

# LA SAGE-FEMME LIBERALE : ACTIVITES ET COMPETENCES NON CLINIQUES

## INTRODUCTION

### *CONTEXTE*

La loi de modernisation de notre système de santé annoncée par Madame Touraine en 2015 disait ceci : « 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 nous vivons le virage ambulatoire conduit par les agences régionales de santé. Il s'agit d'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 sages-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 encore 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).

Par ailleurs, depuis la loi HPST du 21 Juillet 2009, les sages-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.

Il y a donc des réels changements pour les sages-femmes et notamment les sages-femmes libérales. Et si le cœur de métier reste l'accompagnement des naissances, étant donné la diversification de ses activités, la sage-femme libérale est devenue un acteur de soin primaire à part entière.

Les chiffres disponibles via l'Ordre National des sages-femmes indiquent 27 425 sages-femmes inscrites dont 22 721 actives au 1<sup>er</sup> janvier 2017. En cumulant les sages-femmes ayant une activité libérale exclusive et mixte, on décompte un total de 6 552 sages-femmes, soit 28% du corps professionnel en activité, alors qu'elles n'étaient que 13% en 1998. Le dernier rapport de l'ONDPS de mai 2016 signale que l'accès à l'emploi en milieu hospitalier est devenu difficile et prévoit un doublement de l'effectif des sages-femmes libérales en 6 ans.

De la matrone à la sage-femme d'aujourd'hui, le métier a évolué, s'est professionnalisé et s'est structuré. Le lieu d'exercice du métier a lui aussi évolué passant du domicile des patientes à l'hôpital. En effet, après la deuxième guerre mondiale le mode d'exercice devient majoritairement hospitalier. Actuellement 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 sages-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 médecine, ou plus largement activité de soin et société. Il s'agit de définir la place de la société dans la formation médicale. 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 sages-femmes sont récemment entrées dans ce processus mené par le Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCÉRS)(7).

Actuellement, la formation des sages-femmes se déroule sur 5 ans avec une première année commune aux études de santé puis 4 années d'études spécifiques, en alternance, au sein d'écoles spécialisées. 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'Etat de sage-femme. Ce cadre législatif est complété par l'existence d'un référentiel métier et compétences (8) datant de 2010. L'élaboration de ce référentiel est le fruit d'un travail commun entre le collectif des associations et syndicats de sages-femmes (CASSF), le conseil national de l'ordre des sages-femmes, la mission d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé menée par le Pr. Yves Matillon, et le cabinet Le Boterf Conseil.

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 initial ?

### *ACTIVITES, SITUATIONS, COMPETENCES...*

En pédagogie, l'approche par compétences fait suite à l'approche par objectifs (9). C'est au cours des années 1980 que cette approche 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 Etats-Unis, la notion de compétence. Il s'agit d'une alternative visant à dépasser les limites de l'approche par objectifs (10). Depuis environ 20 ans, un grand nombre d'auteurs comme Philippe Merieu, Guy le Boterf, Philippe Perrenoud ou Jacques Tradif, pour ne citer qu'eux, 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. A la lecture du référentiel métier et compétences de la sage-femme on retrouve huit situations professionnelles décrites de façon détaillée, se rapportant toutes à l'activité clinique. Cette orientation exclusivement clinique des situations professionnelles ne nous semblait pas refléter la complexité des activités et compétences de la sage-femme libérale. 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 de sage-femme libérale.

Or c'est par l'analyse du travail que commence le processus d'élaboration des référentiels de compétences, comme l'expliquent Florence Parent et Jean Jouquan dans leur dernier ouvrage (14). Ils y rappellent que « c'est bien l'analyse du travail et des activités, qui lui sont liées, qui constituent la démarche originaire d'une formation professionnalisante fondée sur une approche par compétences ». Ainsi, 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 sages-femmes. La connaissance de ces activités passant par une analyse du travail. Jean-François Métral propose une démarche d'analyse du travail basée sur des entretiens avec les professionnels choisis en fonction des métiers visés par le diplôme et des caractéristiques de leur entreprise(15). L'analyse des données recueillies permet alors de mettre à jour des éléments fondamentaux de la structure conceptuelle des situations singulières rencontrées par ces professionnels. A partir de là, il est possible d'identifier des classes de situations (appelées « situations types ») qui constitueront le référentiel de situations.

Ainsi c'est dans le cadre conceptuel de l'approche par compétences que se situe notre travail qui cherchera à répondre aux questions suivantes : « Quelles sont les activités non cliniques des sages-femmes libérales ? Quelles « situations types » pourraient enrichir le référentiel existant ? ». Ce travail se veut une approche, un moyen de soulever la problématique des compétences non cliniques, mais sans avoir la prétention de mener une démarche d'élaboration des compétences. Une telle démarche supposerait des moyens temporels et financiers qui n'étaient pas disponible dans le cadre d'un master comme le nôtre.

## METHODOLOGIE

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.

Etant 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. Les trois premiers entretiens ont été menés sans canevas, simplement amorcés par des thèmes issus de la revue de la

littérature et du retour sur mon expérience personnelle. Les phrases d’amorce étaient par exemple « Pourrais-tu me parler des activités professionnelles non cliniques qui font partie de ton métier ? », « Nous avons trouvé dans des référentiels de professionnels de la santé des activités non cliniques comme : « gérer l’organisation du cabinet, assurer la gestion administrative du cabinet », que peux-tu me dire de telles activités dans ton métier ? ». L’objectif de ces premiers entretiens était de laisser la place à l’émergence de thèmes non trouvés dans la littérature. Une prise de note au cours de ces trois premiers entretiens a complété l’enregistrement des échanges. Après les trois premiers entretiens, sur la base des notes prises et des données de la littérature, un canevas (Annexe 1) a été créé en avril 2018 et utilisé pour deux entretiens semi-dirigés complémentaires. Les entretiens ont tous été enregistrés et ont duré de 1h45 à 2h30. Ils se sont déroulés soit en présentiel (pour 1 entretien) soit par téléphone (pour 4 entretiens). A la fin de chaque entretien, l’intervieweur demandait à la sage-femme si elle souhaitait rajouter quelque chose.

En juin 2018, une phase de retranscription intégrale des entretiens a été effectuée, suivie d’une analyse manuelle du corpus. Celle-ci s’est faite en plusieurs étapes(17). La première phase a été une analyse flottante consistant en une lecture et relecture du corpus, permettant de s’imprégner de chaque entretien, d’en saisir les messages apparents. Puis nous avons réalisé une catégorisation pour une analyse thématique des données, qui prévoit une classification condensée des données brutes (Annexe 2). 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 aux vues de la complémentarité des propos alors que d’autres ont été rééclatées à cause 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 sages-femmes interviewées.

Les cinq sages-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.

## RESULTATS

Au total quinze activités sont apparues dans le discours des sages-femmes (synthèses des entretiens en Annexe 3). Elles sont présentées ici organisées en situations :

Situation 1 <b>GESTION LOGISTIQUE DU CABINET</b>	Situation 2 <b>GESTION ADMINISTRATIVE DE L’ACTIVITE LIBERALE</b>	Situation 3 <b>GESTION DES ACTIVITES STATUTAIRES</b>	Situation 4 <b>ENSEIGNEMENT ET RECHERCHE</b>	Situation 5 <b>GESTION DE SON INVESTISSEMENT PROFESSIONNEL</b>
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 de 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 sages-femmes ou autre structure	
	Comptabilité, fiscalité			
	Activité d'employeur			

### ***Des locaux, du matériel, des partenaires...de la logistique pour fonctionner***

Rapporté en entretien, la logistique d'un cabinet libéral atteste une obligation de gestion. « *Il faut* » (E1) acheter, commander, planifier. Les sages-femmes semblent cependant aborder cette gestion de façon empirique « *comme quand tu dis ben tiens il reste du sucre et du machin tiens on a plus beaucoup de spéculums verts* » (E3). Et s'il est question d'« *investissements de départ* » (E4) aucune des sages-femmes ne témoigne avoir évalué ses besoins. Pourtant l'achat de matériel et l'entretien des locaux représente un coût, un budget, des choix.

Par ailleurs, lorsque les sages-femmes travaillent en association ou en collaboration, il s'agit également de définir « *qui fait quoi* » (E1) ou encore « *les investissements futurs* » (E1). Cette répartition des rôles et ces choix nécessitent une « *communication interne* » (E1). Celle-ci ne va pas de soi, les différentes sages-femmes du cabinet « *ne se croisent pas beaucoup physiquement* » (E4) il est donc nécessaire de créer des moments comme le décrivent plusieurs sages-femmes « *on prend deux heures ensemble toutes les semaines* » (E3), « *on fait des réunions...régulièrement...pour communiquer entre nous* » (E1). Si ces échanges ne sont pas de qualité ou trop rares il existe un risque de « *mésentente...que l'on ne se sente pas respecté...que chacune rumine dans son coin* » (E1).

Cette place importante de la communication n'existe pas qu'avec les associées. En effet pour cette gestion logistique de leur activité professionnelle, les sages-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* » (E4). Cette connaissance mutuelle est décrite par une sage-femme comme un système « *donnant-donnant, gagnant-gagnant* » (E1) en opposition à la « *non-communication* » (E1) où il existerait un risque d'incompréhension.

### ***De l'administratif et du financier...pour pérenniser son activité professionnelle***

Organiser ses rendez-vous ou choisir son support de dossier sont des préalables 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 sages-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* » (E4). Ce temps d'échange direct permet aux sages-femmes d'expliquer leur prise en charge, de faire connaissance avec la patiente. Et si les patientes « *sont contentes* » (E5) 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* » (E5) qui génère une « *gestion des annulations* » (E5) chronophage. Concernant les dossiers, le choix du « *tout informatisé* » (E3) reste rare. En revanche la majorité des sages-femmes parlent de « *double dossier* » (E2, E3, E4, E5) pour que la patiente ait son propre dossier. L'archivage est effectué mais un manque de « *confiance dans les archives électroniques* » (E5) est évoqué, ce qui pourrait être un frein au dossier informatisé.

Les sages-femmes sont des professionnels de santé conventionnés, 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 payé* » (E1), les sages-femmes cotent des actes puis les télétransmettent à leur CPAM. Le règlement s'effectue le plus souvent par « *tiers-payant* » (E2, E3, E4, E5) parfois « *en chèque ou en espèces* » (E5). « *La carte bancaire a un coût et une gestion supplémentaire* » (E5) qui entraîne des résistances. Les sages-femmes sont obligatoirement équipées d'« *un boîtier de lecteur de carte vitale* » (E2, E3, E5) et témoignent toutes d'un besoin de « *vérification* », de « *suivi* » de cette activité afin de repérer « *ce qui a été rejeté* » (E4) ou tout autre « *grain de sable dans le truc qui fait que on doit tout reprendre* » (E1).

La gestion comptable fait suite à la facturation. La plupart des sages-femmes ont comme partenaire « *une association de gestion agréée* » (E1, E3, E5) et/ou « *un comptable* » (E1, E4). Malgré tout, toutes ont « *un logiciel* » qui leur permet à minima de préparer « *un livre de compte* » (E1, E3, E4). Tout cela permet de « *faire les déclarations fiscales* ». Les obligations comptables et le régime fiscal dépend 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* » (E1) 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 sages-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* » (E5).

Trois sages-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* » (E1) et de ne pas être « *hors la loi sans le savoir* » (E1). 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.

***Se former et s'engager ...pour travailler avec professionnalisme***

La formation permet de « *rencontrer des collègues* » (E5), de répondre à des « *envies* » (E1), d'avoir « *beaucoup de plaisir* » (E2) en deux mots « *ça motive* » (E5). Les sages-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 traine* » (E1) témoigne une sage-femme, « *ça permet de suivre les recommandations* » (E4) déclare une autre mais « *les formations c'est du temps, c'est de l'argent et c'est pas valorisé* » (E5) regrette une troisième. Et s'il existe « *des prises en charges, des dédommagements* » (E1), les démarches sont parfois perçues comme « *compliquées* » (E5) et « *le cabinet faut qu'il tourne* » (E1). Il y a une organisation à prévoir pendant l'absence. Il est donc nécessaire que les sages-femmes sachent identifier leurs besoins, anticiper leur absence, réaliser les démarches de prise en charge pour construire au mieux leur développement professionnel.

Les sages-femmes libérales interviewées sont en lien avec un grand nombre d'instances. Pour certaines comme l'Ordre des sages-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 sages-femmes libérales (ANSFL), les réseaux périnataux, les assurances professionnelles, les organismes de prévoyances... « *ce sont des démarches qui sont volontaires* » (E1). Certaines sages-femmes estiment ces démarches « *totalelement indispensables* » (E1) alors que d'autres « *font l'autruche* » (E4). Or quelques-uns de ces partenariats facultatifs sont susceptibles d'impacter la sécurité financière de l'activité libérale comme en témoigne une sage-femme « *si tu as pas fait de prévoyance et que tu te retrouves en maladie et bah tu as rien les trois premiers mois* » (E1). 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* » (E2) déclare une sage-femme. Pour cela certaines sont « *représentante en commission paritaire régionale* » (E3, E5) ou font « *partie de l'URPS* » (Unions Régionales des Professionnels de Santé) (E5). Il s'agit entre autres d'assurer « *la préparation des réunions* » (E2, E5), de « *représenter les sages-femmes* » (E2, E5) lors de réunions ou encore de « *répondre aux mails* » (E2, E5).

### **Accompagner des étudiants...pour partager son expertise**

Toutes les sages-femmes interrogées accueillent des étudiants dans leur cabinet. Il s'agit parfois « *de secondes, 3<sup>ème</sup>, qui veulent découvrir un peu la profession* » (E1, E2), mais le plus souvent se sont « *des étudiants sages-femmes* » (E1, E2, E3, E4, E5). Certaines sages-femmes se sentent « *démuni par rapport à leurs objectifs et la façon de les gérer* » (E1, E3). La prise en charge est plutôt « *empirique* » (E1), les étudiants « *suivent, sont là du matin jusqu'au soir* » (E4) mais ne sont pas forcément dans le rythme dense de la sage-femme, « *elles restent jamais jusqu'au bout, elles font des journées normales et pas des grosses journées* » (E5). Une sage-femme dit ne pas avoir « *la prétention de les former mais plutôt leur ouvrir le regard* » (E4), alors qu'une autre déclare « *on participe clairement à leur formation, on devrait avoir un statut de maître de stage pour avoir une légitimité* » (E2).

Un certain nombre de sages-femmes « *accompagne aussi des mémoires* » (E2, E3, E5) parfois sans avoir « *la maîtrise de ce que l'on attend d'un mémoire* » (E3) et de ce fait compte sur l'implication de l'équipe pédagogique de l'école de sages-femmes.

Dans des domaines qu'elles maîtrisent particulièrement, certaines sages-femmes interviennent pour des enseignements. Mais le processus d'universitarisation change les pratiques et

déconcerte, « *les cours sont pas obligatoires, elles sont pas la moitié, toutes derrière leur ordi, là j'ai dit stop* » (E5).

### ***Fixer ses limites et apprivoiser le temps...pour éviter l'épuisement professionnel***

De manière croissante au fil des entretiens, les sages-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* » (E1), 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 8h00 du soir ou à 9h* » (E2). 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 j'ai pas d'imprimante et puis de toute façon j'ai pas le temps alors je fais ça à la maison* » (E5), « *il y a des temps de repos qui sont des créneaux de domicile* » (E4).

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 sages-femmes les patientes « *envoient des messages* » (E4,E5) mais « *il y en a quand même pas mal qui appellent* »(E5). Les patientes « *veulent qu'on les rassure* » (E5). Une sage-femme explique ces interactions par sa posture « *bienveillante* » (E5) voir « *gentille* » (E5) connue des patientes et communes à la plupart des sages-femmes. La description de la gestion des interactions téléphoniques reflète une ambivalence. « *Si on est le weekend ou si on est à des heures qui sont pas adaptées, ben je réponds pas, bon si je peux le faire je le fais, la plupart du temps je le fais d'ailleurs* » (E4) déclare une sage-femme, « *le weekend je réponds pas, le samedi des fois la journée oui, mais le dimanche jamais* » (E5) témoigne une autre.

Cet envahissement du temps personnel pose plusieurs problèmes. Tout d'abord « *c'est du temps bénévole et gratuit* » (E5), mais c'est également « *une charge de travail* » (E5). Une sage-femme se dit d'ailleurs « *épuisée* » (E5) par des journées qui ne finissent pas, évoquant le « *stress* » dû à l'impossibilité de « *débrancher* » (E5).

## 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 sages-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 de sage-femme**

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 sages-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 confronté 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 sages-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 sages-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 sages-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 sages-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 sages-femmes libérales se retrouvent face à plusieurs problèmes. Tout d'abord la gestion de leur temps de travail. En tant que salarié, les sages-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 sages-femmes sont libres de fixer elles-mêmes leurs horaires et leur temps de travail. Cette liberté est cependant relative étant donné qu'elles sont assujetties aux paramètres financiers qu'impose le fonctionnement de leur entreprise. 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 sages-femmes libérales mais également, de manière plus subjective, leur représentation de ceux-ci. En effet, au fil des entretiens les sages-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 elles n'apprennent pas à gérer le temps consacré au travail. D'autant plus que s'ajoute 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 sages-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. A 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 sages-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 ».

Tableau « suggestion de complément au référentiel existant »

<b>Situations-types</b>	<b>Caractéristiques</b>
Gérer la logistique d'un cabinet libéral	Evaluation des besoins / travail en collaboration / prise en charge dans la continuité
Assurer la gestion administrative de l'activité libérale	Organisationnelle / législative / 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 / relation soignant-soigné

Parmi les situations proposées, celle portant sur la gestion nous interpelle particulièrement, car l'on constate qu'une partie des sages-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 sages-femmes trouvent normal d'être payé, 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 une des sages-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* » (E5). 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, fondé 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 interpellé dans ce sens « *après tant pis je laisse tomber mais sur le principe ça me dérange je suis pas bonne sœur* » (E5).

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 intégré (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 macro-capacités 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. Et dans une logique d'interprofessionnalité et d'universitarisation, un référentiel et un module portant sur ces activités, pourrait être commun aux différentes professions de santé.

### *LIMITES DE L'ETUDE*

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 groupe 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 sages-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 sages-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 sages-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 sages-femmes ? Quelles sont les représentations des sages-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'exercices ? Autant de pistes à explorer dans un avenir proche...

### Bibliographie

1. ARS Grand Est. Projet Régional de Santé Grand Est 2018-2028 (2ème génération). Disponible sur : <http://www.grand-est.ars.sante.fr/projet-regional-de-sante-grand-est-2018-2028-2eme-generation>. Consulté le 27 octobre 2018
2. Moyon M. L'exercice des sages-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 sages-femmes. 2014, 57p.
3. Laurent J. Les jeunes diplômées sages-femmes et l'exercice libéral. Mémoire de fin d'études de sage-femme. Université de Lorraine ; 2014, 77p.
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-des-formations-en-sante>. Consulté le 29 avril 2018
8. CASSF, Conseil de l'ordre des sages-femmes. Référentiel métier et compétences des sages-femmes. 2010, 34p.
9. Landsheere V, Landsheere G. Définir les objectifs de l'éducation. Ed. 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-et-des-competences-de-losteopathe>. Consulté le 08 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](http://www.lecmg.fr/livreblanc/docs/02-referentiel_metier.PDF). Consulté le 08 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: 21e colloque de l'ADMEE-Europe. Louvain La Neuve, Belgium; 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;15p.
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.