapport au niveau de rémunération.

Si la grande majorité des futures diplômées souhaitent exercer au début en maternité, 20% d'entre elles (n=94) souhaitent y travailler toute leur carrière. Les autres envisagent des changements de mode d'exercice, surtout vers une activité libérale de façon exclusive ou mixte pour 62% d'entre elles. L'exercice libéral suivi d'une activité hospitalière n'est jamais citée.

¹² Les maternités sont classées en 4 différents niveaux, en fonction de la possibilité de prise en charge pédiatrique. Ainsi Niveau 1 = pas de service de néonatalogie, Niveau 2A = néonatalogie, Niveau 2B = néonatalogie + soins intensifs, Niveau 3 = néonatalogie + soins intensifs + réanimation.

Activité libérale

Selon l'étude, 48% des étudiantes se sentent concernées par la question de l'exercice libéral. Le secteur libéral est en pleine expansion et attire les sages-femmes de plus en plus jeunes. Selon l'ONDPS (22), entre 2000 et 2004, 5,7% des nouvelles diplômées se dirigeaient vers l'exercice libéral dans la première année suivant le Diplôme d'Etat, versus 8% entre 2005 et 2008. Actuellement 42,8% ont travaillé en libéral dans l'année suivant leur DE. En corrélation avec le rapport de l'ONDPS, 6% des étudiantes de notre étude souhaitent faire du libéral exclusif dès la sortie de la formation, et 39% parlent d'exercer en libéral et/ou en hospitalier à la suite du diplôme. Au cours de leur carrière, 69% voudraient changer d'activité dont 84% évoluant vers l'activité libérale de manière exclusive ou non. La plupart des futures diplômées souhaiteraient effectuer ce changement dans les 5 ans après le diplôme ce qui confirme le rapport du CNOSF (38). Celui-ci indique que la tranche d'âge inférieure à 30 ans est particulièrement concernée. La DREES (36) annonce aussi qu'une sage-femme sur trois, en 2030, opterait pour l'exercice libéral. Elles sont aujourd'hui déjà 21%.

Parmi les activités plus spécifiques souhaitées, le suivi de grossesse précède le suivi gynécologique de prévention, signe d'une appropriation des modifications de compétences. Si les sages-femmes installées depuis longtemps peuvent se sentir moins à l'aise face au suivi gynécologique de prévention car ne l'ont jamais pratiqué, les jeunes diplômées intègrent ce suivi de manière évidente dans leur exercice. Les étudiantes se sentent capable d'exercer ce suivi sans obligatoirement de formation complémentaire au départ puisque la gynécologie n'est que la sixième formation supplémentaire souhaitée par les futures professionnelles.

On observe également un plus faible pourcentage pour la rééducation du périnée, soit 13% des activités souhaitées, pourcentage pouvant être en rapport avec les nouvelles recommandations du Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français en 2015 (44), assurant qu'il n'est pas nécessaire de rééduquer le périnée chez les femmes asymptomatiques. Pourtant c'est la première formation effectuée chez les sages-femmes libérale en exercice (37,5%) pour l'ONDPS selon une étude effectuée en 2014 (22).

On note, avec étonnement, le très faible taux de réponses en faveur de l'échographie alors que c'est une formation complémentaire très demandée arrivant en deuxième position. On peut donc penser que les jeunes sages-femmes envisagent la formation et la pratique de l'échographie dans le cadre hospitalier plutôt qu'en cabinet libéral en raison du poids médico-légal, du coût de l'assurance et du matériel.

Si 31% de ces étudiantes seraient intéressées par les accouchements en plateau technique, seulement une future professionnelle voudrait réaliser des accouchements à domicile. En 2009, le rapport CHARRIER (16) indique qu'elles étaient 7% à réaliser des accouchements à domicile. Faut-il y voir une baisse de motivation vis-à-vis de cette pratique ou simplement une projection difficile à envisager au début d'une carrière professionnelle ? Si les plateaux techniques permettent pourtant de continuer cet accompagnement global de la femme, tout en ayant la sécurité de l'hospitalier en cas de besoin, seuls 5,8% des sages-

femmes indiquent avoir réalisé des accouchements dans ces conditions selon le rapport de l'ONDPS (22). Qu'en est-il alors des maisons de naissance ?

Autres projets

54% des étudiants n'ont pas de projet précis quant à leur avenir professionnel. Ils souhaitent allier des remplacements en hospitalier, en libéral et dans d'autres secteurs d'exercice comme les maisons de naissance (18% y pensent), la PMI (7% l'évoquent), le planning familial (3%) ou encore partir en humanitaire. Ces étudiants semblent vouloir tester les différentes activités, au gré des opportunités pour voir ce qui leur conviendrait le mieux.

Si les maisons de naissances commencent tout juste leur expérimentation en France, presque un cinquième des étudiants souhaiteraient éventuellement y travailler, sans compter celles qui voudraient peut-être y exercer un peu plus tard au cours de leur carrière recherchant « *un environnement moins technique* » où « *la prise en charge est faite par la même équipe de sages-femmes, qui exercent un rôle central tout au long de la grossesse et de l'accouchement* » (45). On trouve donc un certain engouement pour les maisons de naissance, et un espoir chez les jeunes de développer ce nouveau mode d'exercice. Si les jeunes sages-femmes ne se sentent pas en sécurité et trouvent aujourd'hui « inconscient » de faire des accouchements à domicile, la maison de naissance offre un lieu chaleureux et sécurisé car attenant à la maternité. En effet, la technicisation contribue grandement à la diminution de la mortalité maternelle et infantile, cependant elle a parfois pris le pas sur l'accompagnement humain et « *la prise en charge des femmes s'est uniformisée, qu'elles soient à haut-risque ou à bas-risque* » (45). On peut donc penser que la jeunesse est présente pour relever ce défi et développer ces projets au terme des 5 ans d'expérimentation si l'état favorise ces projets.

On peut aussi voir dans cette absence de projet précis, une réaction à la crainte de trouver difficilement un emploi : les opportunités les aideront à effectuer des choix. Mais une autre possibilité se dégage. Si les étudiants ont une perception négative des conditions d'exercice ou de la profession elle-même, ils semblent attendre de voir si un positionnement professionnel changerait leur impression. Ainsi, ceux qui évoquent une réorientation possible ne l'envisagent qu'après un minimum d'exercice... une mise à l'épreuve ?

3.5.2 Compléments de formation

93% des étudiantes souhaitent faire une ou plusieurs formations complémentaires. Parmi elles, un tiers veulent se former sur le plan de la sexologie, et 30% en échographie. Ces résultats différents de ceux énoncés par ROUX en 2010 : 8% pour la sexologie, et deux tiers pour l'échographie (15). Cela peut, en ce qui concerne la sexologie, s'expliquer par l'avènement du suivi gynécologique dont la spécialisation en sexologie permettrait de mieux accompagner les femmes. Le choix de ces deux types de formation peut aussi laisser sous-entendre que la formation initiale dans ces domaines paraît insuffisante pour les étudiantes. L'acupuncture, la rééducation périnéale et l'homéopathie tiennent la troisième place des formations complémentaires. Les médecines alternatives sont sans doute, aux yeux des futures

professionnelles, un bon moyen pour améliorer l'accompagnement des femmes dans leur vie génitale et maternelle.

Si l'on compare ces pourcentages avec les formations effectuées par les sages-femmes libérales actives, on retrouve une différence intéressante : la rééducation est donc en première position (37,5%), puis la formation en gynécologie (30,5% et loin de la sixième place donnée par les étudiantes), l'homéopathie (27,3% chez les sages-femmes libérales et 27% dans notre étude), la contraception et l'allaitement (9^{ème} position chez les étudiantes). Les futures diplômées doivent se sentir mieux formées à la gynécologie et ne semblent pas devoir compléter leurs connaissances de manière indispensable à ce sujet (22).

Au-delà de ces formations complémentaires très prisées, certaines étudiantes souhaitent reprendre un cursus universitaire : soit dans le but de se réorienter, avec un master tout autre, pour changer de voie (8 d'entre elles seraient intéressées) ; soit pour compléter son diplôme, dans le but d'avoir un master pour devenir sage-femme enseignante, sage-femme coordinatrice, faire de la recherche ou encore posséder un double diplôme comme par exemple sage-femme ostéopathe.

30% des étudiantes annoncent avoir changé de projet par rapport au début de leur études dont un tiers n'avait pas d'idée initiale et connaissait peu la profession. Bien souvent le projet de carrière était et est encore flou en cette fin de cursus, et si la quasi-totalité ont une idée générale, peu ferment la porte à l'un ou l'autre des modes d'exercice. Cela renvoie à l'une des visées de formation, pas toujours facile à acquérir, qui est de construire une image de soi comme futur professionnel. « *Les démarches de clarification du projet professionnel, d'autoévaluation constituent autant de points d'appui permettant de réfléchir à un positionnement professionnel juste. En outre, l'expérience du groupe de formation et celle des mises en situations professionnelles participent à la construction du positionnement en question* » selon JORRO (46).

Au total, on retient qu'avec une identité professionnelle forte, avides de reconnaissance comme leurs aînées, les futures professionnelles intègrent les conséquences d'un contexte socio-professionnel incertain. Cependant celui-ci n'est pas une raison suffisante pour renoncer à leur « ethos professionnel » renvoyant au « *principe d'action éthique accompagnant l'agir professionnel* » (JORRO, (46)) comme le montre leur attachement à choisir un lieu de travail en cohérence avec « leur idée du métier ». La majorité des futures sages-femmes, réalistes, cherchent à étayer leur formation initiale par une solide expérience dans le contexte relativement sécurisant d'un établissement hospitalier, pour partir ensuite vers un exercice libéral. De même, toutes les facettes du métier semblent être envisagées tout en tenant compte des tendances sociétales, avec un souci de formation continue montrant que le Diplôme d'Etat n'est qu'un début... Les sages-femmes forment bien un « corps professionnel » et se soutiennent mutuellement, muent par leur intérêt commun : l'accompagnement de la femme et du nouveau-né.

CONCLUSION

Cette étude auprès des futurs diplômés sages-femmes de 2017 avait pour but de cerner leur projet de carrière, son évolution au cours des études et les facteurs pouvant l'influencer. A l'issue d'un cursus qui reste stressant, le futur envisagé est fortement marqué par le contexte socio-professionnel actuel. L'augmentation progressive des compétences, l'universitarisation avec la reconnaissance d'un grade master, les campagnes de communication enclenchées sont autant de tentatives de meilleure reconnaissance de la profession, ne faisant pas oublier parfois la « gestion utilitariste » des sages-femmes. Pour autant, les effectifs de sages-femmes en activité ne cessent d'augmenter, ce qui devant l'état actuel de l'emploi français, entraînent une précarisation encore plus élevée de l'emploi salarié, une des raisons de l'expansion importante et surtout rapide du libéral.

Malgré une perception parfois négative du milieu hospitalier, la majorité des étudiants souhaiterait y travailler avant de converger vers l'exercice libéral, en réalisant nombre de formations complémentaires pour proposer des approches variées d'accompagnement aux femmes. La difficulté de l'emploi salarié et le manque d'expérience semblent donc guider le choix de la majorité des étudiants : « faire ses armes » en hospitalier quelques temps pour bénéficier du travail d'équipe, de la confrontation aux situations d'urgence dans un milieu médicalisé puis, fort de son expérience, basculer en libéral où l'autonomie, le rythme de travail et l'accompagnement semblent si ce n'est plus agréables, en tout cas différents.

Toute cette motivation au changement, à la diversification de l'exercice est la preuve de la volonté des sages-femmes d'exercer un métier qu'elles aiment, mais entaché par les conditions de travail jugées dégradantes, un « travail invisible » peu reconnu. La souffrance ressentie par certains étudiants en lien avec le rythme, la pression et les difficultés rencontrées sur le terrain peut expliquer que 21% ne referaient pas les mêmes études. Cependant, peu abandonnent ou pensent à la réorientation directe, car si les conditions actuelles pourraient les décourager, elles aiment ce métier et souhaitent expérimenter un positionnement professionnel qu'elles espèrent différent du positionnement en formation. Elles ne sont pas « suffisamment découragées », et gardent l'espoir que les revendications portent enfin leurs fruits. Les sages-femmes ont longtemps été peu entendues, mais aujourd'hui, un mouvement prend forme et continue, toutes générations confondues, pour faire valoir leur statut de profession médicale, une rémunération appropriée et la valorisation de leur travail.

Cette enquête montre bien que lors des études s'effectue un processus de construction identitaire provoqué notamment par la confrontation de la diversité des expériences vécues en stage. Une anticipation vers le monde professionnel et donc une projection personnelle dans l'univers professionnel se réalisent petit à petit. Il serait intéressant d'observer le suivi de notre population à 5 ans, pour évaluer l'évolution du projet et du ressenti en tant que jeunes professionnels.

De plus, devant l'explosion de l'exercice libéral, qui ne bénéficie pas de la même aura que dans d'autres pays, la problématique des disparités géographiques doit être

nécessairement abordée pour éviter les conséquences négatives d'une mauvaise répartition à savoir la concurrence, la course aux actes et donc la baisse de la qualité des soins et de la prise en charge. Quelles sont les précautions à prendre pour répondre à cette inquiétude prédominante du marché du travail chez les jeunes sages-femmes et organiser au mieux la tendance au libéral ? Comment éviter que cette situation empire ? La baisse du numerus clausus est-elle la réponse attendue ?

BIBLIOGRAPHIE

1. Code de la santé publique. Article L4151 - 1. 4ème Partie, Livre Ier, Titre V.
2. Richard-Guerroudj N. Le rôle des sages-femmes, une comparaison France-Angleterre. Les Tribunes de la santé. 20 oct 2014;44(3):85-91.
3. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS). Les sages-femmes : une profession en mutation. Paris; 2016 Mai p. 206.
4. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF). La démographie de la profession [Internet]. 2015 [cité 16 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/la-demographie-de-la-profession/>
5. Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes (ANESF). Numerus Clausus Sage-femme 2012-2013 [Internet]. 2013 [cité 4 janv 2017]. Disponible sur: <http://anesf.com/wp/?p=2312>
6. Morin C, Leymarie M-C. Evolution de la formation des sages-femmes. Les dossiers de l'Obstétrique. sept 2014;(440):8.
7. Jakoubovitch S. Le parcours des étudiants en école de sage-femme [Internet]. Paris: DRESS; 2011 Juillet [cité 7 janv 2017] p. 8. (Etudes et résultats). Report No.: n° 768. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er768-2.pdf>
8. Midy F, Legal R, Tisserand F. La profession de sage-femme : bilan démographique , et méthodes d'estimation des besoins. Questions d'économie de la santé. 2005;(101):1-4.
9. Midy F, Condinguy S, Delamaire M-L. La profession de sage-femme : trajectoires, activités et conditions de travail. Questions d'économie de la santé. Décembre 2005;(102):1-4.
10. Frégonèse C, Ratinaud P. Connaissance des représentations professionnelles de la profession de sage-femme. La Revue Sage-Femme. 2015;14(1):7-13.
11. Lateyrie C. Construction de l'identité professionnelle et représentations sociales des étudiants sages-femmes [Mémoire]. [Limoges]: Université de Limoges; 2012.
12. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS). Compte-rendu de l'audition des sages-femmes du 07 Avril 2010. Paris;
13. Danvers F. S'orienter dans la vie: une valeur suprême. Presses universitaires du Septentrion; 2009. 656p p. (Dictionnaire de sciences humaines).
14. Jodelet D. Représentations sociales : un domaine en expansion [Internet]. Vol. 7e éd. Presses Universitaires de France; 2014 [cité 29 mars 2017]. Disponible sur: https://www-cairn-info.bibliopam.univ-catholille.fr/resume.php?ID_ARTICLE=PUF_JODEL_2003_01_0045
15. Roux C. Sage-femme par dépit : sage-femme épanouie ? [Mémoire]. [Lyon]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2010.
16. Charrier P. Les sages-femmes en France en 2009/2010. Lyon: Université de Lyon,

Centre Max Weber; 2011 janv.

17. Schalck C. Sages-femmes : l'impossible identité. Libération. 4 nov 2001;
18. Leymarie M-C, Maciejewski E. Diffusion de l'information sur la profession de sage-femme durant la première année du premier cycle des études médicales. Les dossiers de l'Obstétrique. 2004;332:3-4.
19. Gantois A. La PACES, choix d'une vocation ou expression d'une dynamique motivationnelle ? [Mémoire]. [Lille]: Université Catholique de Lille; 2012.
20. Abensur L, Chevalier D. La socialisation professionnelle des étudiants sages-femmes, entre ruptures physiologiques et nécessité d'une pédagogie participative pour une formation sans cesse en mouvement. La Revue Sage-Femme. Décembre 2008;7(6):333-41.
21. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). La PACES, porte d'entrée des études médicales en France [Internet]. Paris, France; 2016 [cité 7 janv 2017] p.5. (Portrait des professionnels de santé). Report No.: 12. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche12-3.pdf>
22. Douguet F, Vilbrod A. Le métier de sage-femme libérale in Les sages-femmes : une profession en mutation. Paris: ONDPS; 2016 Mai p. 121-47.
23. Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme [Internet]. Chapitre II. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027231825>
24. Sorel M. À propos de la professionnalisation : le retour du sujet... Savoirs. 2008;n° 17(2):37-50.
25. Barraud C. Professionnalisation des étudiants infirmiers et construction identitaire : une approche par les représentations du métier et sous l'angle de la catégorisation sociale inter IFSI [Thèse]. [Bordeaux]: Université de Bordeaux 2; 2013.
26. Desnoyer I. Les sages-femmes jeunes diplômées et l'encadrement des étudiants sages-femmes en stage [Mémoire Diplôme d'état]. [Clermont-Ferrand]: Université d'Auvergne; 2012.
27. Renetaud J. Construire un parcours professionnel individuel de professionnalisation [Internet]. Paris: CEDIP; 2000 janv [cité 17 mars 2017]. (La lettre du Cedip). Report No.: Fiche technique n°12. Disponible sur: http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/fttech12b_cle51d1b4.pdf
28. Broussal D. Valeurs et normes dans la formation des élèves sages-femmes. Les Dossiers des Sciences de l'Education. 2009;(22):121-38.
29. Bonnard A, Detalle F. Co-construire son savoir en interagissant avec son environnement. In: Recherche en éducation, recherches sur la professionnalisation : consensus et dissensus. Réseau national des ESPE. Paris; 2015. p. 266-77. (Le printemps de la recherche en ESPE).

30. Piot T. Transformation de la pédagogie universitaire et transformations des identités professionnelles des universitaires in transformations identitaires des professeurs d'université. L'harmattan. Paris; 2014. 19-35 p.
31. Flenghi J. Etudiants Sages-Femmes : de la souffrance au coeur de la vie ? [Mémoire]. [Nancy]: Université de Lorraine; 2012.
32. Vaast I. L'enseignement en maïeutique et l'accompagnement des étudiants [Mémoire]. [Lille]: Université Charles de Gaulle - Lille III; 2012.
33. Maubant P, Roger L. Situations d'enseignement-apprentissage, situations de formation et situation de travail : vers une nouvelle configuration du triangle pédagogique. In: La professionnalisation mise en objet. L'harmattan. Paris; 2012. p. 282p. (Action et Savoir).
34. Cohen-Scali V. Alternance et identité professionnelle. Presses universitaires de France. Paris; 2000. 228p p. (Education et formation / Formation permanente - Education des adultes).
35. Dubar C. La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles. Paris: Armand Colin; 2000.
36. Cavillon M. La profession de sage-femme : constat démographique et projection d'effectifs [Internet]. Paris, France: DRESS; 2012 mars [cité 8 janv 2017] p. 8. Report No.: 791. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er791.pdf>
37. Bourgeois E. Tensions identitaires et engagement en formation. In: Construction identitaires et mobilisation des sujets en formation. L'Harmattan. 2006. p. 65-120.
38. CNOSF, Micheau J, Alliot F. Le marché du travail des sages-femmes : transition ou déséquilibre ? in Les sages-femmes : une profession en mutation. Paris: ONDPS; 2016 Mai p. 15-25.
39. Golfouse A, Pheng B. Démographie et activité des sages-femmes in Les sages-femmes : une profession en mutation. ONDPS; 2016 Mai p. 27-63.
40. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. La profession sage-femme in Analyse de trois professions. Sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie médicale. Paris; (La Documentation française). Report No.: Le Rapport 2004, Tome 3.
41. Rabreau M. En France, 70% des embauches sont des CDD... de moins d'un mois. Le Figaro [Internet]. 15 mars 2016 [cité 28 mars 2017]; Disponible sur: <http://www.lefigaro.fr/economie/le-scan-eco/dessous-chiffres/2016/03/15/29006-20160315ARTFIG00141-60-des-embauches-ont-concerne-des-cdd-inferieurs-a-un-mois-en-2015.php>
42. Micheau J, Alliot F. Le marché du travail des sages-femmes : transition ou déséquilibre ? [Internet]. Paris: CNOSF; 2014 oct p. 94. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2016/04/Etude-Le-march%C3%A9-du-travail-des-SF-1.pdf>
43. Méda D, Vendramin P. Les générations entretiennent-elles un rapport différent au

travail? SociologieS [Internet]. 27 déc 2010 [cité 29 mars 2017]; Disponible sur: <https://sociologies.revues.org/3349>

44. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Recommandation pour la pratique clinique (RPC) : Post-partum. Paris; 2015 p. 22.

45. Benoit Truong Canh M, Delahaye J-M, CNOSF. Les maisons de naissance in Les sages-femmes : une profession en mutation. Paris: ONDPS; 2016 Mai p. 191-202.

46. Jorro A. La construction de l'éthos professionnel en formation alternée. Travail et apprentissage. 2009;13-25.

Annexe I

Questionnaire "Futurs diplômés sages-femmes et projet de carrière"

Etudiante sage-femme en 5^{ème} année à la faculté de Médecine et Maïeutique de l'Université Catholique de Lille, je réalise mon mémoire de fin d'études sur le projet de carrière des futurs diplômés sages-femmes et la vision de ces derniers sur leur cursus et profession. Ce questionnaire anonyme est destiné aux étudiants sages-femmes de 5^{ème} année de 8 écoles du nord de la France.

En cas de besoin ou de questions, vous pouvez me contacter à l'adresse mail suivante : lm.munch@hotmail.fr

Je vous remercie du temps que vous accorderez à mon travail.

Bon questionnaire.

1 Le projet de carrière :

1) Quel est le mode d'exercice souhaité à l'issue de vos études ? (plusieurs réponses possibles).

- Hospitalier
- Remplacement en libéral
- Installation en libéral
- PMI
- Maison de naissance
- Réorientation
- Autres

2) Si l'hospitalier, dans quel niveau de maternité souhaiteriez-vous exercer ? (plusieurs réponses possibles).

- Niveau 1
- Niveau 2a
- Niveau 2b
- Niveau 3
- Autre

Et dans quels secteurs d'activités ? (plusieurs réponses possibles).

- Consultations
- Grossesses pathologiques
- Salle de naissance
- Suites de naissance
- Autre

Si le libéral est souhaité, quelles activités souhaiteriez-vous réaliser ? (plusieurs réponses possibles).

- Suivi Gynécologique des femmes
- Suivi de grossesse
- Préparation à la naissance et à la parentalité

- Accouchement à domicile
- Accouchement en plateau technique
- Prado
- Suivi du post-partum
- Rééducation périnéale
- Autre

3) Ce souhait vous semble-t-il réalisable ? OUI / NON

Si non, pourquoi ?

4) Quelles sont vos principales motivations pour accepter un emploi salarié ? (plusieurs réponses possibles). Indiquez l'ordre hiérarchique.

- Ambiance de travail
- Terrain déjà fréquenté en stage
- Niveau de maternité
- Organisation du service
- Cohérence par rapport à mes convictions
- Salaire
- Autre

5) Avez-vous prévu d'effectuer un changement de secteur ou de mode d'exercice par la suite ? si oui, dans quel laps de temps ?

- Je ne prévois pas de changement par la suite
- Changement d'établissement
- Changement de type de contrat (CDD vers un CDI par exemple)
- Changement vers une installation libéral
- Changement vers une activité salariée (libéral vers hospitalier par exemple)
- Changement vers activité mixte
- Autre

6) Envisagez-vous d'effectuer des formations supplémentaires ? OUI / NON

7) Si oui lesquelles ?

- Echographie
- Allaitement
- Rééducation périnéale
- Sophrologie
- Acupuncture obstétricale
- Homéopathie
- Sexologie
- Tabac et grossesse
- Autre

8) Envisagez-vous de reprendre un cursus universitaire ?

- Master
- Doctorat
- Réorientation
- Non

Si oui, dans quel domaine et dans quel but ?

2 La fin des études :

- 1) Quel est le niveau de maternité de votre stage intégré ?
 - Niveau 1
 - Niveau 2a
 - Niveau 2b
 - Niveau 3

- 2) Ce choix s'est-il fait en fonction de votre projet de carrière ? OUI / NON

- 3) Quel était votre choix de stage personnalisé ?

- 4) Votre choix de parcours personnalisé s'est-il également fait en fonction de votre projet de carrière ? OUI / NON

- 5) Le choix de carrière envisagé actuellement est-il similaire à celui imaginé en début de cursus ? OUI / NON
Si non quel était votre idée de carrière en début de cursus ?
Pourquoi ce changement ?

- 6) Dans moins d'un an, vous serez diplômé(e), quelles sont vos craintes ? (plusieurs réponses possibles). Indiquez l'ordre hiérarchique de la plus forte à la moins forte.
 - Le manque d'expérience
 - Le poids des responsabilités
 - Le manque de compétences
 - L'absence de crédibilité auprès des patientes
 - Le rythme de travail
 - La difficulté de trouver un emploi
 - Autre

- 7) Quelles sont les points forts de votre cursus ? (plusieurs réponses possibles). Indiquez l'ordre hiérarchique.
 - Variété des stages
 - Nombres de stages réalisés
 - Nombres d'actes réalisés
 - La confrontation rapide au milieu professionnel
 - Qualité de l'enseignement théorique
 - L'accompagnement des sages-femmes enseignantes
 - L'accompagnement des sages-femmes de terrain
 - La motivation à exercer cette profession
 - Autre

- 8) Êtes-vous satisfait d'avoir choisi cette profession au sujet :
 - du métier en lui-même Oui / Pas complètement / Non
 - de la carrière envisageable Oui / Pas complètement / Non
 - du salaire Oui / Pas complètement / Non
 - du rythme Oui / Pas complètement / Non
 - de la reconnaissance Oui / Pas complètement / Non

- 9) Avez-vous éprouvé des difficultés durant les études :

(OUI / Souvent / Quelques fois / NON)

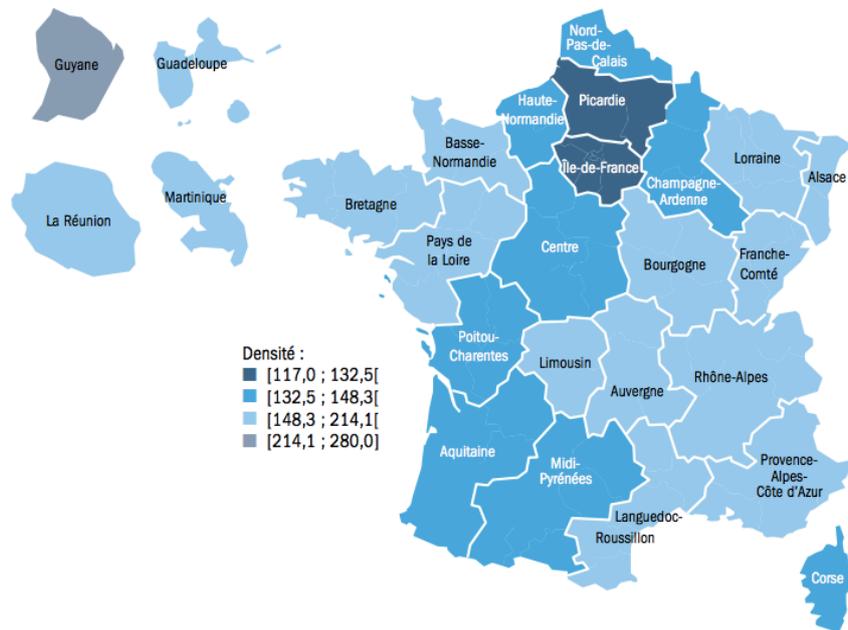
- Dans la relation avec les patiente et/ou leur entourage
- Dans la relation avec les médecins et/ou les internes
- Dans la relation avec le personnel paramédical
- Dans la relation avec les sages femmes de terrain
- Dans la relation avec les sages-femmes enseignantes
- Au niveau du rythme des stages
- Liées au stress
- Impression de non-reconnaissance
- Autre

3 Informations générales :

- 1) Quelle est votre année de naissance ?
- 2) De quel sexe êtes-vous ?
- 3) Avez-vous choisi la profession de sage-femme : (plusieurs réponses possibles)
 - Par vocation
 - Par intérêt pour la femme, la naissance
 - Parce que c'est une profession médicale
 - Pour travailler dans une structure hospitalière
 - Pour travailler en libéral
 - Parce que ce sont des études plus courtes que médecine
 - Par défaut à la suite du concours de la PACES
 - Par influence de proches dans le monde médical
 - Par hasard
- 4) Vous avez choisi la profession de sage-femme. A l'aube de votre diplôme, referiez-vous le même choix ? OUI / NON
Si non, pourquoi ?
- 5) Expression libre

Annexe II

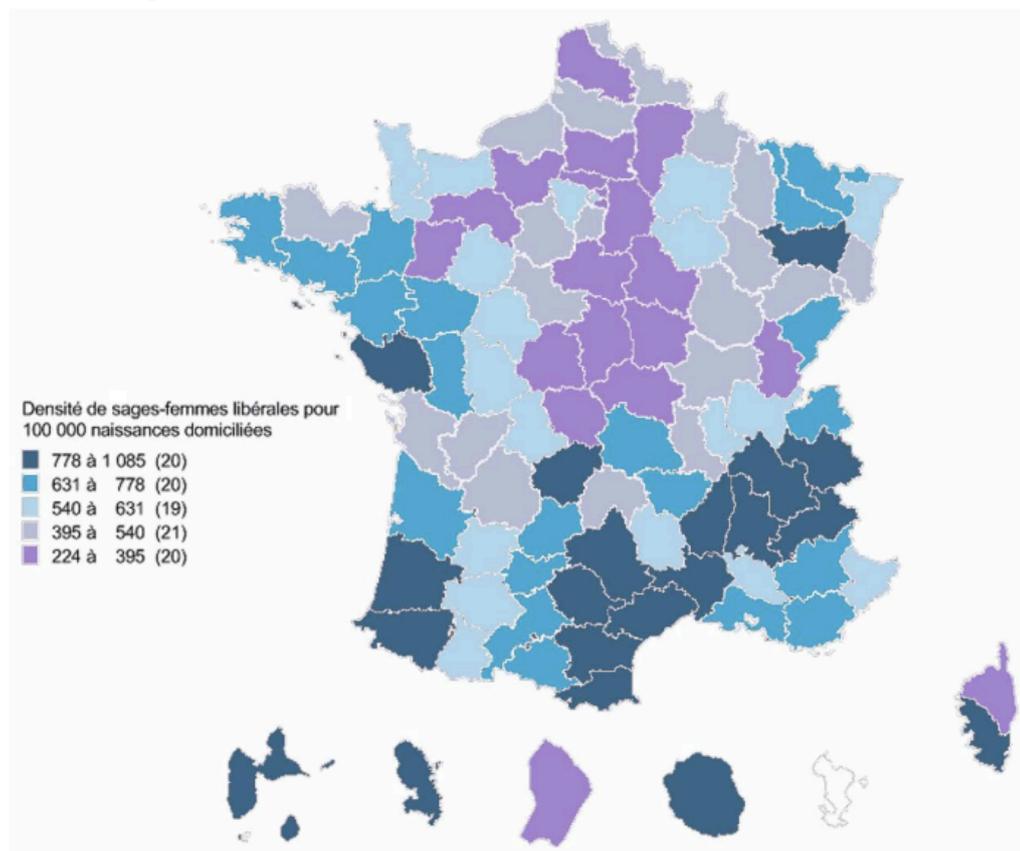
Densité de sages-femmes au 1^{er} janvier 2015 pour 100 000 femmes en âge de procréer*



*Anciennes régions.

Sources : ONDPS ; RPPS, traitement Drees ; Insee.
Carte réalisée avec Cartes & Données – © Artique

Densité de sages-femmes libérales pour 100 000 naissances domiciliées en 2014*

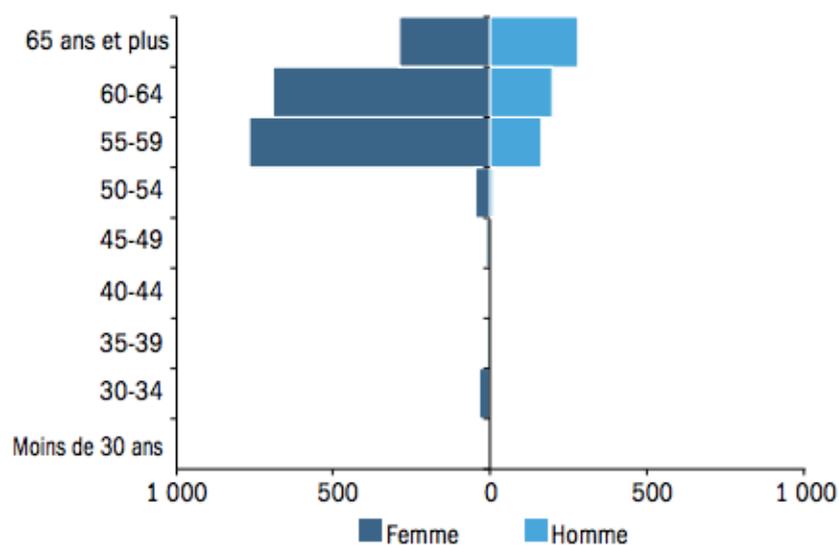


* Anciennes régions.

Sources : FNPS 2014 et Insee 2014.

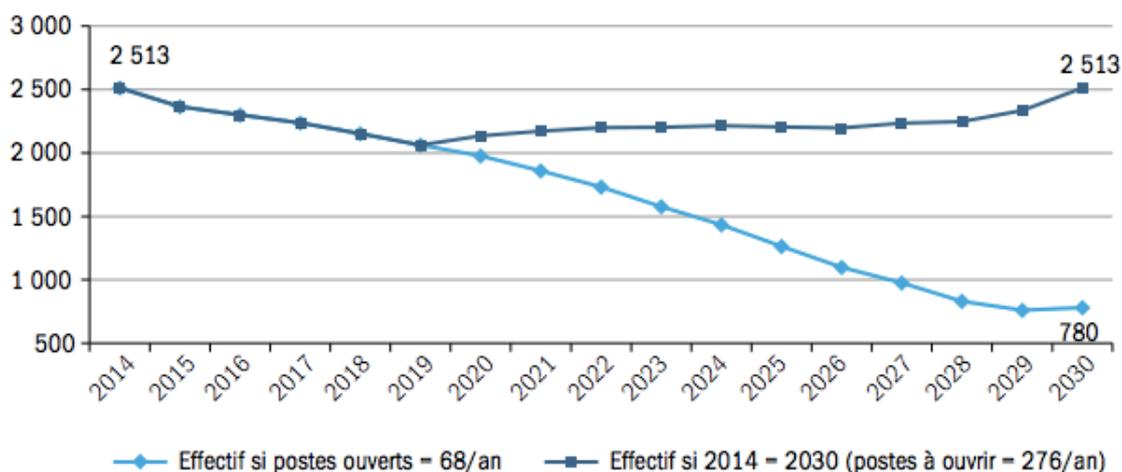
Annexe III

Pyramide des âges des gynécologues médicaux hors établissement au 1^{er} janvier 2015 - N = 2 513



Sources : ONDPS ; RPPS 2015, traitement Drees.

Évolution des effectifs de gynécologues médicaux (hors établissement) selon les deux perspectives à l'horizon 2030



Source : ONDPS.

MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
ANNEE 2017

TITRE : FUTURS DIPLOMÉS SAGES-FEMMES ET PROJETS DE CARRIERE
AUTEUR : MUNCH Laure-Marie Sous la direction de : Isabelle VAAST

MOTS-CLES : Sage-femme, étudiant, orientation, projet de carrière, professionnalisation, emploi hospitalier, exercice libéral.
RESUME : <p>Les mutations de la profession de sage-femme sont continues et les modalités d'exercice en constante évolution. Comment les futurs diplômés envisagent-ils leur carrière de sage-femme ? L'objectif est donc principalement de définir ce projet, et secondairement de déterminer les éléments influençant ce choix, ainsi que la satisfaction et les difficultés à exercer cette profession.</p> <p>Une étude transversale, descriptive, analytique et multicentrique a été réalisée auprès de 100 étudiantes en dernière année d'études de sage-femme. Cette étude a été effectuée à l'aide d'un questionnaire en ligne transmis par les directrices de 8 écoles du nord de la France.</p> <p>Les résultats montrent que la grande majorité des étudiantes souhaitent exercer en secteur hospitalier à la sortie du diplôme pour ensuite évoluer, pour la plupart, vers une activité libérale à plus court terme que leurs aînées. La diversification des activités et des différents modes d'exercice appuient la motivation des sages-femmes à exercer une profession qu'elles aiment, malgré des conditions de travail perçues comme difficiles, le manque de reconnaissance et la rémunération insuffisante... Cependant, la principale inquiétude des futures diplômées est bien l'état actuel du marché du travail, avec la précarisation des emplois hospitaliers. La volonté de renforcer la formation initiale est importante mais les domaines choisis en formation complémentaire évoluent, la sexologie devenant le premier choix. Le cursus de formation est toujours ressenti comme difficile mais, même si plus de 20% d'étudiants ne referaient pas le même choix d'études, seuls 10% envisagent un réel changement d'orientation professionnelle.</p>