



# Les Dossiers de la Maïeutique

www.dossiers-de-la-maieutique.fr

Les Dossiers de la Maïeutique (2014) 1(1), 3-10

## Précarisation à l'embauche des sages-femmes nouvellement diplômées : mythe ou réalité ?

Joana Hubner, Anne Demeester, Antoine Lafouge, Sophie Goyet

Contact – Joana Hubner - email : hubnerjoana7@gmail.com

Soumission initiale le 8.7.2013 - Soumission révisée le 14.8.2013 - Accepté pour publication le 28.9.2013

### RESUME

**Objectif :** Recenser les formes d'exercices, les motivations et aspirations des sages-femmes diplômées, en France, entre 2010 et 2012.

**Méthode :** Enquête par questionnaire en ligne.

**Participants :** Sages-femmes diplômées d'Etat en 2010, 2011 et 2012, contactées par le biais des associations d'étudiants.

**Résultats :** 202 questionnaires ont été analysés, soit 7,4% de toutes les sages-femmes diplômées en France pendant cette période. Parmi elles, 17 (8,4%) étaient des hommes, dont huit étaient sans emploi; 27 (13,4%) avaient une activité libérale (unique ou mixte). La majorité - 126 (62,4%) - travaillait dans le secteur public, 50 (24,8%) en structure privée, et 14 (6,9%) étaient en phase de reconversion. Au total, 43/202 (21,4%) de sages-femmes salariées étaient en contrat à durée indéterminée; 112 (55,4%) en contrat à durée déterminée de moins de 6 mois et 22 (10,9%) en vacation à la garde (structures privées). L'activité libérale fut choisie en compensation du manque d'emploi contractuel par 20/27 sages-femmes. Les reconversions étaient un autre moyen d'éviter la difficulté d'accès à l'emploi pour 10/14 de ces sages-femmes, majoritairement vers des masters, voies paramédicales et passerelles dans les autres filières médicales. Les hommes étaient moins employés dans le secteur public.

**Discussion :** Il s'agit d'une première enquête, effectuée sans financement, pour l'auteure principale. L'échantillonnage n'a sans doute pas permis d'obtenir un échantillon représentatif de la population ciblée. Cependant, l'étude est un "cliché" d'une situation non encore examinée à ce jour.

**Conclusions :** Le phénomène récent du chômage chez les sages-femmes nouvellement diplômées en France, annoncé par le Conseil de l'Ordre National des Sages-Femmes depuis 3 ans, est confirmé par cette étude. Pour pallier au manque d'emploi, les sages-femmes ont recours à la reconversion professionnelle, l'installation contrainte à l'activité libérale, ainsi que des contrats précaires avec une succession de vacations à la garde et contrats à courte durée déterminée. Il sera important de suivre l'évolution de ce développement dans les années à venir.

### ABSTRACT

**Title :** Employment precariousness of newly qualified midwives : myth or reality?

**Aim :** To identify the types of practice, motives and expectations of midwives who qualified in France between 2010 and 2012.

**Method :** Survey by online questionnaire.

**Participants :** Midwives who had completed their studies in France in 2010, 2011 et 2012, contacted via students' associations.

**Results :** 202 questionnaires were analysed, representing 7.4% of all midwives who completed their studies during this period. Seventeen respondents (8.4%) were men, eight of whom were unemployed; 27 (13.4%) had some independent practice activity (solely or in combination with other employment). The majority, 126 (62.4%), worked in the public health sector, 50 (24.8%) in the private sector, and 14 (6.9%) were pursuing alternative professional avenues. Overall, 43/202 (21.4%) of the midwives had an open-ended contract of employment; 112/202 (55.4%) had a fixed term contract of less than six months and 22/202 (10.9%) were locums covering for colleagues in private clinics. Some 20/27 midwives opted for some form of independent practice to compensate the lack of secure employment. Professional reorientation was the option for 10/14, mostly via Masters level studies or the choice of other health professions, including medicine. Men generally had fewer chances of securing employment in the public sector.

**Discussion :** This is the first study carried out by the main author, without financial support. The sampling procedure most probably failed to achieve a representative sample of newly qualified midwives. Nevertheless, this study provides a picture of a situation that has hitherto not been explored.

**Conclusions :** Unemployment in newly qualified midwives is a recent phenomenon, forecasted by the statutory body for three years, and confirmed by this study. To counter the lack of employment, midwives opt for professional alternatives, some independent practice, as well as some employment uncertainty with multiple locum and short term contracts. It will be useful to follow the evolution of this phenomenon in the years to come.

**Mots clés :** Sages-femmes, emploi, pauvreté, France - **Keywords :** Midwives, employment, poverty, France

## Introduction

En 2012, il y eut 820 000 naissances en France, pour 18 600 sages-femmes en exercice (Bellamy & Beaumel, 2013). La France est le deuxième pays européen, en terme de fécondité avec un taux de 2,1 enfants par femme (WHO Euro, 2013). Malgré des politiques de santé périnatales successives dont les objectifs ont été d'améliorer la santé des français, elle est en 19ème position européenne pour la mortalité maternelle, avec un taux de 8 décès/100 000 naissances, et en 12ème position pour la mortalité infantile avec un taux de 3,52 décès/1000 naissances vivantes (WHO Euro, 2013). La France compte 126 sages-femmes pour 100 000 femmes en âge de procréer. Ce ratio est en augmentation constante depuis 2000, à raison d'une augmentation annuelle de 2%, et ce malgré la fermeture de plus de 20% des maternités publiques pendant cette période (Baillot & Evain, 2012; Cavillon, 2012).

Les sages-femmes françaises, dont 2% sont des hommes, exercent "une profession médicale avec des compétences définies" (CNOSF, 2010). Elles assurent les consultations prénatales, la préparation à l'accouchement, l'accouchement, le suivi postnatal de la mère et son nouveau-né, jusqu'à 28 jours, la consultation du postpartum, la rééducation du périnée et le suivi gynécologique de prévention. Elles réfèrent leurs patients à un médecin en cas de pathologie. Elles exercent en maternités publiques ou privées, de niveaux de technicité divers, ainsi qu'en cabinet libéral.

Depuis 2000, la politique nationale de rationalisation des coûts de santé a conduit à la fermeture de maternités et, bien que le nombre absolu des sages-femmes soit en augmentation, on assiste à une diminution constante du nombre de sages-femmes salariées en secteur public ou privé (Sicard, 2012), à l'allongement de la durée de vie professionnelle et au non remplacement de certains départs à la retraite. Ceci semble être associé à une exigence de "rentabilité" des sages-femmes salariées qui accomplissent de plus en plus d'actes dans un temps donné, nuisant ainsi à la qualité et la sécurité de la prise en charge des femmes et de leurs nouveau-nés (Midy *et al.*, 2005). Cette exigence est une source de stress et de frustration importante pour les sages-femmes qui souffrent aussi d'un manque de reconnaissance générale (non reconnaissance du niveau d'étude, absence de lisibilité de la profession dans la prise en charge périnatale (absence de "cotations sage-femme" dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM, 2013), absence du statut médical par la fonction publique hospitalière, les sages-femmes étant identifiées comme personnel soignant par la direction des ressources humaines et non reprises par la direction des affaires médicales (Gache & Balayssac, 2012; Charrier, 2011).

La naissance en France est très médicalisée et doit justifier une rentabilité depuis la mise en place de la tarification à l'activité pour le fonctionnement des structures de soins (République française, 2003). Jusque récemment, la quasi-totalité du suivi de grossesse était effectuée par

des médecins gynécologues-obstétriciens (Cavillon, 2012) dont les consultations étaient plus rentables pour l'hôpital que celles des sages-femmes – par exemple, consultation prénatale par gynécologue €23 contre €19 pour la sage-femme en 2012 (CCAM, 2013). Cette anomalie n'existera plus à partir de septembre 2013 (République Française, 2012a). Les tarifs prohibitifs imposés par les compagnies d'assurance aux sages-femmes en activité libérale fait qu'elles ne peuvent souscrire une assurance les couvrant pour des accouchements en dehors d'une structure hospitalière (ONSSF, 2013).

Pour un visage plus humanisé et moins technicisé de la naissance, des sages-femmes françaises, soutenues par de nombreuses associations d'usagers (par ex. le Collectif Inter-associatif Autour de la Naissance, le Collectif Maisons de Naissance, la Cause des Parents), souhaitent l'ouverture de maisons de naissances attenantes aux structures hospitalières, dès lors que le projet de loi permettant de prendre en charge 5% des accouchements en France (Sénat, 2011) sera confirmé par le Sénat. Ces nouveaux espaces de suivi de grossesses à bas risque et de pratique des accouchements physiologiques répondront alors aux recommandations faites par l'OMS (Martis, 2007). Un soutien continu diminuerait l'utilisation d'analgésie et la durée du travail, et augmenterait les chances d'accoucher par voie basse (Hattem *et al.*, 2008; Hodnett *et al.*, 2012).

La profession de sage-femme en France est à un tournant de son évolution. La formation est également en pleine réforme, avec la reconnaissance du diplôme d'Etat au grade de Master (République française, 2013a).

Un décret ministériel fixe annuellement le nombre de sages-femmes admises en formation - le "numerus clausus" (République française 2012b). Depuis 2005, près de 1000 sages-femmes sont diplômées chaque année, comparé à 660 en 1990 (Midy *et al.*, 2005), alors que la population des femmes en âge de procréer ne croît que de 0,3% par an (Cavillon, 2012). Le Gouvernement justifie l'augmentation du numerus clausus par la prévision d'une future pénurie de gynécologues dont la formation initiale a été restreinte depuis 1996 (Cavillon, 2012). Depuis 2009, la politique de santé publique affiche la volonté de favoriser un suivi des femmes par les médecins généralistes et par les sages-femmes dont les compétences ont été élargies (République française, 2009). Le Programme d'Aide au Retour à Domicile (PRADO) a aussi récemment été mis en place (République Française, 2012a).

Si la formation est renforcée (cinq années d'études) et les sages-femmes sont présentées comme des acteurs incontournables de la naissance, la conjoncture actuelle semble paradoxalement rendre l'insertion des nouveaux diplômés en maïeutique de plus en plus difficile, voire les placer dans une certaine précarité. Dans le cadre de cette étude, la précarité comprend le chômage et les emplois sous contrats à durée déterminée (CDD) entraînant une insécurité financière potentielle.

Cette étude a eu pour objectif de recenser les formes d'exercice des sages-femmes nouvellement diplômées en France, leurs motivations et aspirations, afin de mieux cerner les difficultés qu'elles ont pu rencontrer au début de leur carrière.

## Méthode

Enquête par questionnaire en ligne élaborée via Google Survey, effectuée en janvier et février 2013. Le questionnaire fut développé et testé par cinq sages-femmes nouvellement diplômées (entre 2010 et 2012), quatre de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) et une de la région parisienne. Le questionnaire comprenait 28 questions portant sur des données démographiques, les différents postes occupés, les motivations des sages-femmes et leurs aspirations (Hubner, 2013).

Les données démographiques comprenaient l'année de diplôme et le sexe. Les emplois étaient caractérisés par : (1) le type de contrat (vacataire, ou à durée déterminée, ou indéterminée); (2) être titulaire de son poste dans la fonction publique, en voie de l'être ("stagiaire") ou non; (3) secteur public ou privé, ou cabinet libéral, et enfin (4) la reconversion professionnelle ou le chômage.

Les sages-femmes exerçant en secteur public étaient priées d'indiquer le niveau de technicité de leur maternité.

La réponse aux questions essentielles pour la différenciation des résultats était obligatoire. La plupart des questions étaient fermées, avec possibilité de réponse par choix unique ou multiple. L'addition de quelques questions ouvertes a eu but de compléter des résultats quantitatifs par des données qualitatives de type "récit de situations vécues" (De Singly, 2005).

Le critère d'inclusion dans l'enquête était : être sage-femme diplômée d'Etat de 2010, 2011, 2012, quelque soit l'âge, le sexe, le statut professionnel et le lieu d'exercice au moment de l'enquête.

Le questionnaire a été mis en ligne sur le site Google-Survey le 10 janvier 2013. Des courriels de présentation de l'enquête ont été envoyés les 10 et 20 janvier 2013 à l'Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes pour être diffusés et transmis aux associations locales d'étudiants, faisant ainsi le lien avec les diplômés récents. Le questionnaire a aussi été diffusé sur le réseau social Facebook. Le questionnaire ne comportait aucune information identifiante et n'a donc pas été soumis à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), ni au Comité Consultatif National d'Ethique.

Seuls les questionnaires complets, répondant aux critères d'inclusion et reçus entre le 10/01/2013 et le 28/02/2013, ont été analysés. Les résultats ont été transférés sur Stata 12 (Stat Corp., College Station, TX, USA, 2011) avant d'être soumis à une analyse descriptive. Les

comparaisons de l'activité professionnelle entre hommes et femmes ont été faites par test du  $\chi^2$ , avec un seuil de significativité  $p < 0.05$ .

## Résultats

Entre 2010 et 2012, 2 705 sages-femmes, hommes et femmes, ont été reçus au diplôme d'état en France. Les moyens de contact utilisées dans le cadre de cette enquête ne permettent pas de savoir combien de ces sages-femmes ont reçu un email les invitant à participer à cette enquête, et combien d'entre elles auront alors choisi d'y participer. Au total, 203 ont complété le questionnaire. Un questionnaire incomplet a été exclu de l'analyse. Les 202 sages-femmes incluses représentent 7.4% des diplômées pendant cette période, dont 85 (42.1%) en 2012, 72 (35.6%) en 2011 et 45 (22.3%) en 2010 (voir tableau 1). Dix-sept (8.4%) répondants étaient de sexe masculin.

Au moment de l'enquête, huit sages-femmes (4.0%) étaient sans emploi, 27 (13.4%) exerçaient une activité libérale, 49 (24.2%) travaillaient en structure privée et 126 (62.4%) en hôpital public. Quatorze (6.9%) étaient en formation pour reconversion, 21 (10.4%) avaient occupé au moins trois emplois, 84 (41.6%) deux emplois; 97 (48%) un seul emploi.

Parmi les 175 (86.6%) sages-femmes qui exerçaient en maternité publique ou privée, 112 (64.0%) en contrats à durée déterminée (CDD) de moins de 6 mois, 43 (24.6%) étaient en contrat à durée indéterminée (CDI), 22 (12.6%) en vacation à la garde et 18 (10.3%) en CDD de plus de 6 mois (Tableau 1).

Les CDD et vacations à la garde ne garantissent pas un salaire stable et placent les sages-femmes dans une situation incertaine et stressante, comme le démontre ce commentaire :

[Nous sommes] "un personnel *Kleenex*, car l'hôpital a des besoins en personnel mais ne veut pas faire appel à des intérimaires ou budgéter des postes, coûtant alors plus chers".

L'activité professionnelle salariée a débuté par des CDD  $\leq 3$  mois ou des vacations à la garde pour 147 (84%) répondants.

Dans la Fonction Publique Hospitalière (FPH), le type de contrat le plus fréquent était CDD de moins de 3 mois (47/123, 38%). Pour la promotion de 2010, 12/29 (41.4%) avaient un CDI au moment de l'enquête, mais seulement 3/54 des diplômés de 2012. Le manque de postes (fin de remplacement et diminution du nombre de postes) était l'argument le plus souvent retenu pour la décision d'un non renouvellement.

"La fonction publique hospitalière n'emploie actuellement les sages femmes que pour des

Tableau 1 : Activité des sages-femmes diplômées de 2010 à 2012

	Année de diplôme						Total	
	2010		2011		2012		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sages-femmes éligibles (diplômées)	877		923		905		2705	
Sages-femmes incluses (interviewées)	45	22.3	72	35.6	85	42.1	202	7.4
<b>Nombre d'emplois depuis le diplôme</b>								
1 emploi	14	14,3	24	24.5	59	60.8	97	48.0
2 emplois	23	27.4	37	44.0	24	28.6	84	41.6
3 emplois et plus	7	33.3	12	57.2	2	9.5	21	10.4
<b>Secteur d'activité*</b>								
Fonction publique	29	23.6	40	31.7	54	42.8	123	60.9
Secteur privé	14	28.6	13	26.5	22	44.9	49	24.2
Secteur libéral	9	33.3	8	29.7	10	37.0	27	13.4
Reconversion	3	21.4	4	28.6	7	50.0	14	6.9
Sans emploi	0	0.0	5	62.5	3	37.5	8	4.0
<b>Exercice en maternité publique</b>								
<i>Type de contrat</i>								
Titulaire et durée indéterminée	12	35.3	19	55.9	3	8.8	34	26.8
Contrat a durée déterminée > 6mois	2	12.5	6	37.5	8	50.0	16	13.5
Contrat a durée déterminée de								
3 à 6mois	9	34.6	4	13.4	13	50.0	26	21.3
Contrat ≤ 3mois	6	12.8	11	23.4	30	63.8	47	37.8
<b>Exercice en maternité privée</b>								
<i>Type de contrat</i>								
CDI	5	55.6	4	44.4	0	0.0	9	18.4
Contrat a durée déterminée > 6mois	1	100.0	0	0.0	0	0.0	1	2.0
Contrat a durée déterminée								
3 à 6mois	1	33.4	1	33.3	1	33.3	3	6.1
Contrat ≤ 3mois	1	7.1	2	14.3	11	78.6	14	28.6
Vacation à la garde	6	27.3	6	27.3	10	45.4	22	44.9
<b>Exercice en activité libérale</b>								
<i>Type d'exercice</i>								
Individuelle	5	83.3	1	16.7	0	0.0	6	22.2
Collaboration	1	16.7	5	83.3	0	0.0	6	22.2
Association	0	0.0	0	0.0	1	100.0	1	3.7
Remplacement	3	21.4	2	14.3	9	64.3	14	51.8

\* 17 sages-femmes libérales et 10 sages-femmes en reconversion occupaient également un ou des emplois précaires en secteur public ou privé

contrats inférieurs ou égaux à trois mois et les renouvelle pour ne pas avoir à indemniser le chômage en cas de non emploi."

Dans le secteur privé, les contrats étaient plus précaires : 49 répondants travaillaient dans ce secteur, dont 22 (44.9%) en "vacations à la garde" et 14 (28.6%) avec CDD de moins de 3 mois. Seulement 9 (18.4%) de ces sages-femmes étaient en CDI.

L'exercice en libéral concernait 27 répondants, 9 diplômés de 2010, 8 de 2011 et 10 de 2012 (Tableau 1). Le remplacement était l'option la plus utilisée, au moins pour les premiers temps. L'exercice en libéral n'était pas un choix pour 20 (74.1%) de ces répondants, mais une solution pour pallier le manque d'emploi salarié. Les autres motivations de cette forme d'exercice étaient le désir de pratiquer la profession autrement (18/27, 66.7%), puis la liberté de choisir ses horaires (n = 3) et son salaire (n = 4). Un tiers des sages-femmes travaillant en libéral (n=9) complétaient leur exercice par des vacations à la garde ou des CDD :

[Nous avons] "besoin des vacations à la garde ou d'un CDD en plus du libéral, pour joindre les

deux bouts car les revenus libéraux ne sont pas suffisants".

Ainsi 37% (19/27) des sages-femmes qui exerçaient leur activité en cabinet libéral avaient une double activité au moment de l'enquête.

Quatorze des 202 répondants (6.9%) ont choisi de se réorienter vers une autre activité. Sept ont choisi de poursuivre un master professionnel ou master de recherche grâce aux passerelles mise en place en 2010 (Tableau 1). Trois se sont réorientés vers un métier paramédical, deux ont intégré le cursus de médecine, et deux autres ont choisi une voie professionnelle complètement différente. Plusieurs raisons ont été évoquées pour cette reconversion. Pour 10/14, la réorientation était subie plutôt que désirée, en raison de difficultés d'accès à l'emploi. Les autres raisons ont inclus : salaire insuffisant par rapport aux responsabilités assumées (5), difficultés d'horaires décalés (3) et envie de faire autre chose (3).

Huit des 202 répondants (3,9%) étaient sans emploi au moment de l'enquête (Tableau 1) et 13 (6,9%) avaient eu recours au moins une fois aux services de Pôle Emploi

Tableau 2 : Comparaison des sages-femmes – femmes et hommes

	Total n=202		Femmes n=185		Hommes n=17		p
	n	%	n	%	n	%	
Secteur public	127	62.7	120	64.9	7	41.2	0.05
Secteur privé	49	24.2	43	23.2	6	35.3	0.26
Activité libérale*	27	13.4	25	13.5	2	11.8	-
Reconversion**	14	6.9	12	6.5	2	11.8	-
Sans emploi	8	4.0	7	3.8	1	5.9	-
Total	225	111.2	207	111.9	18	106.0	

\* y compris 13 femmes qui occupent également des emplois précaires en secteur public ou privé  
\*\* y compris 1 homme et 9 femmes qui occupent également des emplois précaires en secteur privé ou public  
- effectifs trop limités pour une comparaison par tests statistiques simples

(recherche d'emploi ou indemnisation chômage). Aucun de ces répondants-ci n'était en phase de reconversion.

Dix-sept hommes (8.4%) ont rempli le questionnaire : trois pour la promotion de 2010, cinq pour 2011 et neuf pour 2012. Dans cette enquête, les sages-femmes de sexe masculin étaient moins souvent employés en secteur public (7/17 [41.2%] vs. 120/185 [64.9%],  $\chi^2=3.743$ , df 1,  $p=0.05$ ) et avaient plus de chance d'être en CDD que les sages-femmes de sexe féminin, mais ces différences n'étaient pas significatives. Deux d'entre eux se sont réorientés, l'un en école d'ingénieur, l'autre en histoire de l'art. Les motivations de leur choix étaient un salaire insuffisant et une profession ne correspondant pas à leur profil. Deux autres se sont installés en cabinet libéral.

## Discussion

Cette enquête, lancée à l'initiative d'une sage-femme récemment diplômée (JH), et elle-même en situation de précarité d'emploi, a été conduite sans financement. Elle présente un "cliché" instantané de la situation actuelle des sages-femmes nouvellement diplômées pendant les trois dernières années.

Bien que le nombre de ces diplômés soit connu, il n'existe pas de base de données nationale qui aurait permis d'identifier et de contacter ces sages-femmes directement. La collaboration des associations d'étudiants sages-femmes fut donc utile, mais les sages-femmes diplômées ne restent pas nécessairement membres de ces associations longtemps après la fin de leurs études et l'échantillonnage de cette enquête est donc aléatoire. De plus, il n'a pas été possible de connaître le nombre exact de sages-femmes qui ont reçu l'invitation à participer à l'étude et donc de calculer le taux de réponses. Le faible taux de réponse peut s'expliquer par un manque de diffusion du questionnaire aux sages-femmes ciblées ou encore par une faible réactivité de la part des sages-femmes réceptrices.

Bien que représentant presque 10% de la population concernée, cet échantillon n'est sans doute pas représentatif de la population des sages-femmes nouvellement diplômées. Les réponses des hommes ne sont pas surreprésentées dans la mesure où les répondants masculins représentaient 8% de l'échantillon, ce qui est quasi similaire au pourcentage d'hommes des promotions de 2010 à 2012 (Vaillant, 2011).

Une enquête exige normalement que le questionnaire soit validé ou piloté de façon systématique. Etant donné les limites en temps et en moyen de cette étude, une étude pilote complète n'a pas été possible. Néanmoins, le questionnaire a été testé par un petit nombre de collègues. Les résultats de cette enquête constituent un point de départ utile pour de futures études plus détaillées et plus ciblées qui pourraient obtenir un échantillon plus représentatif, et alors confirmer ou infirmer les présents résultats.

Les résultats de cette enquête s'inscrivent dans le cadre d'une situation économique difficile et dans le contexte de changement de politique de la santé en France. D'après les prévisions ministérielles, le taux de chômage, présentement 22% pour les 15-24 ans et 8% pour les 25-49 ans, ainsi que 6,5% des personnes possédant un BAC+2, devrait augmenter jusqu'à la fin de 2013 (INSEE, 2013). Dans notre étude, huit sages-femmes (3,9%) étaient sans emploi pendant une durée d'au moins un mois, affiliées ou non au pôle emploi. Selon une étude récente du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes, ce phénomène est relativement récent et n'est apparu que depuis trois ans (Benoit Truong Canh, 2013).

La Fonction Publique Hospitalière reste le premier employeur des sages-femmes en France. Le nombre croissant de CDD  $\leq 3$  mois ou de vacations à la garde traduit donc une précarité en augmentation ce qui est une nouvelle expérience pour les sages-femmes. D'après notre étude, ces contrats sont plus courants dans le secteur privé que dans le secteur public (71.4% vs. 37%). Ils entraînent une précarité accentuée parce que ces contrats ne donnent pas accès aux

indemnités de chômage. Utiliser ce type de contrat dans ce but express est contraire aux directives de la Circulaire DGOS et de la Direction du budget du 3 janvier 2012 relatives à l'indemnisation du chômage des agents du secteur public (République Française, 2013b), mais il n'empêche que pour les sages-femmes qui y sont assujetties, il est possible qu'il soit une source de précarité, voire d'anxiété, non négligeable. Ceci devrait être étudié de façon plus approfondie.

Un peu plus de la moitié des sages-femmes diplômées depuis 2010 (57.4%) sont en CDD < 6 mois. Une autre étude a montré que les CDD étaient chose courante pour une proportion importante de sages-femmes en début de carrière depuis de nombreuses années (Charrier, 2011). Le taux de contrats stables (CDI et titularisation) des sages-femmes nouvellement diplômées est inférieur à celui des autres professions de santé (infirmières, kinésithérapeutes par exemple) (Ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2012), ainsi que de la proportion des femmes actives salariées bénéficiant d'un CDI en France (INSEE, 2008). Il est important de noter que cette étude démontre que les sages-femmes qui avaient un peu plus d'ancienneté avaient un taux de CDI plus important, bien qu'encore faible – plus d'un tiers pour les répondants diplômées en 2010, mais moins d'un quart pour celles de 2011 et 2012.

Pour s'installer en cabinet libéral, les sages femmes n'ont pas de contrainte d'ancienneté professionnelle, mais la formation initiale des sages-femmes est plus adaptée au milieu hospitalier, plus familier et encadré, qu'à l'installation en cabinet libéral. On constate que les sages-femmes ont moins tendance à s'installer en libérale (12,8%) qu'en 2005 (17,8%), bien que la volonté de l'Etat soit d'augmenter de 30% leur nombre pour 2020, (Cavillon, 2012). Cette installation en pratique libérale s'est faite sous la contrainte pour 74.1% (20/27) des sages-femmes de notre étude, confirmant des résultats antérieurs (Benoit Truong Canh, 2013; Cavillon, 2012). Ces installations précoces (dans les six mois qui suivent l'obtention du diplôme) ont triplé en trois ans. De plus, très peu de sages-femmes de moins de 30 ans s'installaient en libéral jusqu'à récemment (Charrier, 2011). Cela concourt à limiter le chômage des nouvelles sages-femmes, qui est passé de 25.9% et 27.1% pour les diplômés de 2010 et 2011, à 21.1% pour les diplômés de 2012 (Benoit Truong Canh, 2013). Cette enquête montre que 10/85 (11,8%) des diplômés de juin 2012 exercent en activité libérale, et neuf d'entre elles en remplacement d'autres sages-femmes. Ces chiffres sont limités, mais ce résultat est proche des chiffres annoncés par le Conseil National (14% des diplômés de 2012, dont 57% en remplacement).

Dans cette enquête, la proportion de sages-femmes nouvellement diplômées qui ont choisi relativement rapidement de se réorienter vers une autre filière est quelque peu inquiétante (14/202 - 6.9%). Depuis la fin de l'année 2010, dès la première année des études spécifiques de sage femme, les étudiants et les sages-femmes diplômées peuvent demander à se

réorienter vers des passerelles médicales (médecine ou odontologie) (République française, 2010). Cette possibilité a été choisie par deux des 14 sages-femmes en cours de réorientation. Sept ont choisi la voie Masters. Ces réorientations pourraient s'expliquer par le fait que 14% des étudiants sages-femmes ont opté, par défaut, pour cette filière après la Première Année Commune des Etudes de Santé (PACES) et 9% souhaitent ensuite se réorienter (Charrier, 2011). Les hommes semblent plus intéressés par ces passerelles que les femmes, mais le nombre de répondants est limité et ceci ne peut donc être qu'une suggestion qui devrait être vérifiée par une étude plus représentative.

Les hommes sages-femmes représentent 2% des sages-femmes en activité, bien qu'ils comptent 5,5-8% des diplômés sages-femmes depuis 2010 (données du CNOF). La proportion des hommes (17/202 - 8.4%) qui ont répondu à cette enquête est un peu plus importante que la proportion des diplômés de ces trois années. Les hommes sages-femmes semblant avoir plus de difficulté à avoir un emploi stable, il est possible qu'ils aient été plus enclins à participer à l'enquête, mais il est aussi possible qu'il puisse s'agir d'un phénomène réel dans une profession encore très féminisée. Cette étude ne permet pas de l'affirmer, mais seulement d'en proposer l'hypothèse.

La situation de la sage-femme n'est pas unique. Environ 20% des infirmières nouvellement diplômées ont eu accès à un emploi en CDI (Barlet & Cavillon, 2010). Une seconde étude récente constatait une difficulté à l'emploi dans certaines régions pour les infirmiers diplômés d'Etat (FNESI, 2013). La profession infirmière serait un des premières à bénéficier de la création d'un nombre important d'emplois d'ici 2020, ce qui limiterait ce phénomène dans le temps, mais ceci n'est pas le cas pour la profession sage-femme (FNESI, 2013).

Cette étude adresse la situation française. Il serait utile d'examiner la situation de la sage-femme nouvellement diplômée dans d'autres pays européens soumis aux directives européennes, et celle d'autres pays francophones, particulièrement là où le rôle de la sage-femme est un atout majeur dans la lutte contre une mortalité maternelle et infantile importante.

## Conclusion

Cette enquête soutient certaines tendances illustrées précédemment. Celles-ci suggèrent que les sages femmes diplômées depuis juin 2010 font face à des difficultés d'accès à l'emploi et connaissent une précarité croissante : chômage, CDD de courte durée, et une diminution de contrats indéterminés. Pour pallier cette difficulté, les nouveaux diplômés ont deux solutions : l'exercice en secteur libéral et la reconversion.

L'hypothèse que la profession de sage-femme soit touchée par la crise économique ne peut pas être

écartée. Il serait donc important de continuer à examiner l'évolution de cette situation dans les années à venir. La création d'une base de données des sages-femmes qui viennent d'obtenir leur diplôme serait utile pour les cibler dans les mois et années qui suivent leur qualification et ainsi tracer l'évolution de ce phénomène. Cette information sera utile pour les écoles/universités chargées des programmes de formation, pour les services qui financent cette formation et, bien entendu aussi, pour les futurs étudiants afin qu'ils s'engagent dans cette voie professionnelle en connaissance de cause. Elle sera aussi utile pour les organisations d'usagers qui désirent exercer une influence sur le développement des services de maternité pour le bien-être et la santé des futures mères, de leurs nouveau-nés et de leurs familles.

## Références

- Baillet A & Evain F (2012). Les maternités : un temps d'accès stable malgré les fermetures. *Études et résultats (DREES)*, 814, 1-8.
- Barlet M & Cavillon M (2010). La profession infirmière : Démographie et trajectoires professionnelles. *Études et Recherche (DREES)*, 101.
- Bellamy V & Beaumel C (2013). Bilan démographique 2012. La population croît, mais plus modérément. *INSEE Première*, 1429, 1-4.
- Benoit Truong Canh M (2013). Chômage des sages-femmes : faut-il abaisser le numerus clausus ? *Contact Sages-femmes*, 34(2), 17-19.
- Cavillon M (2012). La profession de sage-femme : constat démographique et projection d'effectifs. *Études et Résultats (DREES)*, 791, 1-8.
- CCAM - *Classification Commune des Actes Médicaux*, (2013). Partie 9 : Actes concernant la procréation, la grossesse et le nouveau né, Version 31.
- Charrier P (2011), Les sages-femmes de France, Centre Max Weber UMR 5283, Université de Lyon.
- CNOSF - *Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (2010). Référentiel métier et compétences des sages-femmes.* (Vol. 1). Paris : CASSF.
- De Singly F (2005), *L'enquête et ses méthodes, le questionnaire*, 2ème édition, Paris : Armand Colin.
- FNESI - *Fédération Nationale des Étudiants en Soins Infirmiers*, (2013). État des Lieux de la Formation en Soins Infirmiers : entrée en IFSI et Jeunes Diplômés. Paris : FNESI.
- Gache B & Balayssac D (2012). *Connaissances des pharmaciens d'officine à propos du droit de prescription des sages-femmes.* Clermont-Ferrand : Université d'Auvergne.
- Gallard E (2008) Les CDD et les CDI à temps partiel : des emplois plus fragiles. *Quant'île*, INSEE Corse, 4, 1-6.
- Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H & Gates S (2008). Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (4), CD004667. DOI : 10.1002/14651858.CD004667.pub2.
- Hodnett ED, Downe S & Walsh D (2012). Alternative versus conventional institutional settings for birth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (8), CD000012. DOI : 10.1002/14651858.CD000012.pub4.
- Hubner J (2013). *Situation professionnelle des jeunes sages femmes.* <https://docs.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dDR5RnV2bXVRS3VWV1JUNnhzM0Y5UkE6MQ#gid=0> (Dernier accès 10.6.2013).
- INSEE (2013). Le taux de chômage augmente de 0,1 point au deuxième trimestre 2013, n° 203 - 5 septembre 2013, édition 2013. Paris : INSEE.
- Martis R (2007). *Soutien continu aux femmes pendant l'accouchement : Commentaire de la BSG* (dernière révision : 8 septembre 2007). Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS. Genève : Organisation Mondiale de la Santé.
- Midy F, Condinguy S & Delamaire M-L (2005). La profession de sage-femme : trajectoires, activités et conditions de travail. *Bulletin d'information en économie de la santé (IRDES)*, 102(12), 1-8.
- Ministère des Affaires sociales et de la Santé (2012). La fonction publique hospitalière. <http://www.sante.gouv.fr/la-fonction-publique-hospitaliere-fph.html>. (Dernier accès 8.6.2013).
- Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) Restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11 Mars 2005. [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/NGAP.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/NGAP.pdf). (Dernier accès 16.6.2013).
- ONSSF, *Organisation national syndicats de sages-femmes* (2013) Assurance responsabilité civile professionnelle pour les sages-femmes pratiquant les accouchements à domicile en activité libérale. <http://www.onssf.org/Documents/AssurancesAAD-Ciane2013.pdf>. (Dernier accès 6.6.2013).
- République française (2003) Loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, *Journal Officiel de la République Française*, 29 (1), 21641.
- République française (2009). Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. *Journal Officiel de la République Française*, 0167(1), 12184.
- République française (2010). Arrêté du 26 juillet 2010 relatif aux modalités d'admission en deuxième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme. *Journal Officiel de la République Française*, 0202(36), 15944.
- République française (2012a). Arrêté du 12 Mars 2012 portant approbation de l'avenant n° 1 à la convention nationale des sages-femmes libérales, *Journal Officiel de la République Française*, 0063(24), 4651.
- République française (2012b). Arrêté du 21 décembre 2012 fixant le nombre d'étudiants de première année commune aux études de santé autorisés à poursuivre leurs études de sage-femme à la suite des épreuves terminales de l'année universitaire 2012-2013, *Journal Officiel de la République Française*, 0009(14), 845.
- République française (2013a). Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État de sage-femme. *Journal Officiel de la République Française*, 0074(32), 5288.
- République française (2013b). Circulaire DGEFP/DGAFP/DGCL/DGOS/Direction du budget n° 2012-01 du 3 janvier 2012 relative à l'indemnisation du chômage des agents du secteur public. [http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/01/cir\\_34530.pdf](http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/01/cir_34530.pdf). (Dernier accès 14.6.2013).
- Sénat (2011). *Proposition de loi autorisant l'expérimentation des maisons de naissance* par Muguette DINI (n° 548), le 24/05/2011. Paris. <http://www.senat.fr/leg/ppl10-548.html>.

- Sicart D (2012). Les professions de santé au 1er janvier 2012. *Etudes et Résultats (DREES)*, 168, 1-89.
- Vaillant E. (2011). *Ils ont choisi une filière réputée féminine*, L'étudiant, <http://www.letudiant.fr/etudes/orientation/egalite-homme-femme-19113/ils-ont-choisi-une-filiere-reputee-feminine-13551.html>. (Dernier accès 14.8.2013).
- WHO Euro (2013). European Health for All Database. Dernier accès 18.6.2013 à <http://data.euro.who.int/hfad/>.

## Auteurs

Joana Hubner, sage-femme, Hôpital d'Hyères; Suppléante du Conseil Département de l'Ordre des Sages-Femmes du Var.

Anne Demeester, Directrice, Ecole Universitaire de Maïeutique, Aix-Marseille Université; Doctorante en Sciences de l'Education et en Sciences Médicales – cotutelle Aix Marseille Université (EA ADEF) et Université Catholique de Louvain (IRSS), Belgique.

Antoine Lafouge, Echographiste libéral, Hyères.

Sophie Goyet, Sage-femme, Institut Pasteur du Cambodge, Phnom Penh, Cambodge; MSc, Doctorante en Epidémiologie, Université de Montpellier 1.