



HAL
open science

La sage-femme libérale : activité et compétences non cliniques

Anne Dieudonné-Godel, Vivien Braccini

► **To cite this version:**

Anne Dieudonné-Godel, Vivien Braccini. La sage-femme libérale : activité et compétences non cliniques. Profession Sage-femme, 2019, 254, pp.21-26. hal-04160172

HAL Id: hal-04160172

<https://hal.science/hal-04160172>

Submitted on 18 Jul 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

La sage-femme libérale : activité et compétences non cliniques

Anne Dieudonné-Godel : sage-femme, Groupe Hospitalier Saint-Vincent, autrice principale

Vivien Braccini : chargé de recherche PSInstitut – associé au Laboratoire interuniversitaire des sciences de l'éducation et de la communication (Lisec ER 2310), co-auteur

Article tiré du travail de mémoire pour le master 2 de Pédagogie des sciences de la santé, Université de Strasbourg.

Article définitif publié dans : Profession sage-femme n°254, avril 2019 p.21-26
<https://profession-sage-femme.com/>

Résumé : En partant du constat du développement de la profession de sage-femme libérale, les auteurs s'interrogent sur l'impact de cette évolution sur le métier et ses compétences, et par là-même sur la formation en école qui prépare à cette profession. Ils proposent d'explorer à partir d'entretiens qualitatifs l'activité de cinq sage-femmes libérales. Ils identifient grâce à cela un ensemble de compétences non-cliniques indispensables à la conduite de cette profession en dehors du milieu hospitalier, et interrogent de ce fait la non-prise en compte de ces compétences dans la formation actuelle. Ils soulignent alors les enjeux auxquels répondrait la prise en charge de ces compétences, mais aussi certaines questions que cela soulève pour la profession.

INTRODUCTION

La loi de modernisation de notre système de santé, proposée par la ministre de la Santé Marisol Touraine, en 2015, annonçait le virage ambulatoire que nous vivons aujourd'hui : « *Innover dans l'organisation des soins, en passant d'un système cloisonné, trop centré sur l'hôpital, à une médecine de parcours et de proximité, organisée autour du patient.* » Depuis, les agences régionales de santé pilotent un changement qui ne se résume pas à une réforme de l'hôpital, mais bien à une évolution globale du système de santé. L'organisation hospitalo-centrée laisse la place à une gestion centrée sur le patient avec une coordination ville/hôpital dans une logique de partenariat. Les sage-femmes de ville réduisent les durées de séjour en prenant le relai des hospitalisations pour le suivi des grossesses à risque et en assurant la surveillance de la femme et du nouveau-né en post-partum immédiat. Cette évolution du système de santé a été réaffirmée récemment dans le plan régional de santé 2018-2028 qui projette une nouvelle diminution des durées moyennes de séjour dans les services de maternité grâce à un parcours de soin plus coordonné. Dans ce cadre, on évoque même l'expérimentation de l'accouchement en ambulatoire [1] La loi Santé d'Agnès Buzyn, en discussion au Parlement, va dans le même sens.

Par ailleurs, depuis la loi HPST du 21 juillet 2009, les sage-femmes peuvent assurer des consultations en matière de gynécologie préventive et de contraception auprès des femmes en bonne santé tout au long de leur vie. Elles peuvent également réaliser des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse depuis la parution du décret n° 2016-743 du 2 juin 2016.

Les sage-femmes libérales, comme toute la profession, connaissent donc des évolutions importantes. Elles représentent aujourd'hui 28 % de la profession, si l'on cumule celles qui ont une activité libérale

exclusive et mixte. L'ONDPS prévoyait dès 2016 un doublement des effectifs d'ici 2022. Si leur cœur de métier reste l'accompagnement des naissances, étant donné la diversification de leurs activités, les sage-femmes libérales deviennent un acteur de soin primaire à part entière. Une nouvelle configuration d'exercice professionnel semble se profiler qui mixerait domicile des patientes, cabinet libéral et hôpital. Ainsi, à l'image du système de santé, la profession évolue. Et l'on peut se demander si les jeunes sage-femmes, dont la première expérience professionnelle peut désormais être l'exercice libéral, sont préparées à intégrer ce nouveau marché du travail. Il semblerait que des attentes de réajustement au niveau de la formation initiale existent, comme en témoignent plusieurs écrits [2-4]. Le concept de responsabilité sociale (RS) [5, 6] des institutions de formation en santé, dont les premiers écrits datent des années 1990, nous permet de penser ce lien entre activité de soin et société. En effet, les institutions de formation en santé sont concernées par le devenir de leurs diplômés au regard des besoins de la société et des patients. Il est d'ailleurs prévu un processus d'accréditation pour toutes les facultés d'ici 2023 afin de mesurer l'impact et la qualité de leurs réalisations. C'est pourquoi les écoles de sage-femmes sont récemment entrées dans ce processus mené par le Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur [7].

Actuellement, la formation des sage-femmes se déroule sur 5 ans au sein d'écoles spécialisées, avec une première année commune aux études de santé, puis 4 années d'études spécifiques en alternance. Chaque école ayant son autonomie organisationnelle, le contenu des enseignements est régi par l'arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État de sage-femme. Ce cadre législatif est complété par l'existence d'un référentiel métier et compétences [8] datant de 2010, fruit d'un travail commun entre le Collectif des associations et syndicats de sage-femmes (Cassf), le Conseil national de l'Ordre des sage-femmes et la mission d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé.

Concernant ce référentiel métier/compétences, il est dit dans la partie méthodologie que les usages attendus sont : informer sur le métier et contribuer à le valoriser, orienter les cursus de formation initiale et continue, donner des critères permettant de valider les compétences professionnelles. Or, si l'exercice libéral s'accroît, y aurait-il des compétences spécifiques à prendre en compte dans le cursus de formation initiale ?

En pédagogie, l'approche par compétences fait suite à l'approche par objectifs [9]. C'est au cours des années 1980 que cette dernière montre ses limites. En effet, comme les ouvrages qui détaillent les objectifs d'apprentissage se veulent précis, ils atteignent rapidement les 300 pages et ne sont dès lors plus vraiment utilisables. Le savoir qui repose dans cette approche sur l'observable et le mesurable y apparaît trop segmenté.

Arrive ensuite des États-Unis la notion de compétence. Il s'agit d'une alternative visant à dépasser les limites de l'approche par objectifs [10]. Depuis environ vingt ans, un grand nombre d'auteurs ont donné des définitions de la compétence. Selon le dictionnaire des concepts clés en pédagogie [11] « *la compétence est liée à un métier, à une profession, à un statut, à une situation professionnelle ou une situation sociale de référence (...) dans une terminologie cognitiviste, une compétence implique à la fois des connaissances déclaratives, des connaissances procédurales et des attitudes. C'est l'ensemble des comportements potentiels qui permettent à un individu d'exercer efficacement une activité considérée généralement comme complexe* ». Afin de définir les compétences propres à un métier, il s'agit donc avant tout d'en connaître les activités elles-mêmes liées à des situations professionnelles.

À la lecture du référentiel métier et compétences de la sage-femme, on retrouve huit situations professionnelles décrites de façon détaillée. Leur orientation exclusivement clinique ne nous semblait pas refléter la complexité des activités et compétences des sage-femmes libérales. Nous avons alors cherché à comparer ce référentiel à ceux d'autres professionnels de santé exerçant possiblement en libéral. Pour exemple, nous avons trouvé un référentiel des ostéopathes [12] faisant état d'une situation intitulée « Gérer un cabinet d'ostéopathie », un référentiel professionnel du médecin généraliste [13]

mentionnant les activités suivantes : « gérer l'organisation, l'équipement matériel, le personnel du cabinet – assurer la gestion administrative, économique et juridique du cabinet – organiser le recueil des données médicales et gérer le dossier du patient... ». C'est dans ces activités non cliniques que nous pensions avoir trouvé la partie manquante qui permet de refléter la complexité de l'activité des sage-femmes libérales.

C'est par l'analyse du travail que commence le processus d'élaboration des référentiels de compétences [14]. Si des compétences non cliniques devaient compléter les compétences cliniques figurant dans le référentiel, il serait nécessaire de connaître les activités non cliniques effectuées par les sage-femmes. Pour les identifier, nous avons repris l'approche de Jean-François Métral, qui propose une démarche d'analyse du travail basée sur des entretiens avec les professionnels choisis [15]. L'analyse permet alors de mettre à jour des situations singulières rencontrées par ces professionnels. Dès lors, il est possible d'identifier des classes de situations (appelées « situations types ») qui constitueront le référentiel de situations.

C'est dans le cadre conceptuel de l'approche par compétences que se situe notre travail. Il cherchait à répondre aux questions suivantes : Quelles sont les activités « non cliniques » des sage-femmes libérales ? Quelles « situations types » pourraient enrichir le référentiel existant ?

MÉTHODOLOGIE

Il s'agit d'une étude exploratoire. Une première étape de revue de la littérature de référentiels de professionnels de santé complétée par un retour sur expérience personnelle a été effectuée en février et mars 2018.

Étant donné la nature exploratoire à visée compréhensive de cette recherche, une approche qualitative [16] par entretiens semi-dirigés a été choisie pour le recueil des données. Cinq entretiens ont été réalisés sur la période d'avril à mai 2018. L'analyse des entretiens, une fois retranscrits, s'est faite en plusieurs étapes [17]. Une analyse flottante, consistant en une lecture et relecture du corpus, permettant de s'imprégner de chaque entretien, d'en saisir les messages apparents, a d'abord été menée. Puis une catégorisation a été menée, pour une analyse thématique des données, qui prévoit une classification condensée des données brutes. Certaines catégories provenaient de la littérature, d'autres sont apparues au fil des entretiens. Au fur et à mesure de l'exploitation des données, des catégories ont fusionné au vu de la complémentarité des propos alors que d'autres ont été rééclatées en raison des différences de signification des propos. Enfin, une dernière phase d'interprétation des résultats a été réalisée sur la base de mon expérience professionnelle et des éléments non verbaux présents lors des entretiens. Cette dernière phase avait pour but de donner un sens global aux discours des sage-femmes interviewées.

Les cinq sage-femmes interviewées travaillent en France. Elles ont une activité libérale exclusive ou mixte. L'une d'entre elles travaille seule, tandis que les autres exercent en collaboration. Elles ont été recrutées sur la base du volontariat à la suite d'un appel à participation sur un site d'échanges entre professionnels. Il n'a pas été possible de procéder à plus d'entretiens pour des raisons liées aux contraintes de temps qu'impose notre activité professionnelle et le contexte de formation dans lequel nous avons conduit cette recherche.

RÉSULTATS

Au total, quinze activités sont apparues dans le discours des sage-femmes. Elles sont présentées dans le tableau page 23, organisées en situations.

De la logistique pour fonctionner

Rapportée en entretien, la logistique d'un cabinet libéral atteste une obligation de gestion. « *Il faut* » acheter, commander, planifier. Les sage-femmes semblent cependant aborder cette gestion de façon empirique « *comme quand tu dis "ben tiens, il reste du sucre et du machin", tiens on n'a plus beaucoup de spéculums verts.* » Et s'il est question d'« *investissements de départ* », aucune des sage-femmes ne témoigne avoir évalué ses besoins. Pourtant, l'achat de matériel et l'entretien des locaux représentent un coût, un budget, des choix. Par ailleurs, lorsque les sage-femmes travaillent en association ou en collaboration, il s'agit également de définir « *qui fait quoi* » ou encore « *les investissements futurs* ». Cette répartition des rôles et ces choix nécessitent une « *communication interne* ». Celle-ci ne va pas de soi, les différentes sage-femmes du cabinet « *ne se croisent pas beaucoup physiquement* ». Il est donc nécessaire de créer des moments, comme le décrivent plusieurs sage-femmes : « *On prend deux heures ensemble toutes les semaines* », « *On fait des réunions (...) régulièrement (...) pour communiquer entre nous.* » Si ces échanges ne sont pas de qualité ou trop rares, il existe un risque de « *mésentente..., que l'on ne se sente pas respectée..., que chacune rumine dans son coin* ».

Cette place importante de la communication n'existe pas qu'avec les associées. En effet, pour cette gestion logistique de leur activité professionnelle, les sage-femmes ont des relations avec un certain nombre de partenaires qui constituent un véritable réseau à entretenir et animer : fournisseurs, pharmaciens, laboratoires, maternités alentours, gynécologues, kinésithérapeutes... Ce réseau est fondamental, car il permet « *le bon suivi de la patiente* » (E1). Les échanges se font par mail, courrier, SMS, téléphone selon le degré d'urgence, mais également lors de rencontres afin « *de mettre des visages sur des noms* ». Cette connaissance mutuelle est décrite par une sage-femme comme un système « *donnant-donnant, gagnant gagnant* » en opposition à la « *non-communication* » où il existerait un risque d'incompréhension.

Situation 1	Situation 2	Situation 3	Situation 4	Situation 4
GESTION LOGISTIQUE DU CABINET	GESTION ADMINISTRATIVE DE L'ACTIVITE LIBERALE	GESTION DES ACTIVITES STATUTAIRES	ENSEIGNEMENTS ET RECHERCHE	GESTION DE SON INVESTISSEMENT PROFESSIONNEL
Gestion des locaux	Dossier patient	Formation, actualisation des connaissances	Gestion des étudiants	Gestion des limites dans la relation aux patientes
Gestion du matériel	Gestion des rendez-vous	Relation aux instances, représentation, promotion de la profession	Suivi des travaux de recherche	Gestion du temps de travail
Gestion des relations avec les collaboratrices / associées et autres professionnels et/ou partenaires.	Facturation		Intervention d'enseignement en école de sage-femmes ou autre structure	
	Comptabilité, fiscalité			
	Activité d'employeur			

Pérenniser son activité professionnelle

Organiser ses rendez-vous ou choisir son support de dossier est un préalable à la prise en charge des patientes. Ces dernières années, les offres de prestataires de prise de rendez-vous par Internet et la dématérialisation des dossiers se sont développées.

Alors que les nouvelles technologies ont pour réputation de faciliter la gestion et d'accroître les potentialités lors des tâches administratives, les sage-femmes interviewées restent sur des systèmes mixtes. « *Dans les faits, j'ai pas mal limité la prise de rendez-vous par Internet..., souvent ça se fait par téléphone.* » Ce temps d'échange direct permet aux sage-femmes d'expliquer leur prise en charge, de faire connaissance avec la patiente. Et si les patientes « *sont contentes* » d'avoir accès à un service via Internet, une sage-femme témoigne d'un changement de comportement « *je te prends, je te jette, je prends des rendez-vous, je les modifie, j'annule* » qui génère une « *gestion des annulations* » chronophage. Concernant les dossiers, le choix du « *tout informatisé* » reste rare. En revanche, la majorité des sage-femmes parlent de « *double dossier* » pour que la patiente ait son propre dossier. L'archivage est effectué, mais un manque de « *confiance dans les archives électroniques* » est évoqué, ce qui pourrait être un frein au dossier informatisé.

Les sage-femmes sont des professionnelles de santé conventionnées, ce qui entraîne une cotation et une facturation des actes effectués. Il s'agit là du rapport argent-travail dont le partenaire principal est la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). « *Pour être payées* », les sage-femmes cotent des actes puis les télétransmettent à leur CPAM. Le règlement s'effectue le plus souvent par « *tiers-payant* » parfois « *en chèque ou en espèces* ». « *La carte bancaire a un coût et une gestion supplémentaires* » qui entraînent des résistances. Les sage-femmes sont obligatoirement équipées d'« *un boîtier de lecteur de carte Vitale* » et témoignent toutes d'un besoin de « *vérification* », de « *suivi* » de cette activité afin de repérer « *ce qui a été rejeté* » ou tout autre « *grain de sable dans le truc qui fait que l'on doit tout reprendre* ».

La gestion comptable fait suite à la facturation. La plupart des sage-femmes ont comme partenaire « *une association de gestion agréée* » et/ou « *un comptable* ». Malgré tout, toutes ont « *un logiciel* » qui leur permet à minima de préparer « *un livre de compte* ». Tout cela permet de « *faire les déclarations fiscales* ». Les obligations comptables et le régime fiscal dépendent du statut juridique choisi par la sage-femme, à savoir exercer en son nom propre ou à plusieurs au sein d'une société. Il existe « *un risque de redressement fiscal* » en cas d'insuffisance, d'inexactitude, d'omission ou de dissimulation dans les éléments déclarés. Le cas échéant, une imposition supplémentaire assortie d'amendes ou pénalités pourra être effectuée. C'est également l'occasion de connaître son revenu et ses variations d'une année sur l'autre. Cette activité met les sage-femmes libérales face au rapport rentabilité-travail. D'ailleurs, une sage-femme s'interroge : « *Est-ce que c'est intéressant de continuer à travailler ? Je travaille plus pour gagner moins.* »

Trois sage-femmes ont des fonctions d'employeur vis-à-vis de secrétaires et/ou de femmes de ménage. Il s'agit de « *faire comprendre les besoins et les possibilités tarifaires* » et de ne pas être « *hors la loi sans le savoir* ». En effet, il existe un risque pour la sage-femme comme pour tout autre employeur en cas de non-respect du Code ou du contrat de travail. Ce risque est avant tout financier.

Travailler avec professionnalisme

La formation permet de « *rencontrer des collègues* », de répondre à des « *envies* », d'avoir « *beaucoup de plaisir* », en deux mots : « *ça motive* ». Les sage-femmes lisent, vont à des congrès, font des formations courtes et/ou longues et diplômantes. « *La médecine évolue, il n'est pas question de rester à la traîne* », témoigne une sagefemme. « *Ça permet de suivre les recommandations* », déclare une autre. Mais « *les formations c'est du temps, c'est de l'argent et ce n'est pas valorisé* », regrette une troisième. Et s'il existe « *des prises en charge, des dédommagements* », les démarches sont parfois perçues comme « *compliquées* » et « *le cabinet, il faut qu'il tourne* ». Il y a une organisation à prévoir pendant l'absence. Il est donc nécessaire que les sage-femmes sachent identifier leurs besoins, anticiper leur absence, réaliser les démarches de prise en charge pour construire au mieux leur développement professionnel.

Les sage-femmes libérales interviewées sont en lien avec un grand nombre d'instances. Pour certaines, comme l'Ordre des sage-femmes, l'Urssaf, la caisse de retraite (CARCDSF), la CPAM, il s'agit d'un partenariat de fait. En revanche, pour les syndicats, l'Association nationale des sage-femmes libérales (ANSFL), les réseaux périnataux, les assurances professionnelles, les organismes de prévoyances... « *ce sont des démarches qui sont volontaires* ». Certaines sage-femmes estiment ces démarches « *totale­ment indispensables* » alors que d'autres « *font l'autruche* ». Or, quelques-uns de ces partenariats facultatifs sont susceptibles d'impacter la sécurité financière de l'activité libérale, comme en témoigne une sagefemme : « *Si tu n'as pas fait de prévoyance et que tu te retrouves en maladie, eh bien tu n'as rien les trois premiers mois.* » D'autres permettent d'être acteur du système de soin : « *Il faut aussi qu'il y ait des gens qui aillent discuter avec la Sécu et négocier avec le ministère* », déclare une sage-femme. Pour cela, certaines sont « *représentantes en commission paritaire régionale* » ou font « *partie de l'URPS* » (Union régionale des professionnels de santé). Il s'agit entre autres d'assurer « *la préparation des réunions* », de « *représen­ter les sage-femmes* » lors de réunions ou encore de « *répondre aux mails* ».

Partager son expertise

Toutes les sage-femmes interrogées accueillent des étudiants dans leur cabinet. Il s'agit parfois « de secondes, troisièmes, qui veulent découvrir un peu la profession », mais le plus souvent ce sont « des étudiants sage-femmes ». Certaines sage-femmes se sentent « démunies par rapport à leurs objectifs et la façon de les gérer ». La prise en charge est plutôt « empirique », les étudiants « suivent, sont là du matin jusqu'au soir », mais ne sont pas forcément dans le rythme dense de la sage-femme, « ils ne restent jamais jusqu'au bout, ils font des journées normales et pas des grosses journées ». Une sagefemme dit ne pas avoir « la prétention de les former, mais plutôt leur ouvrir le regard », alors qu'une autre déclare : « On participe clairement à leur formation, on devrait avoir un statut de maître de stage pour avoir une légitimité. »

Un certain nombre de sage-femmes « accompagnent aussi des mémoires », parfois sans avoir « la maîtrise de ce que l'on attend d'un mémoire » et de ce fait, comptent sur l'implication de l'équipe pédagogique de l'école de sage-femmes.

Dans des domaines qu'elles maîtrisent particulièrement, certaines sage-femmes interviennent pour des enseignements. Mais le processus d'universitarisation change les pratiques et déconcerte : « Les cours ne sont pas obligatoires, elles ne sont pas la moitié, toutes derrière leur ordi, là j'ai dit stop ! »

Éviter l'épuisement professionnel

De manière croissante au fil des entretiens, les sage-femmes ont évoqué la place de leur activité professionnelle dans leur vie privée. Il est question de choix pour certaines. La première sage-femme « *essaye de faire le moins de choses possible à la maison* », alors que la seconde apprécie sa « *liberté* », elle voit comme « *un choix* » de pouvoir « *faire ce que je veux, répondre à quelqu'un si je veux à 8 h 00 du soir ou à 9 h 00* ». Alors que pour d'autres, c'est le plan organisationnel qui implique un transfert d'activité du cabinet au domicile ou lors de temps de repos : « *J'imprime chez moi, au cabinet je n'ai pas d'imprimante et puis de toute façon je n'ai pas le temps, alors je fais ça à la maison* », « *Il y a des temps de repos qui sont des créneaux de domicile.* »

C'est également au travers des échanges avec les patientes que le domaine professionnel fait irruption dans la vie privée. Le téléphone est l'outil principal de la communication sage-femme/patiente. Selon plusieurs sage-femmes, les patientes « *envoient des messages* », mais « *il y en a quand même pas mal qui appellent* ». Les patientes « *veulent qu'on les rassure* ». Une sage-femme explique ces interactions par sa posture « *bienveillante* », voire « *gentille* », connue des patientes et commune à la plupart des sage-femmes. La description de la gestion des interactions téléphoniques reflète une ambivalence.

« Si l'on est le weekend ou si l'on est à des heures qui ne sont pas adaptées, eh bien je ne réponds pas... Bon, si je peux le faire, je le fais... La plupart du temps je le fais d'ailleurs », déclare une sage-femme. « Le weekend, je ne réponds pas, le samedi des fois la journée oui, mais le dimanche jamais », témoigne une autre. Cet envahissement du temps personnel pose plusieurs problèmes. Tout d'abord « c'est du temps bénévole et gratuit », mais c'est également « une charge de travail ». Une sage-femme se dit d'ailleurs « épuisée » par des journées qui ne finissent pas, évoquant le « stress » dû à l'impossibilité de « débrancher ».

DISCUSSION

Cette étude exploratoire a permis de confirmer l'existence pressentie d'un nombre important d'activités professionnelles non cliniques dans la profession de sage-femme libérale. Ces activités sont pour la plupart incontournables, car elles permettent aux sage-femmes de faire vivre leur entreprise, de travailler en collaboration avec leurs partenaires, de se conformer aux exigences légales de la profession ou encore de prendre part au fonctionnement du système de santé dans lequel elles évoluent tout en préservant leur épanouissement professionnel.

Un rôle de gestionnaire à intégrer au métier

Qu'il s'agisse des activités logistiques, administratives et financières ou statutaires, la sage-femme libérale se trouve dans une posture de gestionnaire. Ce rôle fait appel à une logique entrepreneuriale à laquelle les sage-femmes ne sont pas familiarisées. Les liens entre activités de soin et rentabilité sont habituellement le souci des gestionnaires d'établissement. En s'installant en cabinet libéral, la sage-femme se retrouve confrontée à la réalité marchande du soin. Il s'agit alors de faire des choix. Des choix dans le type d'activité qu'elle souhaite développer, dans la part donnée à la formation professionnelle, dans les investissements... Ces choix déterminent le potentiel revenu sur lequel elle pourra compter. Mais sans formation, ces choix se font à l'aveugle, sans prendre la mesure des conséquences potentielles. Et parfois les sage-femmes préfèrent se passer de contrats de prévoyance ou de l'aide d'un comptable pour faire des économies. Elles se retrouvent alors dans une précarité vécue presque comme une fatalité ou le prix à payer pour la liberté de son mode d'exercice. Si la sage-femme hospitalière peut compter sur sa structure pour gérer tous ces aspects, la sage-femme libérale se retrouve livrée à elle-même.

Un statut de formateur à définir

Pour ce qui est des activités de transmission de leur expertise, les sage-femmes montrent un enthousiasme réel. Elles voient dans le contact aux étudiants une réciprocité, un échange. Ce qui leur importe avant tout est de les initier à un autre « relationnel aux patientes », à d'autres dimensions que la technicité du soin. Il y a une attente forte de partenariat, de reconnaissance, d'un réel statut afin d'être légitimé. Les liens entre sage-femmes libérales et école, pour une compréhension réciproque, semblent à inventer. On peut d'ailleurs se demander si le processus d'universitarisation [18] ne risque pas d'éloigner encore plus les professionnels de terrain du cursus de formation dans le cas où aucun statut réel de maître de stage n'est créé. Les sage-femmes sont formées par alternance, il serait dommage et vide de sens que les professionnels ne soient considérés que comme des pourvoyeurs de stage [19].

Un équilibre de vie à trouver

Concernant leur qualité de vie au travail, les sage-femmes libérales se retrouvent face à plusieurs problématiques. Tout d'abord la gestion de leur temps de travail. En tant que salariées, les sage-femmes ont un temps de travail défini par leur contrat de travail ainsi que le Code du travail. Dans le cadre de leur activité libérale, les sage-femmes sont libres de fixer elles-mêmes leurs horaires et leur temps de

travail. Cette liberté est cependant relative étant donné qu'elle est assujettie aux paramètres financiers qui s'imposent à la sage-femme. Pour en savoir plus à ce sujet, il serait intéressant de combiner une double approche [20] pour évaluer, de manière objective, les rythmes de travail des sage-femmes libérales, mais également, de manière plus subjective, leur représentation de ceux-ci. En effet, au fil des entretiens les sage-femmes prenaient conscience de l'ampleur des heures passées à travailler hors du soin. Il se peut donc qu'une usure progressive et non perçue se mette en place si aucune formation ne leur apprend à gérer le temps consacré au travail. D'autant plus que s'ajoutent potentiellement la charge mentale liée à la gestion de la vie de famille, la pression financière liée à la gestion de son entreprise et la progression des installations accentuant le contexte de concurrence.

Parallèlement à la gestion du temps, il y a la gestion de la relation aux patientes. Toutes les sage-femmes interrogées restent joignables pour leurs patientes par téléphone en dehors de leurs heures officielles de travail. Néanmoins, il y a une tension entre le droit à la tranquillité et la conscience professionnelle. Il est évoqué la sage-femme « bienveillante » ou « gentille ». Et si en milieu hospitalier le lien avec la patiente cesse lorsque la sage-femme quitte son poste, en contexte libéral, il appartient à la sage-femme de fixer les limites. À défaut, la sage-femme subit sa mise à disposition et peut voir son espace personnel envahi.

Pour en revenir à la question de départ... la formation initiale

Dans le référentiel métier et compétences actuel des sage-femmes, seules des compétences cliniques sont mentionnées. Mais dans le contexte actuel de libéralisation de la profession de sage-femme, peut-on se limiter à ce registre clinique ? Actuellement, c'est dans le secteur de la formation professionnelle continue que des propositions de formation sur la thématique de l'exercice libéral existent. Or, dans une publication de 2008 [21], la Société internationale francophone d'éducation médicale (Sifem) souligne que « pour l'institution de formation, la responsabilité sociale devrait être appréciée à l'aide de normes relevant de trois domaines interdépendants : la conception, la production et l'utilisabilité des personnels de santé ». Il semblerait donc qu'il soit de la responsabilité de la formation initiale de s'inquiéter de la bonne adaptation des professionnels formés au marché de l'emploi. C'est dans ce but que nous proposons de compléter le référentiel actuel par des situations types « non cliniques ».

Suggestion de compléments au référentiel existant

Situations types	Caractéristiques
Gérer la logistique d'un cabinet libéral	Evaluation des besoins, travail en collaboration et prise en charge de la continuité
Assure la gestion administrative de l'activité libérale	Organisationnelle, législative et financière
Assurer la gestion des activités statutaires	Travail en collaboration, évolution et évaluation des pratiques professionnelles
Réaliser des activités d'enseignement et de recherche	Travail en collaboration, partage et transmission de l'expertise professionnelle
Gérer son investissement professionnel	Bien-être au travail, épanouissement professionnel et relation soignant-soigné

Parmi les situations proposées, celle portant sur la gestion nous interpelle particulièrement, car l'on constate qu'une partie des sage-femmes exerçant en pratique libérale rencontre des difficultés. Nous avons ressenti lors de nos entretiens un tabou concernant l'argent et la question de la rentabilité qu'il faudrait confirmer. Mais d'ores et déjà, nous avons l'intuition que ces difficultés pourraient être liées à l'absence d'habitude de valorisation du temps de travail qui ne semble pas explicitement abordée en formation initiale. Les sage-femmes trouvent normal d'être payées, mais si des obstacles techniques ou administratifs surviennent, elles n'hésitent pas à travailler bénévolement, car c'est la qualité du service qui est priorisée, comme en témoigne l'une des sage-femmes : « En fait, je me dis tant pis, je pense que de temps en temps je ne me fais pas rembourser par la Sécu et puis tant pis. » Si l'on peut tout à fait comprendre cette logique dans le soin, il reste néanmoins que celle-ci est préjudiciable au bon fonctionnement d'une entreprise. Il semble qu'elles n'intègrent pas la dimension de rentabilité de

l'activité, peut-être par manque de formation à la question. Sans une place réelle des dimensions financières dans la formation initiale, il est probable que les étudiants aient des difficultés à apprécier la valeur de leurs actes. Il serait donc important de mettre à l'ordre du jour des discussions sur l'intégration de la formation à la gestion et à la cotation des actes dès la formation initiale.

Cette absence de rapport aux dimensions économiques du métier pourrait être attribuée à un rapport au métier marqué par son histoire, fondée sur le sens du service et du sacrifice indispensable à l'acte de donner la vie. Les professionnelles feraient-elles face au caractère sacré de la naissance où il ne saurait être question d'argent ? Les propos d'une sage-femme nous ont interpellés dans ce sens : « *Après, tant pis, je laisse tomber, mais sur le principe ça me dérange..., je ne suis pas bonne sœur !* »

Par ailleurs, concernant la finalisation de l'élaboration et l'intégration de ces nouvelles compétences dans la formation initiale, nous proposons plusieurs pistes. Tout d'abord, une analyse complémentaire des activités non cliniques basée sur la didactique professionnelle pourrait être envisagée [22]. Par ailleurs, la traduction didactique proposée dans l'approche par compétences intégrée (APCi) [14] par F. Parent et J. Jouquan combine l'analyse de l'activité réellement effectuée par les professionnels à une approche analytique permettant d'élaborer des macrocapacités ainsi que des capacités, des critères de qualité des pratiques et des rubriques d'évaluation. L'identification des situations étant la première étape, il conviendrait de procéder à l'étape analytique pour finaliser la démarche. Enfin, si l'on considère que ces activités ne sont pas spécifiques à la profession de sage-femme, une mutualisation des enseignements, des outils et des apprentissages avec d'autres professionnels exerçant en libéral pourrait être envisagée. Dans une logique d'interprofessionnalité et d'universitarisation, un référentiel et un module portant sur ces activités pourraient être communs aux différentes professions de santé.

LIMITES DE L'ÉTUDE

Le nombre limité d'entretiens n'a pas permis d'atteindre la saturation des données. Par ailleurs, d'autres techniques d'analyse de l'activité telles que l'observation ou le *focus group* pourraient permettre d'affiner et d'enrichir ces dernières. En effet, le *focus group* permettrait de tendre vers l'intersubjectivité propice à davantage d'objectivité. L'observation, quant à elle, permettrait de confronter des faits objectifs à la perception du professionnel. Il s'agirait de les encourager à formaliser davantage tous les éléments intégrés à leur expérience et à leur pratique, ce que les entretiens peuvent ne pas permettre pleinement. Une autre solution serait de reconduire une série d'entretiens avec ces mêmes sage-femmes afin d'approfondir et tester plus finement les interprétations inhérentes à toute méthodologie compréhensive fondée sur les entretiens.

CONCLUSION

Le virage ambulatoire représente une modernisation de notre système de santé, mais il implique très certainement des remaniements profonds pour notre profession et, par conséquent, sa formation. Notre étude a montré que les sage-femmes libérales sont confrontées à une multitude d'activités non cliniques. Elles sont tout à la fois des soignantes et des chefs d'entreprise, elles participent à la professionnalisation des étudiants et doivent inventer leur équilibre entre vie privée et vie professionnelle.

Et même si les activités non cliniques sont une réalité dans la pratique professionnelle des sage-femmes libérales, il sera probablement nécessaire d'identifier les freins éventuels à leur intégration dans le cursus de formation initiale afin de permettre leur acceptation et leur appropriation par les différents acteurs de cette formation initiale.

Plus globalement, ces activités soulèvent d'autres questions. Le soin peut-il être lié à l'entrepreneuriat ? Quelles conséquences éthiques et pratiques cela pourrait-il avoir sur la qualité des soins ? Quel serait l'impact sur l'identité professionnelle des sage-femmes ? Quelles sont les représentations des sage-

femmes à propos de l'entrepreneuriat ? Quel impact ont-elles sur les potentialités d'intégration de ces activités dans le cursus de formation ? Comment organiser l'alignement pédagogique du cursus de formation initiale en intégrant les différents modes d'exercice ? Autant de pistes à explorer dans un avenir proche...

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] ARS Grand-Est. Projet régional de santé Grand-Est 2018-2028 (2^e génération). Disponible sur : <http://www.grand-est.ars.sante.fr/projet-regionalde-sante-grand-est-2018-2028-2eme-generation>. Consulté le 27 octobre 2018
- [2] Moyon M. L'exercice des sage-femmes libérales en Pays de Loire : difficultés et axes d'amélioration. Mémoire de fin d'études de sage-femme. Université de Nantes, UFR Médecine, Ecole de sage-femmes. 2014, 57 p.
- [3] Laurent J. Les jeunes diplômées sage-femmes et l'exercice libéral. Mémoire de fin d'études de sage-femme. Université de Lorraine ; 2014, 77 p.
- [4] Vincent A. La place de l'exercice libéral au sein de la formation initiale en maïeutique. Vocation sage-femme. 2016 ; 15 : 35-38.
- [5] Boelen C. Consensus Mondial sur la Responsabilité sociale des facultés de médecine, Summary. Santé publique. 2011 ; 23(3):247-50.
- [6] Pestiaux D. La responsabilité sociale des institutions de formations en santé. Pédagogie médicale. 2015 ; 16(3) :163-5.
- [7] Hcéres. Le Hcéres évalue des formations en santé. Disponible sur : <http://www.hceres.fr/ACTUALITES/Toutes-les-actualites/Le-Hceres-evalue-desformations-en-sante>. Consulté le 29 avril 2018
- [8] CASSF, Conseil de l'ordre des sage-femmes. Référentiel métier et compétences des sage-femmes. 2010, 34p.
- [9] Landsheere V, Landsheere G. Défi nir les objectifs de l'éducation. Éd. Presses Universitaires de France – PUF ; 1982.
- [10] Nguyen D-Q, Blais J-G. Approche par objectifs ou approche par compétences ? Repères conceptuels et implications pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation au cours de la formation clinique. Pédagogie Médicale. 2007 ; 8(4):232-51.
- [11] Raynal F, Rieunier A. Pédagogie, Dictionnaire des concepts clés apprentissage, formation, psychologie cognitive. Issy-les-Moulineaux : ESF éditeur ; 2014.
- [12] Blanc D, Camail T, Gersanois A, Grison D, Sarkissian J-J. Ostéopathes de France Le référentiel du métier et des compétences. 2010. Disponible sur : <http://osteofrance.com/actualites/news/2010/10/le-referentiel-du-metier-etdes-competences-de-losteopathe>. Consulté le 8 juillet 2018
- [13] Conférence des présidents des Sections généralistes des UP régionales de médecins libéraux. Référentiel professionnel du médecin généraliste. Disponible sur : http://www.lecmg.fr/livreblanc/docs/02-referentiel_metier. PDF. Consulté le 8 juillet 2018
- [14] Parent F, Jouquan J, De Ketele J-M, Del Rey A. Comment élaborer et analyser un référentiel de compétences en santé ? Louvain-la-Neuve (Belgique) : De Boeck Supérieur ; 2015.
- [15] Métral J-F. Le référentiel de "compétences situées" comme instrument de l'évaluation des compétences ? In : 21^e colloque de l'ADMEE-Europe. Louvain-la-Neuve, Belgique ; 2009.
- [16] Pelaccia T, Paillé P. Les approches qualitatives : une invitation à l'innovation et à la découverte dans le champ de la recherche en pédagogie des sciences de la santé. Pédagogie Médicale. 2009 ; 10(4) :293-304.
- [17] Wanlin P. L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens : une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels. 2007 ; (hors-série n° 3) :30.

[18] Vaast I. L'universitarisation de la formation de sage-femme et ses conséquences pour les structures de formation : entre dynamique de professionnalisation et remaniements de l'identité des enseignants en maïeutique. Université Charles-de-Gaulle - Lille III; 2017.

[19] Pentecouteau H. L'alternance dans une formation professionnelle universitaire. De l'idéal épistémologique aux contradictions pédagogiques. Rev Int Pédagogie L'enseignement Supér. 2012 ; 28(28-1).

[20] DRESS Micheau J, Molière E. L'emploi du temps des médecins libéraux. Dossier solidarité et santé. 2010 ;15 p.

[21] Boelen C, Grand'Maison P, Ladner J, Pestiaux D. Responsabilité sociale et accréditation. Une nouvelle frontière pour l'institution de formation. Pédagogie Médicale. 2008 ; 9(4) :235-44.

[22] Pastré P, Mayen P, Vergnaud G. La didactique professionnelle. Revue française de pédagogie. Rech En Éducation. 2006 ; 154 :145-198.