



PH13 —Philosopher aujourd'hui : le travail

Enquête : Sages-Femmes libérales, une profession acrobate en mal de reconnaissance



Responsables pédagogiques :
Nicolas Ponchaut ; Nicolas Salzmann

CANN Nissia et DEDOURS Violette



Nous tenions avant tout à remercier chaleureusement les deux sages-femmes interviewées, la gentillesse, la pédagogie et la patience dont elles ont fait preuve.



Sommaire

La profession de sage-femme libérale au sein du système de soin français.....	5
La fonction médicale d'une sage-femme	5
Statut et formation, le cadre institutionnel	6
La formation.....	6
Des modalités d'exercice français unique	7
Les libérales/les hospitalières.....	8
Les salaires	8
Les évolutions de la profession : un rôle tampon ?	9
Histoire d'une profession dépréciée.....	9
Une surtension structurelle des médecins et des gynécologues en particulier	11
L'élargissement du champ d'action des sages-femmes : une exaptation contemporaine ...	12
Doctolibéral, la numérisation de l'activité	13
Les sages-femmes pratiquent-elles encore des accouchements ?.....	13
Un statut en crise.....	15
Les contestations	15
Profession mal connue et perçue (on croit que c'est réservé seulement aux femmes enceintes).....	16
Les sages-femmes acrobates : un réel complexe et polyvalent	18
Un exercice libéral pluriel.....	18
Un bagage complémentaire à la formation initiale nécessaire	18
Les spécificités organisationnelles du travail de cabinet.....	19
Le déroulement des consultations	20
Modalité d'évaluation du travail : un vide bien mal comblé.....	21
Des compétences intériorisées : entre soft skills, intuition et sorcellerie	22
Quelques évocations des beautés de l'exercice	23
Conclusion.....	24
Retour sur notre travail d'entretien	25
Bibliographie.....	26



En réponse aux fortes tensions du système de soin français mis en lumière au cours de la dernière épidémie, le gouvernement Vèran a organisé un Ségur de la santé. Au sortir de celui-ci, les sages-femmes françaises ont manifesté encore une fois, contre le manque de valorisation de leur métier et une inadéquation complète des réponses proposées par le ministère des Solidarités et de la Santé. En effet, une revalorisation de 100 euros des salaires en milieu hospitalier a été décidée, ils s'ajoutent aux 1700 euros de revenu moyen pour les sages-femmes hospitalières, paie bien basse pour un métier qui requiert 6 et bientôt 7 années d'études. C'est cette lutte pour la reconnaissance de leur travail et ce combat contre le mépris de leurs compétences qui nous a poussés à nous pencher vers cette profession, à la fois immémoriale et méconnue dans son organisation moderne.

Ce corps professionnel en crise se réinvente depuis une vingtaine d'années au profit de la pratique libérale et au détriment de maternités qui se vident de leurs maïeuticiennes, épuisées ou rebutées par les conditions de travail. Cette enquête se propose ici de mettre en lumière quelques-uns des aspects d'une profession libérale plurielle : sage-femme, des soignantes acrobates ? Comment s'organise la pluralité des rôles, fonctions et compétences d'un statut en régulière réécriture ?



La profession de sage-femme libérale au sein du système de soin français

Au-delà de l'acceptation commune de la sage-femme (SF) comme une maïeuticienne hospitalière, cette profession a également un exercice libéral auquel nous nous intéresserons aujourd'hui. Leur statut s'étant élargi ces trente dernières années, il dépasse l'obstétrique et se décline en de multiples autres rôles, tâches et responsabilités. Il a donc semblé être un préambule important de décrire dans quel cadre du système de soin se révèle leur utilité. Quel est le positionnement de cette profession prescrite par le droit ? Entre médecins, personnel hospitalier, gynécologues et infirmiers ?

[Cadrage] : nous préférons le terme de profession à celui de métier. En effet nous nous référons à la définition donnée par Weber (Weber, 1964) définissant le passage de métier à profession par « le passage d'un ordre social traditionnel à un ordre social à statut ». Nous verrons plus tard qu'aux vues de l'histoire du statut des sages-femmes et de l'évolution de la perception de ce dernier dans l'espace public, considérer le métier de sage-femme comme une profession permet de reconnaître un état de corps professionnel et de valoriser leur place dans le système de soin français.

La fonction médicale d'une sage-femme

Une sage-femme a vocation à accompagner les femmes dans l'entièreté de leur vie gynécologique. Elle assure le suivi de leurs situations non pathologiques, leur contraception, en menant également des consultations de prévention.

Article L4151 : « la sage-femme est autorisée à pratiquer l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de pathologie, concernant les femmes à l'occasion du suivi gynécologique de prévention et de la réalisation de consultations de contraception »

Elles sont par exemple habilitées à prescrire une contraception, à poser des dispositifs intra-utérins (« stérilet »), à pratiquer une IVG médicamenteuse en cabinet, à prescrire des examens médicaux, à pratiquer des échographies, et plus récemment elles ont obtenu l'autorisation d'assister une naissance à la maison.

Ces autorisations ont beaucoup évolué au cours des années. Ce n'est qu'en 2004 qu'elles obtiennent le droit à pratiquer des examens postnatals, de prescrire des contraceptions dans toutes les étapes de la vie (cela leur était uniquement possible en suite de couches auparavant). La loi Bachelot de 2009 ouvre le champ des compétences gynécologiques aux sages-femmes en leur permettant de prescrire et de poser des dispositifs intra-utérins et d'effectuer le suivi gynécologique des femmes.



L'ouverture de la compétence des SF a néanmoins une limite, celle des situations pathologiques. Elles ne possèdent pas le statut de médecin et à ce titre ne sont pas habilitées à suivre et traiter des pathologies gynécologiques. Cependant, si la pathologie est suivie par un gynécologue, celui-ci peut déléguer les consultations à une sage-femme. De plus, la limite entre une situation pathologique ou non peut souvent être ambiguë : une femme diabétique et enceinte peut par exemple se situer dans cette limite et les sages-femmes se retrouvent souvent chargées de ce type de patientes.

Statut et formation, le cadre institutionnel

La formation

À l'heure actuelle, les études de sage-femme se déroulent en 5 ans, précédés par une première année de portail PASS ou LAS. Les étudiantes passent donc, comme les futures dentistes et kinésithérapeutes, par une première année de licence santé avant d'intégrer leur formation initiale spécifique. Ces cinq années sont divisées en deux cycles :

Le premier aboutit à la remise d'un Diplôme de Formation Générale en Sciences Maïeutiques (DFGSMa). Il est tourné sur les bases physiologiques obstétricales, gynécologiques et pédiatriques.

Matières enseignées

Sémiologie (étude des symptômes) ; Société, Santé, Humanité ; Santé Publique, démarche de recherche ; Sémiologie générale ; tissus sanguins ; de l'agent infectieux à l'hôte ; Hormonologie — Reproduction ; Génétique médicale ; systèmes : Appareil cardio respiratoire, reins et voies urinaires, systèmes digestifs, locomoteur, neurosensoriel, dermatologique ; Obstétrique, maïeutique ; Gynécologie ; Puériculture, néonatalogie, pédiatrie.

Apprentissages cliniques (TP et stages de terrain) : Suivi prénatal ; Suivi périnatal ; Suivi postnatal ; Suivi gynécologique de prévention.

Le second cycle délivre un Diplôme de Formation Approfondie en Science Maïeutique (DFASMa) après 2 années supplémentaires. Ses enseignements ont pour objectif d'apprendre à connaître et diagnostiquer les pathologies chez la mère, la femme et l'enfant. Plusieurs axes d'études y sont déclinés.

« [le second cycle est dédié au] développement de l'expertise professionnelle des sages-femmes concernant les actions de soutien, de maintien et/ou de restauration du processus physiologique de la maternité allant de la grossesse au post-partum et de la santé génésique des femmes. [...] »

- Acquisition de compétences en communication, en économie, en gestion et en management.
- Développement professionnel et activités qui peuvent y être associés »



Matière enseignée

Obstétrique, Maïeutique, Démarche clinique, Diagnostic anténatal et Médecine fœtale ; Néonatalogie, Pédiatrie ; Gynécologie, Santé génésique des femmes et Assistance médicale à la procréation ; Pharmacologie ; Santé Publique ; Sciences humaines et sociales — Droit, Economie, Management et langues étrangères ; Recherche ; Clinique ; Mémoire.

À l'image des responsabilités gynécologiques, la formation de SF a évolué ces 30 dernières années. Il est nécessaire de passer par une 1^{re} année de médecine depuis 2010, date de la création de la PACES.

Le passage de 5 à 6 ans d'école d'étude a été proposé à la vue de la densité importante du programme (1000 h de plus que dans les autres formations en 5 ans), cette proposition tarde à être examinée au sénat, mais a été votée à l'unanimité à l'Assemblée nationale.

Des modalités d'exercice français unique

La France est le pays où le rôle médical de SF est le plus complet ; le statut français est celui qui reconnaît aux sages-femmes le plus de compétences et de responsabilités.

« En Allemagne, la profession d'auxiliaire de puériculture n'existe pas, les sages-femmes sont donc chargées des soins quotidiens au nouveau-né, sans pour autant négliger le domaine de l'obstétrique. En Autriche, les libérales proposent essentiellement du suivi postnatal et prennent en charge le couple mère-enfant dans sa globalité. En Slovaquie et en Pologne, les sages-femmes réalisent plus d'actes de puériculture que d'obstétrique. Au Portugal, au Royaume-Uni et en République tchèque, elles effectuent beaucoup de soins infirmiers, mais pas du tout en Suède. Enfin, le versant gynécologique est très peu exploité en Belgique, aux Pays-Bas, en Suisse et en République tchèque. [...]

L'accès à la recherche académique spécifique au domaine de la maïeutique ou de la *midwifery* est envisageable dans la majorité des pays européens. Au Royaume-Uni, les sages-femmes se consacrant à la recherche en maïeutique sont nombreuses. La France, bien que proposant une des formations les plus longues, est un pays où elle est encore peu développée. Depuis 2009, un master mention *Sciences in midwifery* a été développé grâce à la collaboration de quatre universités (Allemagne, Pays-Bas, Suisse et Royaume-Uni) ; il est ouvert aux sages-femmes de toute l'Europe. » (Blanchard, 2020)

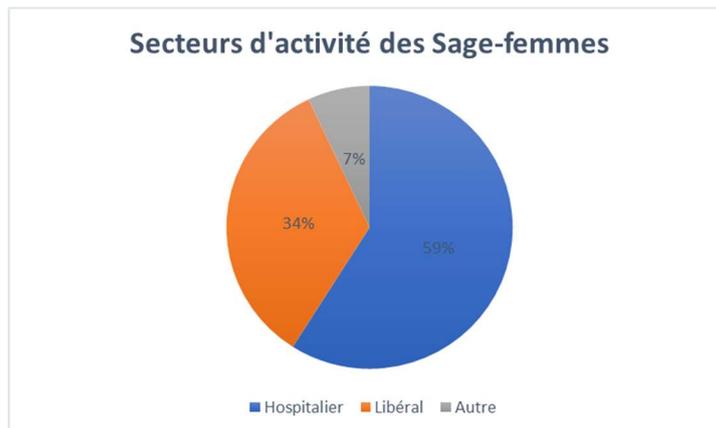
Notons néanmoins — et nous le détaillerons plus tard — que ces responsabilités ne doivent pas donner l'illusion d'une meilleure prise en compte des sages-femmes dans la mesure où elles ne s'accompagnent ni d'une reconnaissance, ni d'une rémunération conséquente.



Les libérales/les hospitalières

L'exercice de la maïeutique peut s'exercer selon deux modalités : l'exercice libéral ou hospitalier.

Dans le cadre hospitalier, les SF faisaient auparavant partie du personnel paramédical de l'établissement au même titre que les infirmières et les aide-soignantes (un statut particulier a été créé pour elles après de vives revendications en 2014) ; elles représentent 59 % de la profession. Les SF libérales ont quant à elles un statut proche de celui des pharmaciens ; elles représentent 34 % des praticiens.



Part des sages-femmes exerçant en libéral et en milieu hospitalier (DRESS 2019)

Ce tiers est d'ailleurs en croissance importante. Les conditions très rudes de travail et du travailleur qui sont subies par les SF hospitalières les poussent de plus en plus à se tourner vers le libéral. La DRESS prévoit une augmentation d'à peine 1 % des praticiennes hospitalières d'ici 2050 contre une augmentation de 70 % des libérales. L'exercice mixte existe également, il représente 34 % de la profession. L'orientation vers des spécialisations comme l'échographie sont également une tendance générale, car ces consultations sont rémunérées au double des consultations « classiques ».

Les salaires

Si les SF libérales ont des responsabilités souvent très similaires à celles des gynécologues, leur feuille de paie est néanmoins assez éloignée de celle de ces spécialistes. Selon la CIDJ une sage-femme libérale gagne en moyenne 2300 euros brut contre 7800 euros pour un gynécologue.

Les SF libérales ne sont pourtant pas les plus mal loties quant à leur rémunération. Dans le milieu hospitalier, le salaire de début de carrière est de 1700 euros, bien loin des salaires dans la fonction publique à formation équivalente.

Ces grilles de salaire, loin de satisfaire les professionnels, sont à l'origine de nombreuses contestations, au regard du niveau de responsabilité qui leur incombe, de leur niveau d'étude, des compétences attendues et de leur rôle indispensable dans le monde du soin et de l'obstétrique.



Les évolutions de la profession : un rôle tampon ?

Au cours de nos entretiens, nous avons été étonnées de la faible rémunération d'un travail nécessitant de longues études. Mais au-delà de ce constat, c'est l'inadaptation avec un niveau de responsabilité qui est encore plus flagrant ainsi que l'étendue des actes qu'elles sont aujourd'hui habilitées à effectuer. L'élargissement de leur champ de compétence ne s'est accompagné ni d'une reconnaissance financière, ni d'une véritable reconnaissance sociale et médicale. Si on les autorise aujourd'hui à pratiquer la majorité des actes de suivi gynécologique, la pratique d'accouchement à domicile tient du parcours du combattant. Les assurances ne se risquent toujours pas à leur accorder des couvertures pour ces naissances jugées trop dangereuses, car non accompagnées d'un médecin. Nous verrons ici que cette mise « sous tutelle médicale » est issue d'un rapport de force de longue date et que l'élargissement des actes professionnels ne rime pas avec libération d'un espace de travail autonome et reconnaissance.

Histoire d'une profession dépréciée

« Tout au long de l'histoire, la sage-femme est passée de la lumière à l'ombre, de la visibilité à l'invisibilité, phénomènes liés à sa condition de femme, mais aussi à la détention d'un savoir pratique, dit profane, autour du mystère de la reproduction. L'analyse de son histoire met en lumière une dichotomie permanente de son rôle, de ses fonctions : sage-femme guérisseuse/sage-femme sorcière ; sage-femme symbole de féminité/débridée sexuelle ; sage-femme dans l'intime des femmes régulant les naissances/sage-femme criminelles ; sage-femme au savoir profane (pratique manuelle, tâches impures)/sage-femme ne pouvant accéder à l'instruction ; sage-femme profession féminine autonome/sage-femme dominée par le pouvoir médical. » (Charvolin, 2016)

L'étymologie du mot sage-femme est soumise à controverse. Si la sagesse renvoie à l'expertise, à la connaissance, il pourrait aussi avoir remplacé la dénomination de matrone qui relève du profane pour légitimer un exercice encadré par l'église. La « femme » pourrait quant à elle désigner celle qui aide à accoucher comme la femme qui accouche (parturiente). Selon cette deuxième acception, ce serait donc la mise au service du savoir de la maïeuticienne pour la parturiente (et non une femme qui possède des connaissances comme la juxtaposition française peut le laisser entendre). C'est en tout cas comme cela que se forme le mot anglais *mid* (avec *wife* (la femme, au sens de l'épouse, la mère, par au sens du sexe féminin).

Il convient maintenant de rappeler que le statut des sages-femmes tel que présenté précédemment est très récent comparé à la pratique même de l'accouchement. Cet événement a longtemps appartenu au cercle privé, et ce sont les « matrones » qui s'occupaient de la délivrance : le caractère presque secret de cet événement leur conférait simultanément une grande respectabilité au sein des communautés de femmes et un statut dégradé, car considéré comme sale et impur. Leur légitimité se basait sur leur expérience et sur l'apprentissage oral, et elles n'étaient pas rémunérées.

Ce n'est qu'à partir de la fin du Moyen-Âge que le statut de sage-femme apparaît. Ce sont des matrones engagées et rémunérées par l'État, et qui incidemment assoient l'autorité religieuse sur le corps des femmes. Elles doivent en effet rapporter toute situation « contraire aux bonnes mœurs », comme un avortement ou une fausse couche par exemple, là où les matrones



représentaient une figure « au service » des femmes. Progressivement avec ce nouveau statut, les sages-femmes vont perdre en grade : elles sont rattachées à l'autorité des chirurgiens barbiers et doivent les laisser agir lors de situations plus complexes qu'un simple accouchement eutocique, alors même qu'elles maîtrisent ces situations. Les matrones sont ainsi déconsidérées et perdent de leur respectabilité.



Le XVIII^e siècle voit la scientification de l'accouchement par les chirurgiens et leur prise de contrôle progressive sur ce champ. Leur légitimité provient de la science et de la manipulation des instruments spécifiques tels que le forceps. S'il est anachronique de parler de prolétarianisation proprement dite, il est difficile de ne pas voir ici une dépossession de capacités et d'aptitudes des sages-femmes, au bénéfice des hommes et des outils. Cette référence à la prolétarianisation permet de retranscrire cette perte de pouvoir des sages-femmes et leur invisibilisation. Elles sont reléguées aux accouchements eutociques, classiques, ce qui est toujours le cas à l'heure actuelle, tandis que les chirurgiens puis les obstétriciens maîtrisent les accouchements dystociques, soit ceux avec des complications. La révolution de 1789 libère les sages-femmes de la tutelle des chirurgiens et crée des écoles de formation spécialisées : elles reprennent du travail en tant que libérales, mais cette nouvelle visibilité ne dure pas longtemps et de nouvelles lois arrivent très vite pour réglementer leurs activités et les différencier des accoucheurs spécialisés.

L'idée qu'un accouchement sécurisé ne peut qu'avoir lieu au sein d'un hôpital avec un suivi médicalisé s'impose au début du 20^e siècle. En 1882, le corps des accoucheurs est créé dans un mouvement pronataliste bourgeois. Leur militantisme pro hospitalier s'appuie sur l'idée que le manque de connaissance scientifique des femmes sur leur propre corps est meurtrier et que seuls l'hôpital et les conseils de médecins peuvent remédier à la mortalité infantile dont elles sont à l'origine. Cette médicalisation de l'accouchement cause d'ailleurs à l'époque et dans un premier temps, une augmentation du nombre de mort en couche (même si les évolutions médicales de la prise en charge et les protocoles d'hygiène ont ensuite permis de réduire très largement le nombre de mort chez les parturientes et leurs enfants). Y compris à l'heure actuelle, rares sont les sages-femmes libérales qui se risquent aux Accouchements A Domicile (AAD) tant leur responsabilité médicale et juridique est engagée pour ce genre d'accouchement. Une double évolution est mise en place dans les années 1960 pour favoriser des naissances plus « sûre » : d'une part, on ouvre des maternités gratuites pour les femmes qui y affluent, au détriment des maisons de sages-femmes qui était le lieu de naissance le plus répandu avec les accouchements à domicile ; d'autre part, on invite les sages-femmes à rejoindre les maternités nouvellement créées. Ces dernières vont alors largement arriver dans les hôpitaux qui garantissent un salaire et des horaires fixes. Cette évolution fait quasiment disparaître la profession libérale au profit d'un salariat hospitalier qui les place sous une tutelle médicale dont elles ne se sont toujours pas défaites. Le retour à l'exercice médical est assez récent. Il est lié aux mauvaises conditions de travail et de salaire à l'hôpital, à une volonté d'émancipation des SF. Il s'inscrit aussi comme nous allons le voir à un moment de crise du système de santé français qui se traduit notamment par une pénurie de médecins et spécialistes et une volonté de réductions de dépenses publiques médicales.

La tutelle instituée par l'intronisation de l'hôpital et des accoucheurs puis des obstétriciens comme figure médicale de l'accouchement est encore largement perceptible jusqu'à aujourd'hui. Les



assurances refusent encore largement d'assurer les sages-femmes qui pratiquent des AAD, certaines leur proposent une couverture en échange de plusieurs milliers d'euros, comme Jacqueline Lavilloniere à qui l'on a proposé, après plusieurs refus, une assurance à 22 000 euros sans laquelle elle ne pouvait pas exercer. L'ANSFL (Agence Nationale des Sages-femmes Libérales) décrit que « cette décision soulignait la différence d'activité des sages-femmes en charge des grossesses et accouchements sans risque majoritaires contrairement aux médecins chargés de la pathologie ».

En 2017, le syndicat de la gynécologie et de l'obstétrique (syngof) écrit, les mots suivants à la suite d'une campagne gouvernementale de promotion de l'élargissement des compétences autorisées pour les sages-femmes :

« ce gouvernement suggère que de consulter une sage-femme est identique en termes d'accès aux soins à consulter un médecin, alors que le niveau de formation et de compétence est loin d'être les mêmes [allant jusqu'à déclarer qu'] il en résultera une perte de chances pour les femmes » (citation extraire de l'article de Maï de Lu, 2019)

Une surtension structurelle des médecins et des gynécologues en particulier

Si elles sont aujourd'hui encore sous la tutelle des obstétriciens et si le remboursement complet de leur consultation n'est possible que sous prescription d'un médecin généraliste, leur compétence pallie les manquements de l'organisation du système de soin et de la pénurie de suivi médical spécialisé pour les femmes.

Les sages-femmes libérales répondent à une nécessité croissante de suivi obstétrique, mais également gynécologique. Face à une pénurie institutionnalisée de gynécologues engendrant un suivi détérioré de la santé des femmes, les maïeuticiennes comblent les failles d'un système qui parfois semble être un tonneau des danaïdes à bien des égards.

Le nombre de gynécologues en France a chuté de moitié ces 15 dernières années, laissant certains territoires à l'état de désert gynécologique et obstétrique. La situation ne semble pas aller en s'améliorant, la DRESS prévoit une baisse de 16 % de ce chiffre d'ici 2030.

Le Monde indique en 2017 que :

« Dans certains départements, qui sont souvent déjà des "déserts médicaux", les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous s'allongent, car les gynécologues se font rares, toutes spécialités confondues. On en compte 4,2 pour 100 000 habitants dans la creuse, 4,32 en Dordogne ou 4,37 dans l'Ain, contre 28,6 à Paris ou 67,4 à Neuilly-sur-Seine, la ville la mieux dotée de France. »

De nombreuses femmes renoncent ainsi à se soigner. Ce problème est régulièrement pointé par des hommes et femmes politiques de tous bords. En 2018, le sénateur P. Laurent adresse les mots suivants à la ministre des Solidarités et de la Santé :

« Pour cette année 2018-2019, ont été ouverts en gynécologie médicale 82 postes d'internes. Ce nombre en légère hausse est loin de compenser la chute vertigineuse constatée depuis des décennies. En effet, le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) constate qu'au 1er janvier 2018, il n'y avait plus en France que 1 054 gynécologues médicaux en exercice, soit 891 de moins qu'en 2007, et 82 de moins qu'en 2017. En janvier 2019 leur nombre est passé largement sous la barre des



1 000 gynécologues, du fait de départs à la retraite. Ces gynécologues médicaux auront pour mission d'assurer la prise en charge de près de 30 millions de femmes en âge de consulter. C'est une situation préoccupante quand l'on sait notamment que 61 % des cas de cancers chez les femmes sont des cancers gynécologiques. Or si en 1997 60 % des femmes consultaient régulièrement et spontanément leur gynécologue médical, elles n'étaient en 2012 que 25 % à pouvoir le faire et sans doute bien moins encore aujourd'hui. »

La réponse qui lui a été faite est assez révélatrice de la situation. On lui a répondu qu'une prime à l'installation avait été mise en place pour favoriser l'installation en milieu rural et que 82 postes supplémentaires avaient été ouverts par le gouvernement...

Cette pénurie s'explique par deux facteurs principaux :

- La fermeture de la spécialité de 1986 à 2003 a entraîné un « trou » générationnel
- Une tension générale quant au nombre de médecins formés par an. Ce nombre a jusque récemment été soumis à un *numerus clausus* supprimé en 2021, mais dont les retombés ne seront ressentis qu'à partir de 2030 pour les généralistes et 2034 pour les spécialistes si tant est que ces retombés soient significatives.

L'élargissement du champ d'action des sages-femmes : une exaptation contemporaine

À la vue de cette pénurie, le monde de l'obstétrique et de la gynécologie laisse un nombre très important de femmes sans suivi. La présence de près de 8000 SF libérales en France pallie en partie à cette absence de suivi. C'est l'un des motifs de l'extension de leur champ de responsabilité par les lois de 2004 et 2009 dans un contexte où le corps des médecins est historiquement très réticent au partage de leur compétence avec le paramédical. Comme nous l'avons évoqué, la possibilité de suivre les femmes sur toutes leurs grossesses, de leur prescrire toutes formes de contraceptions, de pratiquer des IVG médicamenteuses ou des poses de DIU est assez récente et permet aux patientes de ne pas être dépendantes de médecin qui ont souvent un délai de 3 à 5 mois pour obtenir un RENDEZ-VOUS.

Depuis peu, les SF sont également habilitées à pratiquer des accouchements à domicile (AAD) et des PRADO (PRogramme d'Accompagnement du retour à Domicile). Les PRADO permettent de réduire le temps passé à l'hôpital, de soulager les hôpitaux en manque de personnel et d'économiser l'occupation d'un lit pendant 2 à 4 jours. L'ouverture de cette pratique a été jugée scandaleuse par l'une de nos interviewées qui considèrent que le système de santé économise « sur le dos » des sages-femmes qui se retrouvent en responsabilité juridique de l'intégrité physique de la mère et de l'enfant, cela pour environ 80 euros de l'heure (en comparaison une journée à l'hôpital coûte environ 1800 € par femme à l'hôpital public).

Cet élargissement des compétences et obligations de passer par une première année d'étude de médecine a transformé l'activité des sages-femmes avec le risque d'en faire une voie de repli/dépit pour un certain nombre d'aspirants médecins. Il a aussi contribué à la masculinisation de la profession (passant de 2 % en 2011 à 4,5 % en 2020).

Au-delà de cet élargissement législatif de leur pratique, les SF se sont vu donner de nombreuses responsabilités par les obstétriciens eux-mêmes. Ainsi, si elles n'ont pas le droit de suivre directement une grosse pathologique, les gynécologues peuvent chapeauter un suivi fait par une



sage-femme. Elles se retrouvent donc souvent en charge de patientes pathologiques, rapprochant beaucoup leur pratique de celle des médecins.

Doctolib, la numérisation de l'activité

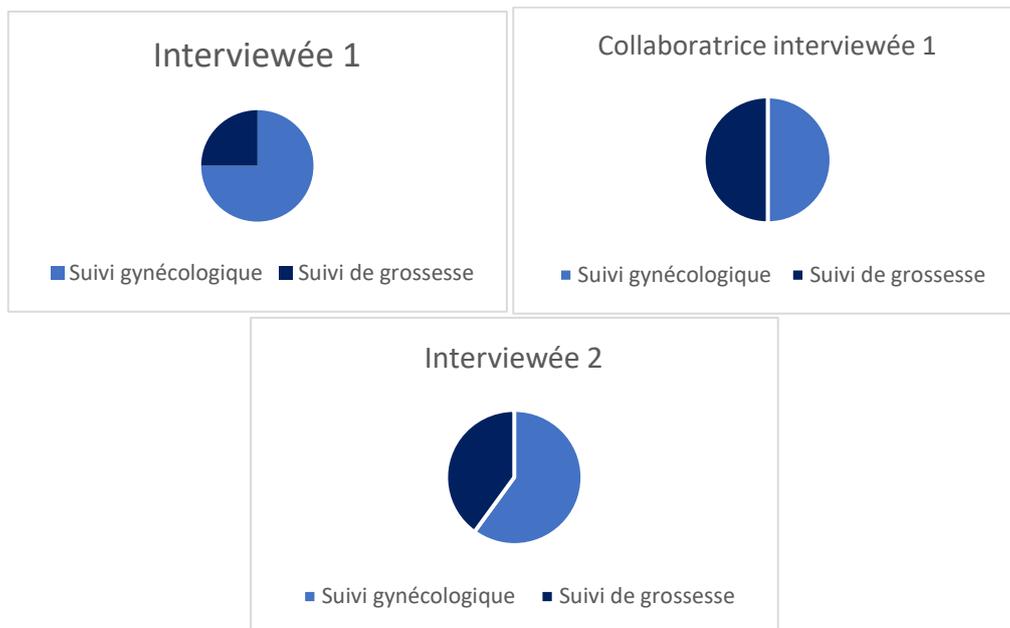
Consultation en ligne, numérisation du suivi, utilisation massive de plateforme telle que Doctolib, transfert numérique des résultats d'examen... les confinements des dernières années ont amplifié un phénomène qui prenait doucement place depuis quelques années.

Si ces pratiques numériques ont pu accélérer la transmission des informations médicales, décharger les SF de la gestion des rendez-vous, elles posent aussi la question de la prise en main individuelle de ces outils généralisés et de leurs suivis.

L'impossibilité de rajouter des rendez-vous entre deux créneaux, de prioriser des urgences ou de se mettre en attente peut être des freins à une pratique fluide et optimisée de l'activité. Cela peut avoir des conséquences sur la patientèle dont une partie peut renoncer à être traitées faute d'un accès facile à un RDV ou d'un délai trop long. L'une de nos interviewées a ainsi choisi de conserver une secrétaire pour bénéficier de cette flexibilité, alors que l'autre SF continue de fonctionner par téléphone et messages textuels, ce qui — elle le reconnaît — représente une charge mentale conséquente.

Les sages-femmes pratiquent-elles encore des accouchements ?

À ce stade on pourrait se demander si les sages-femmes libérales sont toujours maïeuticiennes. La réponse dépend des choix de vie, de l'orientation de l'activité et des compétences de chacun. La part de suivi de grossesse est elle-même assez variable — ne représentant jamais la majorité des consultations — allant de 25 à 50 % de l'activité.



Part des suivis gynécologiques et obstétricaux chez nos interviewées



Trois modalités d'accouchement existent pour les sages-femmes libérales : les conventions avec les hôpitaux locaux et leurs plateaux techniques d'hôpitaux ; les accouchements à domicile et les toutes nouvelles maisons de naissance.

- Les conventionnements avec les plateaux techniques sont rares (4,4 % en 2008). Dans ce cadre, les sages-femmes ont accès 7 j/7 à des salles d'accouchements et peuvent suivre les patientes qu'elles ont accompagnées pendant la grossesse. En cas de problème, les anesthésistes et chirurgiens de l'hôpital interviennent.
- Les AAD (Accouchement Accompagné à Domicile) sont une modalité assez plébiscitée par les mères. Accoucher chez soi, dans un environnement apaisant, connu et en compagnie d'une professionnelle de confiance est assez séduisant pour des femmes rebutées par le milieu hospitalier, les violences obstétriques, une technicité mal vécue ou encore un manque d'écoute des volontés de la mère. Pourtant, nous l'avons vu, ce mode d'accouchement est rendu très difficile par le refus des assurances de prendre en charge ces naissances. Une infime minorité des sages-femmes les pratiquent. Elles ont l'obligation de détenir une assurance et sont souvent contraintes de renoncer aux AAD. Cette pratique est beaucoup plus répandue dans d'autres pays européens comme les Pays-Bas où 16 % des naissances se font à domicile, suivi par des sages-femmes libérales qui pérennisent une pratique qui s'est perdue en France.
- Les maisons de naissance sont des centres en expérimentation qui sont prometteuses et qui redéfinissent le rapport des parturientes à leur accouchement. Proches du fonctionnement des anciennes maisons de sage-femme, elles sont néanmoins situées au sein des hôpitaux. Gérées uniquement par des sages-femmes, elles peuvent y effectuer un suivi global (de la prise en charge au post-partum) des grossesses sans risque. Ces lieux favorisent des naissances plus douces, dans des lieux conviviaux et chaleureux, tournés vers des types d'accouchements dits physiologiques (sans péridurale ni forceps). Composés de salles de réunion, de cuisines et de chambres plus intimistes, elles remettent le couple au cœur du processus de mise au monde grâce à un suivi de bout en bout et à une personnalisation importante. Huit d'entre eux ont été ouverts en France, 12 autres sont à venir et d'autres sont en projet, suite à une phase de tests de plusieurs années, la pérennisation de ces modes d'accouchement a été annoncée en 2020 par le gouvernement. En Allemagne, c'est plus d'une centaine d'entre eux qui ont été mis en place depuis la fin des années 1980.

Ces trois modes d'accouchement sont assez mal perçus par le corps médical, et principalement les deux derniers. Ce dernier est convaincu que le risque d'infection, de complication, de mort de l'enfant est accru et que ces accouchements sont une régression délétère, lié à des pratiques dites « alternatives » proches de rappeler — au moins dans l'inconscient collectif — les dénominations de « sorcières » exerçant des actes hors de toute rationalité et technicité scientifique. Sont dénoncés : les risques d'infection post natal, la mortalité possible si un pédiatre n'est pas présent, le combat des femmes pour accéder à la péridurale qui serait bafouée par de telles pratiques, et les 22 % de transfert des maisons de naissance vers l'hôpital, témoin de l'incompétence des sages-femmes à gérer des grossesses qui se compliquent.

En faisant ce procès d'intention, les médecins exercent un rapport de force pour protéger leur profession et leur place qu'ils sentent menacées par les SF. Ils occultent par là les propres lacunes et insuffisances du système de soin actuel : les infections qui arrivent à l'hôpital, les absences de pédiatre et de médecins dus à des sous-effectifs chroniques dans les hôpitaux, les violences obstétriques et gynécologiques dont ils peuvent être un rouage (plus ou moins conscients). Ils font preuve de mépris institutionnel envers des sages-femmes, qui pourtant, soucieuses du bon



déroulement des naissances, transfèrent la patiente au moindre signe d'éventuelles complications. Notons à nouveau que seules les grossesses à bas risque peuvent être prise en charge hors de la maternité conventionnelle. Ces nouvelles compétences représentent pourtant une échappatoire face à un système hospitalier à bout de souffle qui doit aujourd'hui être réinvesti et repensé.

Le propos n'est pas ici de présenter un plaidoyer pour l'accouchement extra-hospitalier, il tente par cette entrée de montrer les lacunes de l'accompagnement actuel, d'en présenter les alternatives possibles à l'exercice libéral et de reconnaître la compétence des sages-femmes à encadrer des accouchements.

Un statut en crise

« La profession de sage-femme traverse depuis plus d'un an une crise sans précédent liée à son positionnement, sa reconnaissance, mais également à ses conditions de travail, compromettant l'attractivité du métier et altérant un système périnatal de plus en plus précaire. Les arbitrages gouvernementaux rendus à l'automne dernier n'ont pas été à la hauteur des attentes de la profession et se sont notamment traduits par des revalorisations en deçà des recommandations formulées par l'IGAS qui, de plus, n'intègrent pas les différents modes d'exercice. » (communiqué commun des syndicats de sages-femmes, 2022)

Les contestations

En janvier et en octobre 2021, des manifestations majeures ont été organisées par les sages-femmes, et particulièrement à l'initiative des hospitalières, dont les conditions d'exercice sont difficilement supportables : gardes à rallonge, fatigue accumulée, rémunération très en deçà de leur niveau d'étude et de responsabilité...



Cet épuisement participe de la désertion de la profession : de nombreux hôpitaux sont aujourd'hui contraints de fermer leur service obstétrique par manque de personnel, dont celui de la clinique St Côme à Compiègne en grande difficulté ces derniers mois.

Le Ségur de la santé, organisé au sortir du confinement à octroyer une augmentation de 100 euros de leur salaire et la promesse d'un étalement de leurs études en 6 ans pour décharger les étudiantes d'une formation très dense. Cette mesure a été jugée inadaptée et insuffisante par les syndicats,



elles qui demandent une revalorisation du statut, une augmentation significative de leur rémunération et qui attendent encore l'établissement de cette 6e année d'étude.

Quant aux SF libérales, leur statut est bien plus attractif auprès des jeunes diplômés. La rémunération, loin d'être considérée comme suffisante par l'intégralité des praticiennes, est néanmoins plus décente que celle des hospitalières. Des spécialisations comme l'échographie attire particulièrement, du fait de leur tarification plus attractive.

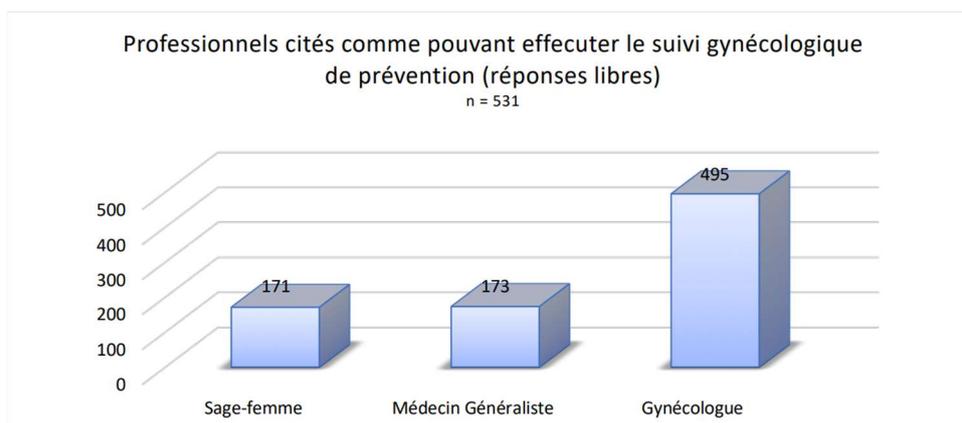
Cette plus grande autonomie de salaire et d'activité n'enlève rien à la colère des sages-femmes libérales, toujours soumises à la tutelle des médecins, leur déconsidération dans le milieu médical et la non-reconnaissance sociale et financière de leur niveau de compétence et de responsabilité.

Profession mal connue et perçue (on croit que c'est réservé seulement aux femmes enceintes)

Malgré l'ouverture des responsabilités au suivi complet des femmes, la profession souffre de leur faible notoriété sur ce point. La majorité des femmes pensent qu'elles ne peuvent qu'accompagner un accouchement, voir qu'elles sont des assistantes des médecins obstétriciens.

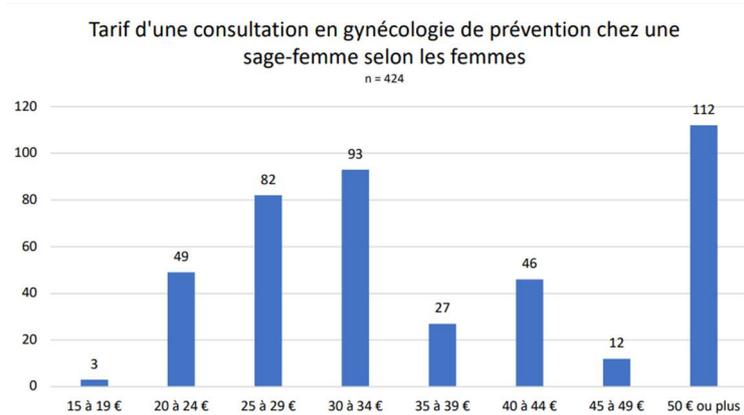
« C'est tout le paradoxe de notre profession : nous disposons d'un réel capital de sympathie, mais il y a une vraie méconnaissance de notre métier, y compris pour l'accouchement. La plupart des gens pensent que nous sommes là pour assister le médecin. Ils ne savent pas que, hors complications, c'est la sage-femme qui pratique l'accouchement, et non l'obstétricien. »

Une étude de 2019 menée Sophie Lardanchet en région PACA montre cette méconnaissance quant au rôle des sages-femmes.



Professionnels cités comme pouvant effectuer un suivi gynécologique de prévention par un échantillon de 531 femmes (Lardanchet, 2019)

On observe ici que sur plus de 500 femmes interrogées, seules 171 savaient ou pensaient qu'une sage-femme pouvait les accompagner sur le plan gynécologique



Tarif supposé d'une consultation en gynécologie chez une sage-femme par 424 femmes interviewés. (le tarif conventionné est de 23euros)

De plus, en grand nombre d'entre elles surestiment largement le prix d'une consultation, rendant ce suivi inaccessible dans l'imaginaire commun d'une proportion non négligeable de la population féminine.

Au-delà d'une méconnaissance des habilitations des sages-femmes, c'est une mésinformation assez prégnante quant aux modalités possibles de leur suivi gynécologique qui est visible dans la population féminine française et qui explique en partie le renoncement à un suivi.



Les sages-femmes acrobates : un réel complexe et polyvalent

Comme nous l'avons évoqué, le champ d'action des sages-femmes a évolué dans un contexte soutenu par une pénurie systémique d'obstétriciens. Mais au-delà du champ d'action autorisé par la loi, le sujet d'étude des sages-femmes est en lui-même transdisciplinaire. On n'agit pas sur la peau, les poumons, les fonctions hépatiques ou le système hormonal. Le champ de connaissances et de responsabilités d'une maïeuticienne est par nature très important. L'exercice libéral amplifie cette pluralité de l'exercice, il faut être capable de gérer un cabinet, une patientèle, les prises de rendez-vous, les annulations, mais aussi prendre soin, écouter, comprendre, prévenir. Au-delà d'une profession de la *cure*, les SF pratiquent aussi une activité tenant du *care*. Cet aspect du prendre soin est beaucoup revendiqué par les sages-femmes qui se différencient par-là du corps de médecin, une distinction qu'elles revendiquent. Si certains considèrent ce *care* comme une relégation des SF au second plan lié à une médicalisation de l'accouchement et une prise de pouvoir du corps médical masculin sur le corps des femmes, le suivi et les compétences aigües d'écoute développée par les sages-femmes est une compétence précieuse pour les patientes et constitue une richesse professionnelle. Appuyé par le discours tenu par les professionnels que nous avons rencontrés, nous détaillerons ici la pluralité et l'ambivalence de l'exercice d'une profession alliant soin et prendre soin.

Un exercice libéral pluriel

Un bagage complémentaire à la formation initiale nécessaire

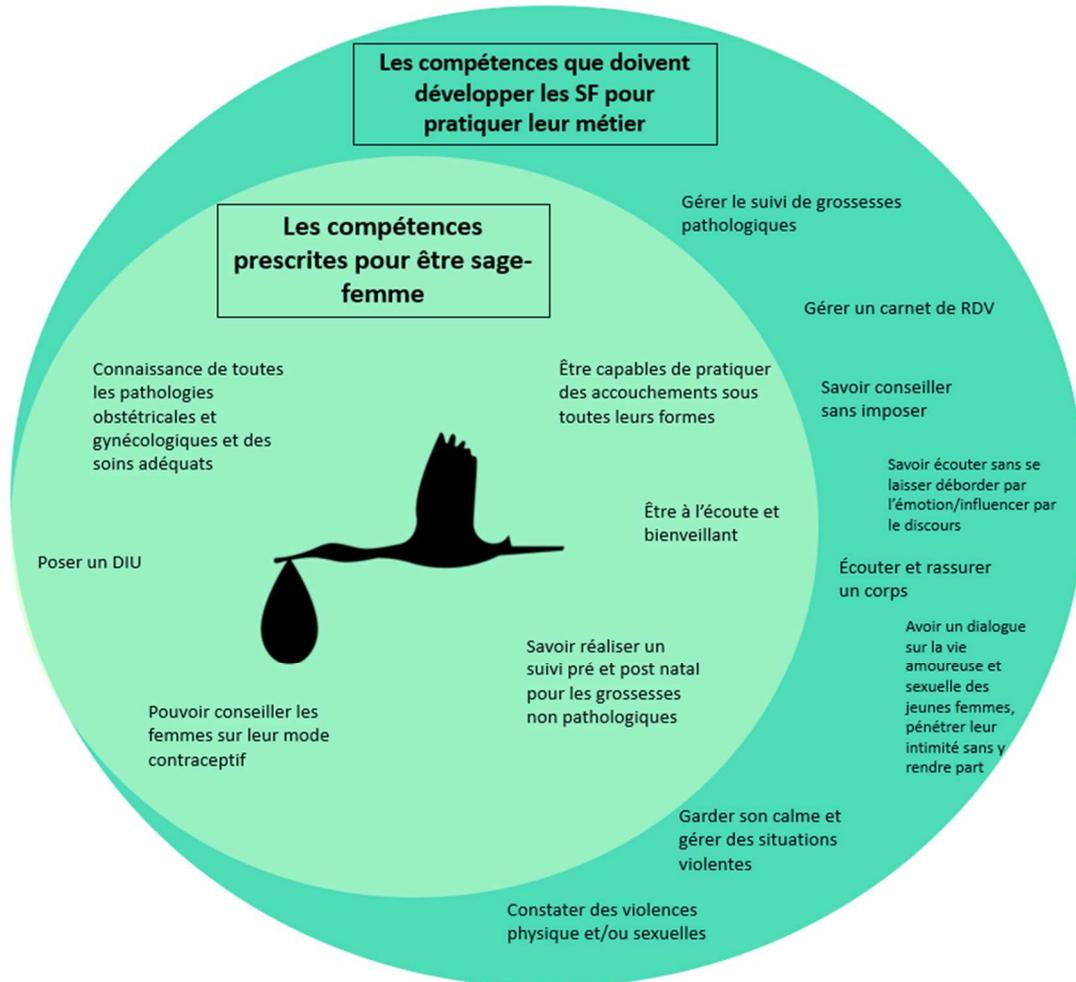
Le bagage médical des sages-femmes est assez complet, comme nous avons pu l'observer dans la partie I, la pluralité des connaissances scientifiques qu'elles acquièrent sont importantes. Pour autant, les évolutions de la médecine, l'émergence de nouvelles pratiques et l'éventail de problématiques auxquelles elles doivent faire face requièrent des compléments de formation tout au long de la carrière. À travers des D.U ou des formations courtes, elles peuvent se former à : la tabacologie, la sexologie, l'hypnose, la sophrologie, l'acupuncture ou encore l'endocrinologie qui sont des dimensions complémentaires à leur formation initiale. Elles représentent une plus-value dans le suivi des patientes.

Au-delà de l'élargissement de leurs compétences reconnues par des diplômes ou des certifications, la pratique libérale nécessite un apprentissage long du suivi. Il faut apprendre à écouter en restant objectif, à faire comprendre sans donner d'injonctions brutales, à interpréter les signaux langagiers et corporels, à annoncer les mauvaises nouvelles. Tous ces contextes communicationnels sont accompagnés d'un apprentissage du geste et de la perception. Il faut voir et toucher des poitrines, des cols, des vulves, comprendre viscéralement les interconnexions avec les autres parties du corps, comprendre l'émotionnel et ses implications physiques. Il faut apprendre à toucher sans brusquer et à rassurer tout à la fois les corps et les psychés. Tous ces



apprentissages même s'ils sont évoqués au cours de la formation ne sauraient être inculqués par une autre instance que l'expérience¹ et représentent un défi permanent qui ne finit jamais.

Plus que l'écart entre travail prescrit et travail réel, c'est la différence entre le travail « formalisé, écrit, transmissible » et « l'expérience informelle » accumulée par ceux qui travaillent qui fait sens. Une expérience à la fois technique et subjective.



Des compétences réelles plus larges que celles enseignées

Les spécificités organisationnelles du travail de cabinet

Les sages-femmes que nous avons interviewées pratiquent des consultations durant entre 30 et 45 minutes. Elles reçoivent environ 6 et 8 patientes par jour. Elles peuvent être accompagnées dans un certain nombre de cas (par leur partenaire, un parent, une ou une amie). Une part du temps des SF est consacrée à la gestion de leur cabinet :

- La gestion comptable, qui représente 3 à 10 h/mois selon les périodes) ;

¹ pour reprendre le propos d'Yves Clot citant Oddone in « le travail sans l'homme », la Découverte, mars 1995, p170



- La gestion des rendez-vous dépendant du mode de secrétariat choisi (par téléphone fixe, messages textuels, secrétaire, Doctolib) qui représente son lot de déconvenues (retard, absence des patientes...);
- L'ouverture et le traitement du courrier (résultats d'examens médicaux prescrits, rappel des patientes concernées, redirection vers des spécialistes en cas de pathologies découvertes...) Ces moments peuvent s'avérer intenses dans le cas où de lourdes pathologies sont détectées.

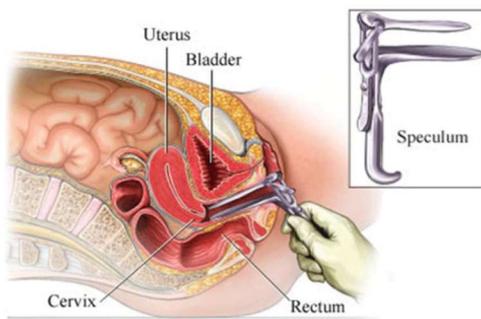
Le déroulement des consultations

Il est assez difficile d'identifier des rendez-vous types où même un déroulement standard, nous allons néanmoins nous efforcer à donner à voir ceux-ci. Lors de la réception d'une patiente, la SF va d'abord demander à la patiente ce qui a motivé sa visite, elle va ensuite passer environ 10 minutes (jusqu'à 20 minutes pour l'un de nos interviewés) à cerner le passé médical, lister les pathologies familiales et à préciser le motif de consultation avec la patiente. Ensuite, une auscultation est possible, mais pas obligatoire en fonction du motif. La SF peut aussi consacrer la séance à de la prévention, du suivi, des conseils, du soutien psychologique... Si le rendez-vous prend place dans un suivi régulier, l'identification des antécédents n'est pas renouvelée à chaque séance. Néanmoins, une part du temps est toujours réservé à un échange oral et peut porter sur des examens réalisés en amont.

La multiplicité quasi sans fin des outils pouvant être utilisée pour le suivi gynécologique et obstétrique ne laisse pas la possibilité d'en faire une liste exhaustive, mais nous pouvons identifier des types d'outils qui guident leur travail :

- Les outils d'auscultation : le fauteuil, le spéculum ; l'échographe, le stéthoscope ou l'électrocardiogramme... ;
- les outils de vulgarisation : roues prédisant les cycles ovulatoires ; maquette l'appareil génital ; fausses plaquettes de pilules pour en expliquer le fonctionnement ;
- les logiciels de suivi des patientes (10to8, caspio, theranest...);
- du matériel de gym douce utilisée dans la rééducation périnéale ou la préparation à l'accouchement.

Il est intéressant de noter que les outils médicaux qui ont été l'instrument de la dépréciation de leurs compétences manuelles et de leur savoir non institutionnalisé au 19e et 20e siècle sont aujourd'hui pour elles une marque de leur compétence égale à celle des médecins et de leur savoir-faire médicaux. Médium de communication d'examen ou de confort pour la sage-femme (fauteuil ou logiciel par exemple), leur intronisation a été facteur d'une transformation des registres de perception visuels et manuels. Lire une image échographique, observer à l'aide d'un spéculum, ce n'est pas avoir accès au corps de la même manière. Mettre au monde en position couché, c'est permettre un travail plus aisé de la sage-femme et moins naturel de la femme. C'est donc tout un rapport au corps féminin qui est sous-entendu par la pratique de la gynécologie à l'aide de ces outils.



Pourtant, même s'il est déterminant dans la conception de l'exercice, les outils techniques n'ont pas supprimé l'importance de l'analyse. Les palpations manuelles sont les plus fiables pour détecter des œdèmes, des kystes, des grosseurs, que des échographies peuvent confirmer par la suite ; les accouchements assis ou accroupis peuvent être pratiqués et la demande pour des accouchements plus « naturel » entraîne une exploration de modes alternatifs d'accouchement (dans l'eau, à la maison...).

Modalité d'évaluation du travail : un vide bien mal comblé

- « Quelle merveilleuse découverte ! Très douce, très gentille et efficace. Elle m'a réconcilié avec les gynécologues. Je n'en changerai pour rien au monde. Je vous le conseille vivement ».
- « Une dame hautaine, ma fille de 3 mois est malade donc obligé d'annuler un rendez-vous elle m'oblige à venir quand même malgré tout du coup à annuler tous mes rendez-vous et me demande d'aller voir un autre confère autre part bravo. »
- « Les compétences de XXX ne sont pas à la hauteur de ses prétentions. Très directive, elle n'assure pas un suivi de grossesse fiable, mais multiplie en revanche toutes les séances qui sont remboursées par la sécu, même si elles sont inutiles. »

Ces trois citations sont extraites des avis google apparaissant lorsque l'on recherche le nom de l'une de nos interviewées, aussi subjectifs que violents, ces commentaires reflètent un mode d'évaluation du travail aliénant socialement :

« Quand le sujet entretient un rapport raisonnable au réel par l'intermédiaire de son travail, cependant que son travail n'est pas reconnu par autrui, il est condamné à la solitude aliénante que Sigaut désigne par les termes d'«aliénation sociale». [...] La validation du travail par la reconnaissance accordée par les autres contribue de façon majeure à la construction du sens du travail. Sans la reconnaissance, la souffrance générée par la rencontre avec le travail reste en effet dépourvue de signification » (Gernet & Dejours, 2009).

Aucune autre instance de retour sur le travail effectué n'est mise en place, laissant place au bouche-à-oreille, mais aussi à la rumeur et la malveillance. Or, non compensée par une évaluation



globale de leur niveau de compétence et dans un contexte où les sages-femmes sont dévaluées socialement et médicalement, une évaluation de cet ordre est délétère et pernicieuse. Cela peut entraîner de l'anxiété, du stress et parfois de la déroute.

Des compétences intériorisées

Au cours de notre premier entretien, au détour d'un spéculoos, notre premier interviewé glisse une phrase dans la conversation « de toute façon, en général, le diagnostic est fait en 30 s, des fois je sais même à la tête de la patiente et à sa façon de se présenter à moi ce qui ne va pas ». Loin d'être dans un élan d'autopromotion, elle a développé une telle acuité professionnelle, que ses premiers ressentis vont la guider tout au long du rendez-vous. Au travers d'hypothèses médicales, elle va s'assurer de la santé globale de la patiente, du bon déroulement de son cycle, de sa santé sexuelle et psychologique... Et puis, à force de nous parler de son travail et de se sentir en confiance dans l'entretien, elle va s'autoriser à en dire un peu plus et nous expliquer qu'elle en vient parfois à « dévier » de son rôle et de conseiller des patientes CMU sur leur accès aux aides et aux logements, de faire de l'hypnose conversationnelle à laquelle elle s'est formée récemment, elle nous parle de l'importance de l'infra verbale, du choix des mots. Et puis, deux choses nous marquent.

D'abord, une expression : « sage-femme acrobate ». Celle-ci est évocatrice, mais a aussi sa part de mystère : sage-femme contorsionniste ? Trapéziste ? Après un échange avec elle, il semble qu'elle a plus en tête une équilibriste, marchant sur un câble usé en jonglant entre des injonctions nombreuses, une volonté de bien faire, bien conseiller, déployant de nombreuses ressources en énergie face à une maigre reconnaissance sociétale et financière que pourrait nous faire tomber si on n'y prend pas garde.

Un deuxième fait nous a paru riche d'enseignement. Il s'agit d'une anecdote qui la transcende et qu'elle nous raconte avec un sourire qu'elle n'avait jamais esquissé jusque-là. Trois femmes arrivent à son cabinet la même semaine pour le même motif. Elles tardent à être enceintes, commencent à se poser question sur leur fertilité, expriment une certaine angoisse. La sage-femme prend le temps d'écouter, mais surtout de rassurer, elle oriente la conversation avec un lexique positif et tourner vers l'avenir. Le seul conseil médical avec lequel ressortent ces femmes est celui d'avoir des rapports les jours où les pertes de la femme sont d'une certaine texture. La sage-femme les a auscultées pour la forme car elle a senti que le problème était d'ordre psychologique. Quelque temps plus tard, dans la même semaine, trois coups de téléphone. Ces trois patientes sont toutes tombées enceintes la semaine qui a suivi la consultation.

Dans ce propos, nous avons pu lire du plaisir teinté d'une certaine fierté, une reconnaissance discrète de son travail ? L'intuition, les habiletés communicationnelles, le sens aigu de l'écoute et la bienveillance sembler pouvoir dégager, communiquer une puissance de vie assez impressionnante.

Si nous avons mis en lumière des compétences médicales poussées et voulu mettre en lumière le savoir pratique et théorique afin de les remettre à leur place d'expertes et non de personnel subalterne des médecins, il nous faut ici souligner les compétences relationnelles acquises par



l'exercice du métier de SF. Il est important de souligner le mot « acquis » pour ne pas tomber dans la naturalisation de la femme empathique et maternelle. Les sages-femmes semblent acquérir au fil des années d'expérience des capacités d'écoute, de communication, d'observation lors des consultations, mais également des examens manuels : « Le corps aussi s'écoute ».

Comprendre le processus curatif — *to cure* — comme un cheminement du prendre soin — *to take care of* — et ne pas séparer curatif et humain, c'est une délicatesse nécessaire à la pratique du métier. Et pourtant, les SF ont tendance à beaucoup mettre en avant leur capacité du prendre soin, d'écoute. Selon Maï le Dû, c'est une façon d'exprimer leur compétence et d'affirmer — sans faire référence à des rapports de subordination — leur différence avec les médecins.

Notons cependant que l'un des arguments qu'elles avancent fréquemment pour justifier leur installation en libéral fait état d'une volonté de réinvestir le *care* par un accompagnement humain, personnalisé. Ce dernier nécessite en effet une temporalité différente de celle imposée par l'institution, dont les contraintes invisibilisent et amputent cette part de leur mission qu'elles considèrent comme une plus-value essentielle qui les distingueraient de celle des médecins. [...] les sages — femmes revendiquent leur compétence dans le *care*, vantée comme valeur ajoutée par rapport aux médecins. Même si le rythme de travail imposé par l'institution ne leur permet pas de l'exercer comme elles/ils disent le souhaiter, une part de leur identité professionnelle est fondée sur ce « supplément d'âme ».

Il est donc important de donner à voir toute l'ampleur des compétences humaines nécessaires à la pratique de la maïeutique et du suivi gynécologique et obstétrique, de mettre en lumière la complexité d'adaptation à tous les registres de l'activité de la maternité et de la contraception.

Quelques évocations des beautés de l'exercice

Après avoir fait une place importante à la crise du statut, aux difficultés, au quotidien de cabinet, j'aimerais parler aussi des émerveillements, des beautés, de l'exercice qui, souvent fantasmés, sont pourtant une réalité intime et que l'on a pu entrevoir dans le discours de nos interviewés. Le suivi, l'accès à l'intime que les SF développent avec leurs patientes semblent être une dimension de leur activité de travail où elles vont souvent puiser de la motivation et du sens dans les moments les plus difficiles. Cette proximité/intimité d'avec l'autre, permet aussi d'échanger des rires, des douleurs (physiques, mais aussi psychologiques), des émerveillements et parfois aussi de former des liens allant jusqu'à des amitiés durables et stimulantes dans le travail de suivi.

Le rapport à la mise au monde a aussi été décrit, lors de nos entretiens, avec émotion. Même si le rôle des sages-femmes libérales est pluriel, c'est par ce prisme que le métier semble attirer, ou, c'est souvent une part importante de ce qui passionne. C'est un moment vécu comme éprouvant, intense, où il faut connaître les gestes, très précisément, de manière chronométrée, et à la fois savoir écouter, prendre soin, comprendre, se faire comprendre, adapter son propos et ses gestes. Les sages-femmes libérales qui interviennent sur des accouchements le font pour des patientes dont elles ont suivi la grossesse. Cela est donc vécu comme un aboutissement, bien plus qu'en milieu hospitalier où l'on côtoie parfois les femmes sur un temps assez restreint et « à la chaîne ». Cette polyvalence entre action et écoute, *cure* et *care* est finalement assez représentative de leur travail de suivi. L'intensité d'un accouchement n'est néanmoins pas comparable à la demi-heure



de suivi semestriel. Pourtant, la finesse de la perception du corps et des émotions des femmes qu'elles suivent sont présentes avec la même prégnance, quels que soient les thèmes de consultation.

Conclusion

Cette enquête nous a donné à voir le métier de sage-femme libéral, une profession en crise. Leur rôle irremplaçable est de suivre les femmes dans toute leur vie gynécologique et obstétricale. Vaste rôle prescrit, cette définition ne laisse pas à voir l'éventail immense de compétence et de connaissance qui requiert son exercice. Dans un monde médical où ce métier a été historiquement méprisé, elles ont aujourd'hui un statut hybride et sont soumises à la tutelle des médecins. Cette tutelle se révèle être bien particulière dans la mesure où le corps des maïeuticiennes pallie grandement aux défaillances du corps des gynécologues obstétriciens. C'est ici une profession en crise que nous avons été amenés à observer, crise du statut, crise la considération, qui tente de se faire reconnaître institutionnellement et économiquement.

Dans la réalité de l'exercice, la contorsion et l'équilibrisme de rigueur nous à emmener à faire l'étude de sages-femmes acrobates : l'apprentissage des nuances du care, articulé autour d'un *cure* — souvent minimisé — est d'une nuance complexe qui nécessite une formation continue. Le quotidien pluriel et la multiplicité des rôles endossés nous a quant à lui ramené à l'idée d'une sage-femme jongleuse dont les assiettes chinoises s'apparentent tantôt à un rôle de médecin, tantôt à celui de l'amie, en passant par l'assistante sociale. Cette polyvalence est également une polyvalence et une finesse des registres de perception communicationnelle, visuelle et manuelle qui donnent toute sa force au partage entre la patiente et sa sage-femme.



Retour sur notre travail d'entretien

Nous avons effectué des entretiens avec deux sages-femmes différentes. La première sage-femme que nous avons contactée travaillait avec la sage-femme qui suit Violette. Elle nous a accueillis très tôt dans notre travail, nous avons donc assez peu de connaissance au moment des entretiens, mais aussi assez peu d'a priori. Nous avons effectué deux entretiens d'une heure et demie chez elle à quelques jours d'intervalle. Nous avons décidé de prendre des notes manuscrites pour éviter la barrière de l'écran non visible par l'interviewée. Cela s'est avéré payant selon nous, car l'interviewé a pu voir que nous ne faisons que retranscrire ses propos. La possibilité de faire une interview à domicile a, nous semble-t-il créer un cadre rassurant et propice à une parole libérée. Cela n'a pas été possible, mais il aurait été intéressant de pouvoir la rencontrer dans son cabinet pour observer ses outils, pour favoriser les mises en scène... Le temps court entre chaque entretien nous a fait appréhender le recul que nous aurions pu avoir et ne nous a pas permis de confronter l'entretien avec notre analyse naissante pour qu'elle puisse nous donner son retour sur des matériaux produits (FAST du travail, schéma sur l'écart prescrit/réel...). Néanmoins ces deux entretiens rapprochés nous ont permis de créer du lien avec l'interviewée, de mieux comprendre ses ressentis et ses points de vue. Ce lien a permis à cette professionnelle de se confier sur une situation professionnelle douloureuse et nous a confrontés à l'intensité émotionnelle que peut engendrer le travail d'entretien. Assez bouleversée de ce deuxième entretien, le travail d'enquête en a été d'autant plus motivant et a révélé l'importance de toucher du doigt le réel pour investir un sujet en sciences sociales, d'investir le rationnel avec du recul, mais sans froideur analytique. Nous n'avons pu contacter notre deuxième professionnelle que par téléphone dans la mesure où toutes celles que nous avons contactées à proximité de Compiègne avaient un emploi du temps rempli. À la différence de l'entretien à domicile, l'entretien au téléphone s'est révélé assez insatisfaisant dans la richesse de l'échange avec l'interviewée. Réalisés plus tard dans le travail d'analyse, des points factuels ont pu être abordés, mais n'ont pas été propices à un échange riche.



Bibliographie

Blanchard, L. (2020) Formation et conditions d'exercice des sages-femmes en Europe, *Sages-Femmes*, Volume 19, Issue 6, Pages 49-51, ISSN 1637-4088, <https://doi.org/10.1016/j.sagf.2020.09.011>

Charvolin, V. (2016) « Rapport dominant/dominé, étude sociohistorique de l'obstétrique, entre visibilité et invisibilité du groupe professionnel des sages-femmes », *Revue TRANSVERSALES du Centre Georges Chevrier*
disponible sur : <http://tristan.u-bourgogne.fr/CGC/prodscientifique/Transversales.html>.

Gernet, I. & Dejours, C. (2009). Évaluation du travail et reconnaissance. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 8, 27-36. <https://doi.org/10.3917/nrp.008.0027>

Lardanchet, S. (2019) Connaissance des femmes sur le suivi gynécologique de prévention : étude menée en région PACA. *Gynécologie et obstétrique*. ffdumas-02381103f

Le Du, M. (2019) « Synthèse entre cure et care : les sages-femmes déboussolent le genre », *Clio. Femmes, Genre, Histoire* [En ligne], 49, URL : <http://journals.openedition.org/clio/16300> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/clio.16300>

Neukermans, C., Merhan, F. & Bourgeois, É. (2019). Engagement et apprentissage en situation de travail. Le cas de sages-femmes libérales. *Le sujet dans la cité*, 8, 15-33. <https://doi.org/10.3917/lsdlc.hs08.0015>

Thébaud, F. (2010). Du soin et rien d'autre ? Les logiques sociales du grand déménagement. *Spirale*, 54, 31-37. <https://doi.org/10.3917/spi.054.0031>

Weber, M. (1964) *L'Éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, Paris, Plon ; Gallimard, 2004 ; Pocket/Plon, collection Agora, 2010 (ISBN 2-07-077109-1).