

Rapport sur l'évaluation de la santé au travail des sages-femmes en France

Volet 2 - Étude qualitative

Septembre 2020

Aurore Sainflou

Lionel Dagot

Christine Chalut-Natal Morin



CNSF

Collège National
des Sages-Femmes
de France

UNIVERSITÉ
PARIS8
VINCENNES-SAINT-DENIS

SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
PRÉAMBULE : RAPPEL SUR LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX ET LEUR MESURE	3
CLINICIENNES SALARIÉES	6
RECONNAISSANCE	6
Invisibilité et méconnaissance du métier de sage-femme	6
La société	6
Les institutions	6
Les autres professionnels de santé	6
Reconnaissance salariale	7
Activité invisible, activité empêchée	7
Reconnaissance verticale	8
Gratitude des patientes	8
Soutien du collectif	8
CONFLIT ENTRE VIE PRIVÉE ET VIE PROFESSIONNELLE	9
Temps et organisation du travail	9
Précarité de l'emploi	9
Charge émotionnelle	9
Soutenabilité de l'emploi	10
COORDINATRICES	11
RECONNAISSANCE	11
Méconnaissance du métier de sage-femme	11
Statut problématique	11
Lien avec la hiérarchie	12
Gratitude des patientes	12
CONFLIT ENTRE VIE PRIVÉE ET VIE PROFESSIONNELLE	13
Temps de travail	13
Charge psychologique	13
Difficulté de l'estimation de l'existence du conflit entre vie professionnelle et personnelle	14
CLINICIENNES LIBÉRALES	15
RECONNAISSANCE	15
Méconnaissance du métier de sage-femme	15

La société civile	15
Les institutions	15
Les autres professionnels de santé	16
Rapports sociaux de genre	16
Salaire	17
Gratitude des patientes et des couples	17
CONFLIT ENTRE VIE PRIVÉE ET VIE PROFESSIONNELLE	18
Disponibilité étendue et charge psychologique	18
Menace de précarité	18
Difficulté à se faire remplacer	19
Apport du collectif	19
CONCLUSIONS	20
BIBLIOGRAPHIE	20

PRÉAMBULE : RAPPEL SUR LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX ET LEUR MESURE

Le Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux (RPS) définit ces derniers comme des « *risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental* » (Bodier & Wolff, 2018).

Ces facteurs sont regroupés autour de six axes :

- L'intensité du travail et le temps de travail
- Les exigences émotionnelles
- L'autonomie
- Les rapports sociaux au travail
- Les conflits de valeur
- L'insécurité de la situation de travail

Le COPSOQ (Copenhagen Psychosocial Questionnaire) est un auto-questionnaire qui permet d'évaluer un grand nombre de facteurs de risques psychosociaux et leurs conséquences. Il en existe trois versions : une longue, une moyenne et une courte. Le questionnaire du volet quantitatif de cette recherche comprenant un grand nombre d'items, nous avons opté pour la version courte du COPSOQ, dont la traduction en français a été validée (Dupret et al., 2012).

Vingt-trois échelles, évaluées majoritairement par deux items, donnent un score que nous avons recalculé afin d'obtenir pour chacune une note allant de 0 (valeur minimum, par exemple « *dans une très faible mesure* ») à 10 (valeur maximum, par exemple « *dans une très grande mesure* »). Les items relatifs à l'épuisement, redondants avec l'évaluation du burnout réalisé par une autre échelle également présente dans notre questionnaire, ont été retirés.

Les 44 items ont été présentés de façon aléatoire. Certains d'entre eux n'étant pas cohérents avec tous les modes d'exercices (les sages-femmes libérales ne sont par exemple pas concernées par la dimension « Organisation et leadership »), le choix de réponse « *non concerné.e* » a pu être ajouté lorsque cela était nécessaire. Ces réponses ont ensuite été traitées comme des données manquantes. La dimension « épuisement » redondante avec la passation du MBI, a été retirée.

Les dimensions sont regroupées en 6 domaines :

- Contraintes quantitatives
 - Charge de travail
 - Rythme de travail
 - Contraintes cognitives
- Organisation et leadership
 - Prévisibilité
 - Reconnaissance
 - Justice organisationnelle

- Clarté des rôles
- Conflits de rôles
- Qualité du leadership du supérieur hiérarchique
- Soutien du supérieur hiérarchique
- Confiance entre les salariés et le management

- Relations entre collègues
 - Confiance entre collègues
 - Soutien social entre collègues
 - Autonomie
 - Marge de manœuvre
 - Possibilités d'épanouissement

- Santé et bien-être
 - Santé auto-évaluée
 - Stress
 - Exigences émotionnelles
 - Conflit vie privée / vie professionnelle
 - Insécurité professionnelle

- Vécu professionnel
 - Sens du travail
 - Engagement dans l'entreprise (ou l'institution)
 - Satisfaction au travail

Les violences, dimension présente dans des versions plus longues du COPSOQ, n'ont pas été évaluées dans cette étude. Il importe d'intégrer cet élément à notre réflexion notamment à l'heure d'évaluer quels facteurs sont fortement liés à l'épuisement.

CLINIENNES SALARIÉES

Le volet quantitatif de l'étude permet de mettre en lumière le fait que la reconnaissance et le conflit entre vie privée et vie professionnelle sont fortement en lien avec la satisfaction au travail et l'épuisement émotionnel (l'une des composantes du *burnout*).

De manière à mieux comprendre ces résultats, des entretiens semi-dirigés ont été conduits avec cinq sages-femmes cliniciennes salariées volontaires. Toutes travaillent dans des maternités publiques et leur moyenne d'âge est de 43 ans (de 27 à 57 ans). Nous rapportons ici une **synthèse des propos recueillis**.

A. RECONNAISSANCE

1. Invisibilité et méconnaissance du métier de sage-femme

Lorsque le sujet de la reconnaissance est évoqué, il est d'abord mis en lien avec la méconnaissance et l'invisibilité du métier, observées à plusieurs niveaux.

a) La société

- Métier parfois inconnu : « *Vous êtes sage-femme ? Ça existe encore ?* ». ... ou très peu connu du grand public : « *les gens ne sont pas au courant de ce qu'on fait* ».
- Assimilation de la sage-femme par le grand public à une infirmière spécialisée : « *On entend souvent, en entrant dans une pièce "ah, je te laisse, l'infirmière est là"* ».
- Le statut médical de la profession est en général méconnu.

Cette méconnaissance semble toutefois diminuer depuis quelques années, en même temps qu'augmentent les attentes des patientes (demandes de projets d'accouchement, bienveillance en obstétrique...)

b) Les institutions

- Métier régulièrement oublié par les institutions : invisibilité des sages-femmes au Ségur de la Santé
- Dans le système informatique des hôpitaux, elles sont en général considérées comme des infirmières.
- Leur salaire est basé sur des grilles de salaires du personnel paramédical.

c) Les autres professionnels de santé

- Les sages-femmes rapportent régulièrement le manque de reconnaissance ou de connaissance des autres professionnels de santé qui ne les recommandent pas, voire les déconseillent
- Métier parfois difficilement situé par les professionnels de santé dans l'organigramme de l'hôpital : « *Il y a pas longtemps encore, il fallait se battre parce que l'infirmière appelait l'interne au lieu de nous appeler nous* ».

2. Reconnaissance salariale

La question de la rémunération et des heures supplémentaires sont soulevées :

- Les sages-femmes sont rémunérées sur les mêmes grilles de salaire que les personnels de paramédicaux et non médicaux malgré le statut médical de leur profession.
- Leur rémunération ne leur semble pas en lien avec leur niveau d'études.
- Leur rémunération ne leur paraît pas cohérente avec le niveau de responsabilités endossé, puisqu'en cas d'erreur, c'est la responsabilité personnelle de la sage-femme qui est engagée.
- Les sages-femmes évoquent des heures supplémentaires qui ne sont ni récupérées ni rémunérées. Ceci est à mettre en lien avec l'étude quantitative qui rapporte que 56,8%¹ des sages-femmes cliniciennes salariées font des heures supplémentaires « souvent » à « très souvent » et qu'au moins une partie de ces heures ne sont ni payées, ni récupérées.

3. Activité invisible, activité empêchée

Plusieurs facteurs participent à l'invisibilisation de l'activité des sages-femmes, cela a un coût psychique, tout comme l'activité empêchée (ne pas pouvoir accomplir une partie du travail qu'on estime devoir mettre en œuvre) :

- Dans le cadre de la Tarification à l'acte (T2A) en vigueur dans les hôpitaux, les actes de *care* ne sont pas cotables donc non facturés pas l'hôpital, donc non reconnus d'un point de vue matériel : ces actes et les compétences qui y sont associées ne sont donc pas rémunérés, le temps nécessaire à leur accomplissement n'est ni pris en compte dans le calcul du temps et des effectifs : *« La direction n'a pas compris que notre travail c'était du temps. Du temps d'accompagnement, du temps d'écoute ».*
- Le manque de moyens (temps, effectifs), souvent évoqué par les cliniciennes, engendre une grande difficulté (voire une impossibilité) à réaliser un travail dont la qualité les satisferait : *« On gère les soins élémentaires... et encore, ça dépend de ce qu'on entend par élémentaire... c'est très frustrant. J'ai l'impression de ne pas faire mon travail », « Et ça c'est la crainte qu'on a toutes. D'être tellement surchargées, qu'on oublie un truc ou qu'on fait mal un truc. (...) Donc c'est une marmite dans ma tête pendant toute ma garde... Qu'est-ce que j'ai oublié... alors je vérifie mais on est dérangé tout le temps, par l'aide-soignante, par le pédiatre, le téléphone... »*
- Une part de l'activité des sages-femmes est bloquée par d'autres professionnels médicaux : *« Les médecins bloquent parfois nos compétences. Par exemple, là où je travaille, les médecins ne veulent pas qu'on fasse des consultations gynéco. Pourquoi ? Je ne sais pas (...). Là où j'ai travaillé avant, ils ne voulaient pas qu'on fasse de suivi de grossesse ».*
- Certains actes effectués par les sages-femmes restent invisibles d'un point de vue administratif : lorsqu'elle a fait un accouchement, une sage-femme déclare que cet acte, lorsqu'il est coté dans le système, est attribué à un médecin, ce qui est vécu comme l'invisibilisation de son travail : *« Quand on a fait un accouchement et qu'on le cote dans l'ordinateur, on met 'accouchement par un médecin'. Alors que les sages-femmes font 90% des accouchements. On est invisibles. Invisibles. Même pour ça on est invisibles ».*

¹ Voir les résultats du volet 1 "Enquête quantitative" de cette même étude.

- Heures supplémentaires non récupérées ou non-rémunérées

4. *Reconnaissance verticale*

La reconnaissance verticale réfère à la reconnaissance par sa hiérarchie :

- Les sages-femmes interrogées peuvent rapporter l'indisponibilité de leurs coordinatrices, qu'elles mettent en lien avec la situation difficile dans laquelle ces dernières se trouvent souvent : « *Les coordinatrices passent leur temps à faire plannings, gérer les remplacements, et ne sont plus dispo pour autre chose* », « *Les cadres [coordinatrices] sages-femmes, on a l'impression qu'elles sont en mode survie* ».
- Les coordinatrices peuvent être décrites comme des gestionnaires qui n'ont pas les mêmes préoccupations que les sages-femmes cliniciennes salariées : les sages-femmes ont le sentiment d'être alors jugées sur leur endurance : « *travailler sans manger ni aller aux toilettes et enchaîner 10 accouchements* » plutôt que sur la qualité des soins.
- La part de *care* du travail des sages-femmes n'est visible que dans les questionnaires de satisfaction des patientes.

5. *Gratitude des patientes*

En psychodynamique du travail, la reconnaissance par les patientes est qualifiée de gratitude :

- La reconnaissance des patientes est souvent évoquée de manière très positive et comme occupant une grande place : « *Alors là, ça a toujours été génial* ».
- Cette gratitude occupe une place importante pour les sages-femmes puisqu'elle comble parfois un manque de reconnaissance autre : « *Je n'attends rien de ma hiérarchie, parce qu'elle n'exprime pas grand-chose. Je me contente des patientes* ».
- Pour certaines sages-femmes, cette gratitude est de plus en plus difficile à obtenir. Une participante explique cela par une combinaison de facteurs. L'augmentation des attentes des patientes associée à une politique de réduction des coûts rend leur accompagnement des patientes de plus en plus difficile. Leur gratitude semble moins exprimée.

6. *Soutien du collectif*

Dans le cas présent, nous évoquons le soutien de la hiérarchie, des pairs et de toute personne collaborant avec les sages-femmes :

- Certaines sages-femmes évoquent l'importance de la reconnaissance de leurs compétences par les médecins avec qui elles travaillent : « *Je vois que je compte professionnellement, que j'ai une qualité professionnelle parce qu'ils [les médecins] me font confiance. Ils ne me gênent pas dans mon travail et me confient des cas difficiles. Je suis très autonome dans mon travail avec l'équipe médicale, et ma parole compte. Si je dis 'on va faire ça', on va faire ça* ».
- L'appui que peut représenter l'équipe à laquelle elles appartiennent est aussi évoqué : « *On se serre les coudes face à l'adversité* ».
- La crise sanitaire due au COVID19 semble avoir renforcé l'isolement, mettant à mal le soutien que le collectif peut apporter (moins de réunions, de formations...)

B. CONFLIT ENTRE VIE PRIVÉE ET VIE PROFESSIONNELLE

La plupart des sages-femmes interrogées évoquent un conflit entre vie privée et vie professionnelle. Une variété de facteurs peut y contribuer.

1. Temps et organisation du travail

Le temps et l'organisation du travail impactent l'équilibre entre vie personnelle et professionnelle :

- Pour des sages-femmes travaillant en maternité à 80%, les heures supplémentaires et changements de garde peuvent régulièrement aboutir à faire dans un mois les heures d'un temps plein.
- Le planning de garde est parfois donné 15 jours avant le début du mois, rendant difficile l'organisation de la vie hors travail
- Difficulté à organiser les vacances qui sont parfois « *presque imposées* »
- Certaines sages-femmes évoquent la difficulté à récupérer de l'alternance jour/nuit

2. Précarité de l'emploi

Salariat n'étant pas synonyme de CDI, certaines sages-femmes évoquent la précarité de leur emploi et leur conséquence. Les conséquences perçues par une participante dont les CDD d'un mois s'accumulent :

- Tension
- Difficulté à faire des projets
- Acceptation quasi systématique des heures supplémentaires
- Acceptation des changements de garde, même si cela implique le non respect du temps obligatoire de repos entre deux gardes
- Tension dans le couple

3. Charge émotionnelle

Travailler dans le soin entraîne inévitablement le fait d'être confronté à des situations émotionnellement difficiles :

- L'exemple suivant illustrent les situations à charge émotionnelle rencontrées par les sages-femmes : « *On peut avoir deux naissances physiologiques et une troisième patiente en même temps où il y a une interruption médicale de grossesse. C'est un peu schizophrénique* ».
- Certaines sages-femmes mettent en place des stratégies visant à ne pas se laisser envahir par cette charge : « *J'ai toujours la même émotion autour de la vie et de la mort, mais ça ne m'appartient pas* ».

Au-delà de la charge émotionnelle inhérente aux métiers du soin, celle qui découle de facteurs organisationnels est évoquée : l'attente des femmes change dans un sens (bienveillance obstétricale, demande de projets d'accouchements, etc.) est vue comme une reconnaissance du savoir-faire des sages-femmes, mais l'organisation change en général dans le sens contraire (réduction de coûts). Ceci représente une injonction contradictoire vécue comme très douloureuse : une sage-femme déclare, pour échapper à cette situation, ne travailler plus que de nuit (plus de temps pour les patientes) même s'il s'agit pour elle d'un pis-aller.

4. *Soutenabilité de l'emploi*

La soutenabilité de l'emploi réfère au fait de pouvoir s'imaginer exercer le même travail dans les mêmes conditions pendant longtemps ou tout au long de sa carrière :

- Une sage-femme de 27 ans rapporte aimer beaucoup son métier mais être pessimiste pour l'avenir. Elle se demande souvent pourquoi elle se « *donne tant de mal pour si peu* » et se pose la question d'une reconversion professionnelle.
- D'autres évoquent le fait d'avoir de la difficulté à s'imaginer pratiquer dans les mêmes conditions jusqu'à la retraite : « *Je sais pas si je pourrais tenir jusqu'à ma retraite dans des conditions de travail pareilles. Vous n'avez jamais de pause, vous êtes tout le temps debout, le téléphone qui sonne toutes les 30 secondes, les sonnettes, les entrées aux urgences... Cette pression mentale je ne pourrai pas la subir jusqu'à mes 60 ans. C'est impossible* ».

Le volet quantitatif de l'étude permet de mettre en perspective le fait que la reconnaissance et le conflit entre vie privée et vie professionnelle sont fortement en lien avec l'épuisement émotionnel (l'une des composantes du *burnout*) et la satisfaction au travail.

Nous avons interrogé six coordinatrices et coordonnatrices en maïeutique (toutes regroupées ci-dessous sous le terme de coordinatrices). Toutes travaillent dans des maternités publiques de différents types.

A. RECONNAISSANCE

1. Méconnaissance du métier de sage-femme

Lorsque le sujet de la reconnaissance est évoqué, il est d'abord observé à différents niveaux :

- La reconnaissance (ou la non reconnaissance) du métier passe tout d'abord, comme pour les cliniciennes salariées, par la connaissance (ou l'ignorance) du métier et des compétences des sages-femmes.
- Les compétences spécifiques des sages-femmes peuvent être remises en question à l'hôpital lorsqu'on demande à la coordinatrice de leur en « prêter » une pour un autre service ou que des glissements de tâches qui sont la prérogative de sages-femmes s'opèrent vers des IDE : *« C'est comme si on était interchangeable, mais ça, vous voyez, ça n'est pas vrai, et c'est comme ça qu'il y a des problèmes de prise en charge, d'erreur médicales, etc. Tous ces problèmes de reconnaissance génèrent des conflits de valeurs, et en plus la fatigue qui s'accumule, vous arrivez au burnout ».*
- « Oubliées », « ignorées » par les institutions (Ségur de la santé, prime COVID, distribution de masques, etc.)
- Ce manque de connaissance compétences et des spécificités des sages-femmes et leur « oubli » régulier renvoie à **questionner leur utilité sociale** : *« Quand on entend des femmes dire qu'il faut que ce soit un gynéco qui la suivent pendant sa grossesse sinon elles n'ont pas été vraiment suivies... ou alors pour un suivi gynéco de base, ça fait un peu mal », « On entend encore des femmes arriver en salle de naissance et demander à quel moment elles vont voir un médecin ».*

2. Statut problématique

Il y a incohérence sur la question des statuts conférés aux sages-femmes :

- Statut médical dans le code de la santé publique mais **non médical dans les statuts de l'hôpital**
- Conséquences sur rémunération, formations, etc.

3. Lien avec la hiérarchie

Les liens avec la hiérarchie sont évoqués comme ténus voire inexistants, ce qui peut être mis en lien avec la bureaucratie des systèmes de santé :

- D'une manière générale, les coordinatrices évoquent peu ou pas de lien direct avec leur hiérarchie.
- Des difficultés de communication sont également évoquées : impossibilité de la contacter ou de recevoir un retour sur des informations qui ont été remontées : « *L'organisation est comme une mille-feuille et il y a interdiction formelle de sauter une strate* », « *Les ordres descendent mais rien ne remonte* ».
- Conséquences sur le niveau d'isolement ressenti par les coordinatrices.

4. Gratitude des patientes

En psychodynamique du travail, la reconnaissance par les patientes est qualifiée de gratitude. D'autre part, toutes les coordinatrices n'exercent pas une activité clinique :

- Certaines coordinatrices gardent une partie d'activité clinique. Lorsque c'est le cas, la gratitude des patientes occupe une place importante : « *C'est ça qui fait tenir la profession. C'est une gratitude qui est importante* ».
- Les retours de patientes prennent en général la forme de questionnaires de satisfaction. Celui-ci semble être utilisé par la hiérarchie pour évaluer la qualité de l'accompagnement prodigué.

B. CONFLIT ENTRE VIE PRIVÉE ET VIE PROFESSIONNELLE

La plupart des coordinatrices interrogées évoquent un conflit entre vie privée et vie professionnelle. Une variété de facteurs y contribue.

1. Temps de travail

Le temps de travail est l'un des éléments participant au conflit entre vie privée et vie professionnelle.

- La majorité des coordinatrices interrogées rapportent un **conflit entre vie privée et vie professionnelle**.
- La question du temps de travail en termes d'heures travaillées est évoquée mais ne semble **pas centrale pour toutes** les personnes interrogées.
- Le fait de vivre son travail comme une **passion** peut rendre supportable, pour certaines coordinatrices, un nombre d'heures hebdomadaires élevées.
- Une autre coordinatrice adopte une **stratégie de régulation** du temps de travail qui lui permet de rétablir l'équilibre entre ce qu'elle donne et pense devoir recevoir en échange (récupération des heures supplémentaires).

- D'autres coordinatrices évoquent **l'impossibilité de mettre en place de telles stratégies, et l'impossibilité de refuser la charge de travail** : « Vous allez me dire que c'est facile de dire non, mais c'est impossible quasiment ».
- La **disponibilité étendue** des coordinatrices est évoquée : « C'est un poste qu'on ne lâche jamais. La nuit, les week-ends, les vacances... Toujours un mail, toujours un coup de fil. Cette coupure quand je pars de l'hôpital et que je rentre à la maison, je ne la retrouve plus. Cette tranquillité d'esprit de se dire voilà j'ai fait ma garde, j'ai fini mon travail, je rentre chez moi, ça, ça n'existe plus », « Depuis que je suis cadre, je n'ai pas... j'ai très peu de temps pour moi. C'est un sacrifice ».

2. Charge psychologique

La charge psychologique regroupe les versants émotionnel et cognitif :

- Une charge psychologique importante ;
- Cette charge est souvent en lien avec une charge de travail et des conflits de valeurs importants ;
- Une difficulté à couper est souvent évoquée par les sages femmes : « ce qu'on vit au travail... on ramène beaucoup de choses à la maison ».

3. Difficulté de l'estimation de l'existence du conflit entre vie professionnelle et personnelle

En psychologie du travail, le conflit entre vie professionnelle et personnelle n'est pas uniquement le fait de l'équilibre entre temps de travail et temps personnel. Lorsque le travail fait intrusion dans la sphère privée (par exemple les rêves, les ruminations...) c'est également à prendre en compte :

- Ce n'est souvent que le temps de travail qui est pris en compte.
- D'autres facteurs comme l'énergie restante pour d'autres activités ou l'intrusion du travail dans la vie personnelle ne sont parfois pas pris en compte.
- Par ex. : une coordinatrice déclare ne pas souffrir d'un tel conflit et faire la distinction entre l'urgence de l'hôpital et la sienne : « L'urgence de l'organisation n'est pas mon urgence ». Elle déclare toutefois également faire des cauchemars récurrents sur son travail (sentiment d'être « bloquée », de « ne pas y arriver »).

Les régressions linéaires pas à pas n'étaient pas adaptées à l'exercice des sages-femmes libérales. D'autre part, les questions de la reconnaissance et du conflit entre vie privée et vie professionnelle semblent centrales pour la profession. C'est donc sur ces thèmes que nous avons choisi d'interroger les six sages-femmes libérales qui se sont portées volontaires.

A. RECONNAISSANCE

Les personnes interviewées, si elles ne l'expriment pas de la même manière, ni ne centrent leurs remarques toujours sur les mêmes objets, ont ceci en commun qu'elles voient le manque de reconnaissance de leur profession comme découlant, tout d'abord, d'un manque de connaissance généralisé de leur métier (éventail de leurs compétences, statut médical de la profession, droit de prescription...).

1. Méconnaissance du métier de sage-femme

La méconnaissance du métier apparaît à plusieurs niveaux (société civile, institutions, autres professionnels de santé...) et remet en question le sentiment d'utilité sociale du métier.

a) La société civile

- Métier inconnu ou très peu connu du grand public : « *Vous êtes sage-femme ? Ça existe encore ?* » même si cela semble s'améliorer depuis quelques années et qu'il continue parfois d'être vu comme « *le plus beau métier du monde* ».
- Méconnaissance de l'éventail de compétences des sages-femmes (suivi gynécologique, droit de prescription, statut médical de la profession, préparation à la parentalité, etc.), qui sont souvent vues comme des accoucheuses ou des infirmières spécialisées : « *Ah mais les sages-femmes vous pouvez faire ça ?* ».

b) Les institutions

- Métier rarement cité, et régulièrement oublié (dans les parcours de soins, lors de la distribution de masques à l'occasion de la crise du COVID19, ou encore du Ségur de la santé).
- Les sages-femmes libérales déclarent ne pas être sollicitées par les organisations afin de travailler sur les systèmes de périnatalité.
- Manque de connaissance de la place de la sage-femme dans les parcours de soin par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM)
- CPAM : une mise en lumière ponctuelle des compétences des sages-femmes par la CPAM peut être vécue comme une instrumentalisation (par ex pour désengorger l'hôpital lors de sorties d'hospitalisation précoces après naissance, ou lorsqu'un droit de prescription est accordé dans le but de parer au manque de gynécologues).
- CPAM : Système de contrôle de la CPAM (dans le cadre du PRADO envoi d'enquêtes de satisfaction aux patientes après les visites de la sage-femme) peut être vécu comme humiliant.

c) Les autres professionnels de santé

- Méconnaissance du métier par des professionnels de santé qui ne les recommandent donc pas, provoquant l'isolement de la profession : « *La méconnaissance de nos compétences engendre notre isolement professionnel. Les médecins nous recommandent peu* ».
- Ce défaut de recommandation est également mis en lien avec la proximité de leur exercice et de celui d'autres praticiens de santé : elles peuvent être vues comme des concurrentes, et sont de ce fait peu recommandées par des généralistes ou des gynécologues.
- Les pharmaciens semblent souvent ne pas être au courant du droit de prescription d'une sage-femme ou de ce qu'elle est habilitée, ou pas, à prescrire. Les ordonnances sont ainsi régulièrement refusées ou contestées par les pharmaciens : « *On se retrouve souvent avec des pharmaciens qui refusent des traitements qui ont été prescrits par des sages-femmes. Ou parfois, ils contestent le contenu de l'ordonnance. C'est un peu piquant de se dire que le pharmacien n'est pas en confiance vis-à-vis d'une sage-femme qui fait une ordonnance* ».

2. *Rapports sociaux de genre*

La question du sexe, du genre et des stéréotypes attenants est centrale dans une profession presque exclusivement féminine, qui s'occupe de la santé des femmes et qui fait appel à des compétences dites « féminines », selon les stéréotypes de genre :

- Profession très majoritairement féminine (97%) et qui s'occupe de la santé des femmes, ce qui est vécu comme une double sanction : d'une part le manque d'intérêt pour la santé des femmes génèrerait un manque de communication sur la place des sages-femmes dans les parcours de soins, ce qui est perçu comme une négation des besoins des femmes ayant pour conséquence l'invisibilisation des sages-femmes : « *Nous sommes ignorées, mais les femmes le sont aussi* » , « *Le patriarcat est carrément ancré dans le système de santé.* » et expliquerait d'autre part le fait que la profession ait du mal à faire entendre ses revendications.
- L'arrivée d'hommes dans la profession peut être vue de façon positive puisque leur présence aide les sages-femmes à se faire entendre. En référence au mouvement de grève des sages-femmes en 2014, une sage-femme constate : « *En 2014, il avait des hommes et ça a changé : il y avait leur voix* ».

3. Salaire

Un salaire vécu comme inadapté, contribue au manque de sentiment de reconnaissance professionnelle :

- L'avis selon lequel les sages-femmes ne sont pas rémunérées à la hauteur de leur engagement est très largement partagé : elles ne perçoivent donc souvent pas d'équilibre entre leur investissement et leur rémunération. Une sage-femme clinicienne salariée remarque : « *En libéral, je gagnais beaucoup moins en travaillant beaucoup plus* ».
- Leur rémunération leur paraît en général incohérente avec la responsabilité notamment médicale qu'elles assument (responsabilité individuelle engagée).
- De la même manière, elles pointent l'incohérence entre leur niveau de rémunération et l'étendue de leurs compétences et leur niveau d'études (5 ans d'études dont une première année commune avec les autres professions médicales)
- Elles n'ont pas le droit de pratiquer de dépassements d'honoraires.
- Les tarifications n'évoluent pas avec l'ancienneté : il n'y a donc pas d'évolution salariale au cours de la carrière.
- La question du salaire peut être mise en lien avec les rapports sociaux de sexe et une certaine vision du care : « *Le fait qu'on soit une profession presque exclusivement féminine, même peut-être la plus féminine de toutes... on a un métier qui du coup n'a pas de valeur. Pas de valeur parce que ça n'a pas de prix. Donner la vie, être aux côtés des femmes, des familles, ça n'a pas de prix. Donc c'est pas forcément rémunéré, parce que c'est quelque chose que font les femmes naturellement, de s'occuper des autres, de leur famille, de leur foyer. (...) Comme la femme au foyer. C'est pas rémunéré et c'est pas reconnu. Et la sage-femme est rémunérée mais pas beaucoup plus* ».

4. Gratitude des patientes et des couples

En psychodynamique du travail, la reconnaissance par les patientes est qualifiée de gratitude :

- La gratitude des patientes qui apprécient la spécificité de l'accompagnement des sages-femmes est perçue en général.
- Cette gratitude est souvent vue comme la seule reconnaissance qu'elles perçoivent.
- Cette reconnaissance est toutefois contrebalancée par la limitation des droits des sages-femmes (droit de prescription de traitement ou d'arrêt maladie limité...).
- Le niveau d'exigence des patientes qui semble augmenter, rend cette gratitude plus difficile à obtenir.
- Le fait de ne percevoir que ce type de reconnaissance et de souffrir d'autre part d'un déni de reconnaissance (invisibilité, salaire, etc.) peut engendrer un surinvestissement du lien avec les patientes.

B. CONFLIT ENTRE VIE PRIVÉE ET VIE PROFESSIONNELLE

Les contraintes liées à un exercice indépendant participent au conflit entre vie privée et vie professionnelle rapporté par les sages-femmes libérales. Une variété de facteurs y contribue.

1. Disponibilité étendue et charge psychologique

La disponibilité des sages-femmes libérales, souvent très étendue, et la difficulté à contrôler la perméabilité entre les sphères personnelle et professionnelle sont souvent rapportées :

- Disponibilité du lundi au dimanche
- Les sages-femmes qui suivent des femmes enceintes ou qui viennent d'accoucher s'engagent à un niveau de disponibilité cohérent avec leur idée de « *travail bien fait* ».
- Cet engagement auprès de femmes enceintes ou qui viennent d'accoucher entraîne une forte imprévisibilité : ces professionnelles restent donc disponibles pour les urgences.
- Numéro de téléphone et adresse e-mail personnels sont souvent les mêmes que les professionnels.
- Cette disponibilité étendue pour le traitement d'urgence est parfois interprétée par les patientes/femmes comme une disponibilité illimitée (par ex. envoi de SMS pendant le week-end ou la nuit pour prendre un rdv de suivi).
- Les termes employés pour qualifier le lien au métier sont souvent très forts : vocation, passion, devoir, sacrifice sur la vie privée...
- La passion, la vocation ou encore le devoir souvent évoqués pour qualifier le lien des sages-femmes au métier rend poreuse la limite entre temps de travail et temps personnel (temps d'actualisation parfois non compris sur le temps de travail)
- De la même manière, le devoir dont elles peuvent se sentir investies va souvent de pair avec une disponibilité étendue pour les patientes.
- Les sages-femmes interrogées évoquent très régulièrement une charge psychologique qui empiète sur leur vie privée, et une difficulté à « *couper* ».

2. Menace de précarité

Le sentiment de précarité est latent :

- Elles estiment souvent être en surcharge de travail, pourtant, leur rémunération, fixée par la CPAM, ne leur permet en général pas d'obtenir un salaire qu'elles estiment suffisant en réduisant ces heures.
- La menace de précarité engendre une réticence au moment de se faire remplacer lors de congés

3. *Difficulté à se faire remplacer*

Divers facteurs expliquent la difficulté à se faire remplacer :

- Le nombre (ou la répartition territoriale ?) de sages-femmes proposant des remplacements n'est pas suffisant pour satisfaire toutes les demandes.
- La charge administrative que représente le fait de se faire remplacer est dissuasive pour certaines d'entre elles.
- La crainte de perdre des patientes suite à un remplacement freine certaines sages-femmes au moment de se faire remplacer.

4. *Apport du collectif*

Les sages-femmes libérales soulignent l'intérêt d'exercer au sein d'un collectif :

- Les sages-femmes en cabinet partagé semblent en tirer des avantages multiples d'un point de vue pratique : partage de frais, de tâches relatives à la gestion du cabinet ...
- Les sages-femmes en cabinet partagé avec des pairs ou professionnels (para-)médicaux évoquent le soutien que leur apporte l'appartenance à ce groupe (aides techniques, remplacements, partage sur des questionnements ou des situations émotionnellement difficiles, etc.)
- Les groupes informels (groupes Whatsapp locaux, groupes Facebook) représentent également une ressource (échanges, questionnements, soutien émotionnel, etc.)
- La supervision par un psychologue des membres d'un cabinet partagé favorise la régulation des difficultés rencontrées avec l'hôpital et avec les patientes, aide à réorganiser le cabinet ou à échanger sur des situations émotionnellement difficiles.
- C'est aussi souvent une façon de participer à une meilleure visibilité de l'éventail des compétences des sages-femmes, qui n'ont pas toutes les mêmes pratiques au sein d'un même cabinet (spécialisation en accompagnement périnatal, en suivi gynécologique, haptonomie, hypnose, etc.)
- C'est en outre un moyen, pour une sage-femme, de ne pas percevoir sa collègue uniquement comme une concurrente potentielle.

CONCLUSIONS

Le volet qualitatif de cette étude permet d'obtenir une somme d'informations qu'il aurait été difficile voire impossible d'obtenir lors de la phase quantitative. Grâce aux différents éclairages apportés sur la signification de la reconnaissance d'une part et sur les tenants et les aboutissants du conflit entre vie privée et vie professionnelle d'autre part, il est possible d'approcher de plus près la réalité du vécu professionnel des sages-femmes.

L'analyse de l'ensemble des informations quantitatives et qualitatives a contribué à l'élaboration d'un « diagnostic » conduisant à la structuration de préconisations de préventions des risques psychosociaux qui sont présentées dans le troisième volet de cette étude.

BIBLIOGRAPHIE

Bodier, M., & Wolff, L. (2018). *Les facteurs psychosociaux de risque au travail*. Octarès

Dupret, E., Bocéréan, C., Teherani, M., & Feltrin, M. (2012). Le COPSOQ : un nouveau questionnaire français d'évaluation des risques psychosociaux. *Santé Publique*, 24(3), 189–207



CNSF

Collège National des Sages-femmes de France

**L'EXPERT AU SENS PRATIQUE,
UNE RÉFÉRENCE POUR LA SANTÉ**

Adhérez sur
www.cnsf.asso.fr