Mémoire

Université de Limoges

Faculté de Médecine
École de Sages-Femmes

Diplôme d'État de Sage-femme

Promotion 2017-2018

La construction de l'identité professionnelle des hommes sages-femmes

Présenté et soutenu publiquement le 15 mai 2018
par

Manon CHESI

Directeur : Christophe GAUBERT

Guidante : Valérie BLAIZE-GAGNERAUD

CHU Centre hospitalier universitaire Limoges

Région LIMOUSIN

BY-NC-ND

Vivre la naissance d'un enfant est notre chance la plus accessible de saisir le sens du mot miracle

Paul Carvel

BY-NC-ND

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier Madame Blaize-Gagneraud, sage-femme référente de mon mémoire, pour son appui, ses conseils et son implication, qui m'ont grandement aidée dans la réalisation de ce travail.
Un grand merci également à Monsieur Gaubert, directeur de mémoire, toujours disponible, auprès duquel j'ai beaucoup appris quant à la sociologie du genre et du travail ; et dont les recherches ont largement contribué à cette rédaction.

Je ne saurai oublier les hommes sages-femmes qui ont participé à mon enquête, sans lesquels rien n'aurait été possible. Je les remercie beaucoup d'avoir su m'accorder du temps. Un grand merci pour leur disponibilité, leur sincérité et leur soutien. Merci également d'avoir contribué à ma formation de sage-femme. Selon moi, leur présence dans la profession est indispensable.

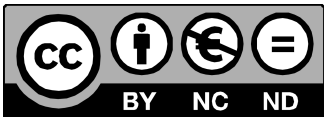
Un petit mot pour remercier Mélina, amie de promotion, d'avoir pris le temps de relire mon travail.

Bien évidemment, je tiens à remercier mon père et mon frère, ainsi que mes grands-parents, mon oncle Jean-Marie et ma tante Magali qui m'ont soutenue et supportée tout au long de ces années d'études.
Merci beaucoup à mes amis Lena, Bertrand, Karim, Louis, Nora, Maria, Tifaine, Alex, d'avoir répondu présent et de m'avoir encouragée à chaque instant.

BY-NC-ND

Droits d’auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :
« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »
disponible en ligne : *http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/*



BY-NC-ND

Table des matières

Remerciements 4

Droits d'auteurs 5

Table des matières 6

Abréviations 8

Première partie : Introduction 9

1. Les hommes dans la profession de sage-femme 10
2. Le métier de sage-femme 10
   - 2.1. Compétences de genre 10
   - 2.2. Technique versus relationnel 11
   - 2.3. Les relations entre les sages-femmes et les obstétriciens 12
   - 2.4. Les revendications d'une profession 13
   - 2.5. La construction de l'identité professionnelle des sages-femmes 14

Deuxième partie : Matériel et Méthode 16

1. Type d'étude et population 17
2. Méthodologie 17
3. Recueil des données et analyse 17

Troisième partie : Résultats et Discussion 18

1. La socialisation primaire 19
   - 1.1. Du milieu social 20
   - 1.2. Du capital culturel 21
   - 1.3. L'importance de la fratrie 23
   - 1.4. Une socialisation primaire de genre neutre 23
2. La formation initiale 24
   - 2.1. Avant l'entrée à l'école de sages-femmes 25
   - 2.2. L'orientation en école de sage-femme était-elle choisie ? 25
   - 2.3. Vécu de la formation 27
3. Vie professionnelle 33
   - 3.1. Parcours professionnel 34
   - 3.2. La pratique des hommes sages-femmes 36

BY-NC-ND

3.3. Les interactions relationnelles 43
3.4. L'implication des hommes sages-femmes dans la profession 46
4. Existe-t-il une transgression du genre chez les hommes sages-femmes ? 50
4.1. Situation familiale 50
4.2. Loisirs effectués et « pratiques vestimentaires » 51
Conclusion 52
Références bibliographiques 54
Annexes 58
Annexe I 59
Annexe II 60
Annexe III 61
Annexe IV 62
Annexe V 63
Annexe VI 68

BY-NC-ND

Abréviations

ANESF : Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes

APD : Analgésie PériDurale

CGT : Confédération Générale du Travail

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CPR : Commission Paritaire Régionale

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes et de l'Evaluation des Statistiques

DRH : Direction des Ressources Humaines

DU : Diplôme Universitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LMD : Licence-Master-Doctorat

ONSFF : Organisation Nationale des Syndicats de Sages-Femmes

PACES : Première Année Commune aux Etudes de Santé

PCEM1 : première année du Premier Cycle des Etudes Médicales

PMA : Procréation Médicalement Assistée

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

PRADO : PRogramme d'Accompagnement du retour à Domicile

UE : Unité d'Enseignement

UNSFF : Union Nationale des Syndicats de Sages-Femmes

URPS : Union Régionale des Professions de Santé

BY-NC-ND

Première partie : Introduction

BY-NC-ND

1. Les hommes dans la profession de sage-femme

Le nombre d'hommes sages-femmes au 1er janvier 2016 est de 620 : ils représentent donc 2,9% de l'effectif de la profession. [1][ANNEXE I]

Historiquement, pour être sage-femme, il fallait avant tout être une femme. La loi du 19 mai 1982 ouvre la formation *« aux candidats des deux sexes* » [2]). Cette ouverture survient à la suite de la directive 76/207/CEE du 9 février 1976 de la Communauté Européenne, qui vise à promouvoir l'égalité homme/femme dans le domaine du travail. [3][4][5]

En 2016, l'âge moyen des hommes sages-femmes est de 31.7 ans contre 40.6 ans pour celui des femmes. La moitié d'entre eux a moins de 30 ans. [1][ANNEXE II]

Le mode d'exercice professionnel des hommes sages-femmes est similaire à celui des femmes. Cependant, le salariat hospitalier et l'exercice mixte sont plus représentés chez les hommes ; ils sont surtout moins souvent salariés non hospitaliers. La pratique conjointe du salariat et du libéral regroupe plus de 70% de l'effectif masculin de la profession. [ANNEXE III]

La répartition des professionnels exerçant dans un établissement de santé public ou privé en fonction du sexe est quasiment identique : 77.9% des hommes et 78.4% des femmes sont salariés de la fonction publique. [1] [ANNEXE III]

2. Le métier de sage-femme

2.1. Compétences de genre

Le métier de sage-femme est traditionnellement considéré comme féminin et lié aux compétences de genre féminin. La dénomination de cette profession inclut le terme « femme », mais elle est aussi historiquement exercée par des femmes. Le genre, par opposition au sexe qui est un attribut biologique, est le produit de la socialisation qui conduit à la répartition des rôles et des rapports sociaux entre les femmes et les hommes. Il s'agit donc d'une construction socioculturelle, à laquelle nous allons nous intéresser. [6][7]

Selon Philippe Charrier, sociologue, «*il est malaisé d'établir un profil type* » [8] des professionnels masculins. Il considère que ces hommes ont la possibilité de développer trois logiques d'action pour contourner les compétences de genre historiquement nécessaires à l'exercice de ce métier très féminin. Tout d'abord, il rejette un effet de segmentation

BY-NC-ND

professionnelle, selon laquelle l'exercice de la profession serait différent en fonction du sexe. Il ne privilégie pas davantage le processus d'inversion du genre, à savoir le fait que leur présence dans la profession entraînerait une certaine « masculinisation » du métier. De même, il considère que la modification de *l'ethos* professionnel[1] serait davantage liée à un effet générationnel. Il en conclut que ces professionnels sont dans une dynamique de dépassement du genre, c'est-à-dire qu'il existe une certaine interchangeabilité des hommes et des femmes en tant que sages-femmes. [8]

Or, il existe des divergences d'interprétation puisque Béatrice Henri et Sonia Purgues, elles aussi sociologues, ont une opinion contraire. Elles considèrent que la recherche d'autonomie et la revendication d'un statut médical sont plutôt dues aux jeunes sages-femmes, plus centrées sur les compétences techniques que relationnelles. D'après elles, on ne peut conclure au dépassement du genre car il y a trop peu d'hommes dans la profession. Dès lors, elles privilégient le fait qu'il existe une division sexuée du travail, les hommes développant davantage l'aspect technique du métier que l'aspect relationnel. [4]

En effet, la profession de sage-femme fait appel aussi bien aux compétences techniques que relationnelles. Or, les compétences relationnelles (comme l'empathie) sont classiquement reliées au genre féminin, et autrefois revendiquées comme spécificité de la profession.

2.2. Technique versus relationnel

La relation de travail caractéristique des métiers de la santé entre soignant et patient s'établit en suivant deux lignes d'interactions, décrits par E. Goffman dans Asile : les manipulations corporelles et les interactions verbales [9]. Les manipulations corporelles correspondent à l'aspect technique du métier, c'est-à-dire à l'ensemble des actions rattachées à des compétences précises et exécutées de manière similaire par tout soignant sur un patient. Les interactions verbales se différencient en trois composantes : une première dimension concerne l'échange d'informations. Une deuxième dimension est plus centrée sur « les conditions de l'échange » : le coût, la durée, les contraintes. La troisième concerne « les égards envers la personne », le fait qu'on ne la considère pas comme « un objet à réparer ». Dans les

[1] Ethos professionnel : appartient à la notion d'habitus ; morale, éthique et pratiques communes à un groupe de professionnels, ici les sages-femmes

BY-NC-ND

discours des professionnels, cette troisième dimension est plus souvent décrite comme l'aspect « relationnel » du métier et de la compétence. La profession de sage-femme mêle ainsi compétences techniques et relationnelles.

Selon P. Charrier, 90% des sages-femmes considèrent que les compétences relationnelles sont « très importantes ». [9] Cependant, une forme de médicalisation de la naissance est observée depuis les années 1970. L'instauration de l'analgésie péridurale a conduit à une redéfinition des besoins des parturientes. Les années 2000 se caractérisent par une multiplication des tâches techniques (surveillance par scope sous analgésie péridurale, centrale de surveillance, ...). Or, cela requiert du temps, qui n'est plus mobilisé pour le versant relationnel de la prise en charge. En parallèle, la PNP[2], pratique quasi exclusive des sages-femmes, redonne une fonction d'accompagnante de la future mère durant sa grossesse. [4][5][10][11][12]

Le statut des sages-femmes oscille donc entre techniciennes et accompagnantes de la naissance. Elles valorisent la compétence relationnelle pour justifier de leur spécificité par rapport aux obstétriciens, plus « neutres » car investissant essentiellement le côté médicotechnique de la relation à la patiente. Cette division relationnel/technique comme représentante de la dualité sage-femme/médecin renvoie ainsi indirectement à la division sexuée du travail homme/femme. En effet, 97% des sages-femmes sont des femmes et 55% des obstétriciens sont des hommes[3]. [5][8]

2.3. Les relations entre les sages-femmes et les obstétriciens

Les médecins et les sages-femmes travaillent ensemble selon une relation d'interdépendance. Selon le sociologue F.-X. Schweyer, l'autonomie ressentie par les sages-femmes dépend de leur acceptation de cette interdépendance. Le mode relationnel utilisé est celui de la coopération ; un tiers des sages-femmes se comporte dans une relative indépendance à leur égard. Les relations que les sages-femmes ont avec les médecins sont donc basées sur une distinction des tâches et sont révélatrices d'une division sexuée du travail[4]. [9][10]

[2] Préparation à la Naissance et à la Parentalité

[3] Source : INSEE (2017)

[4] La « division sexuelle du travail », domestique ou professionnelle, est un concept sociologique développé par D. Kergoat, sociologue : il s'agit de l'organisation de notre société en rapports sociaux de sexe définissant des tâches dites féminines (comme le ménage), assignées aux femmes, et des tâches dites masculines (tel que le bricolage), assignées aux hommes.

BY-NC-ND

L'*habitus* masculin[5] des hommes sages-femmes confrontés à un métier de genre féminin modifie-t-il les mécanismes de la division sexuelle classique du travail ? De plus, quelles relations entretiennent-ils avec les sages-femmes et les médecins qui interviennent dans le domaine de la périnatalité ?

En effet, les relations entre sages-femmes et obstétriciens peuvent parfois être conflictuelles, notamment lorsque les sages-femmes revendiquent leur appartenance à une profession médicale.

2.4. Les revendications d'une profession

Soixante-quatorze pour cent des professionnelles actives ont pris part aux deux grèves à échelle nationale, en 2001, puis en 2013-2014. [9] Leurs objectifs étaient d'obtenir une revalorisation salariale, ainsi que la reconnaissance de leur niveau de formation. Certaines revendiquaient le statut de Praticien Hospitalier afin d'être assimilées aux professions médicales. Les hommes auraient eu un rôle de porte-paroles de la profession durant les grèves : en effet, la majorité des articles de presse a mis en avant l'un d'eux, alors qu'ils ne sont que 2,9% dans la profession. [20]

L'instauration en 2002 du recrutement par la PCEM1 renforçait, tout du moins sur « *un plan symbolique, le caractère médical* » de la profession [11]. Le diplôme d'Etat de sage-femme octroie depuis 2016 l'équivalence du grade universitaire de master. Sur le plan professionnel, les sages-femmes sont encore peu souvent rattachées aux affaires médicales. [11][13]

Les compétences des sages-femmes ont été étendues, notamment au niveau du suivi gynécologique et de leurs possibilités de prescription. Cependant, ces compétences restent limitées à la seule physiologie. [14]

Il s'est donc produit depuis les années 2000 une certaine transformation de la profession de sage-femme. Les grèves leur auraient permis d'obtenir une plus grande visibilité auprès de la population générale. En 2016, le ministère de la Santé a lancé une « c*ampagne d'information* » [15] incitant les femmes à consulter les sages-femmes. Toutefois, elle est diffusée dans un contexte de diminution du nombre de gynécologues obstétriciens. [5][11][15][16][17]

[5] Habitus masculin : entendu comme ensemble de dispositions acquises au cours de la socialisation et au fil d'une trajectoire

BY-NC-ND

2.5. La construction de l'identité professionnelle des sages-femmes

La profession de sage-femme est donc liée aux compétences de genre féminin, concernée par l'imbrication technique/relationnel, qui se traduit par une certaine division sexuelle du travail au niveau des relations développées avec les gynécologues-obstétriciens. Il nous parait important de décrire la manière dont se construit l'identité professionnelle des sages-femmes.

2.5.1. Au cours de la socialisation primaire

La socialisation primaire s'exerce pendant l'enfance, et conduit au développement des compétences de genre, en fonction du mode de socialisation sexué établi par les familles. La mobilisation de ces compétences au cours de la socialisation secondaire est une « *redéfinition des critères* » participant à la construction de l'identité professionnelle. [4][18][19][20]

Nous pouvons nous demander si les hommes sages-femmes ont bénéficié d'une socialisation primaire de genre neutre (sans adhésion aux stéréotypes sexués, masculins ou féminins) ; et si celle-ci facilite ensuite la construction de leur identité professionnelle au cours de leurs études.

2.5.2. Au cours de la formation

La socialisation secondaire est marquée par l'apprentissage de la profession. L'identité professionnelle se construit au contact d'institutions comme l'école ou les groupes professionnels ; en relation avec la position de la profession dans l'univers médical, en lien avec la division du travail médical. C'est à travers l'appropriation rapide de ressources spécifiques à la pratique de la profession, l'intériorisation de nouvelles normes sociales, que l'identité professionnelle pourra se développer. Elle est donc marquée par l'apprentissage de la profession.

Lors de la formation, l'élève incorpore le « *sale boulot* »[6] [21] à sa pratique quotidienne et intériorise les rapports de pouvoir sur les lieux de stage. [5][10][11][18][19][20]

[6] « Sale boulot » : selon la définition donnée par le sociologue E.C. Hugues, il s'agit de tâches socialement dévalorisantes, composante (inégalement développée) de tout métier.

BY-NC-ND

Le groupe d'étudiants intervient fortement dans la socialisation secondaire. L'apprentissage de normes communes, le vécu similaire de la difficulté des études, permettent le développement d'un « *sentiment d'appartenance au groupe professionnel* » [5].

2.5.3. Durant l'exercice professionnel

L'identité professionnelle se modèle constamment. Le travail au sein d'une équipe favorise le processus d'identification à un groupe, en construction tout au long de la carrière. Il peut s'exprimer notamment par l'adhésion à des syndicats, à des instances représentatives de la profession, etc. En outre, l'obtention de diplômes supplémentaires, l'ascension dans la hiérarchie professionnelle modifient également l'identité initialement construite. [5] [10] [15] [16]

Sous cet angle, nous pouvons donc émettre l'hypothèse que les hommes sages-femmes développeraient des stratégies d'adaptation durant leur formation initiale, qu'ils poursuivraient tout au long de leur vie professionnelle.

Notre problématique s'est orientée vers l'étude de la construction de l'identité professionnelle des hommes sages-femmes. Nous avions pour objectif principal de décrire les procédés à l'œuvre dans la construction de l'identité professionnelle des hommes sages-femmes. De plus, nous avions souhaité mettre en évidence les stratégies développées par les hommes sages-femmes pour s'adapter à l'exercice d'un métier traditionnellement féminin.

BY-NC-ND

Deuxième partie : Matériel et Méthode

BY-NC-ND

1. Type d'étude et population

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-directifs.
Notre population source était composée des hommes sages-femmes diplômés d'Etat dans la région du Limousin, qui exercent ou ont exercé dans cette région, afin de faciliter l'étude. Nous avons constitué la liste des dix hommes sages-femmes du Limousin à partir du site de la DREES. Nous leur avons présenté notre étude soit oralement, soit par voie électronique ou encore lors d'une communication téléphonique. Au final, nous avons obtenu l'accord de neuf d'entre eux.

2. Méthodologie

Pour mener les entretiens, nous avons utilisé un guide d'entretien. [ANNEXE IV] Il a permis d'aborder l'ensemble des thèmes souhaités. Les variables qualitatives étudiées ont porté sur les différentes étapes de la socialisation professionnelle : la socialisation primaire, le parcours scolaire, la trajectoire professionnelle et la vie professionnelle. Elles ont également concerné les stratégies d'adaptation développées, notamment au travers des interactions relationnelles. Nous avons aussi abordé la vie privée.

3. Recueil des données et analyse

Les entretiens ont été enregistrés, après obtention de l'accord des interviewés, à l'aide d'un dictaphone. Ils ont ensuite été retranscris sur Word®. Nous avons réalisé un séquençage du contenu du discours par thèmes selon nos objectifs de recherche. Nous avons pu effectuer des comparaisons entre les interviewés. Enfin, nous avons effectué une analyse sémantique.

BY-NC-ND

Troisième partie : Résultats et Discussion

BY-NC-ND

Notre population est composée de neuf hommes sages-femmes, ayant tous étudié à l'école de sages-femmes de Limoges et qui exercent ou ont exercé en Limousin. Quatre d'entre eux ont été recrutés après obtention du concours spécifique : un a été formé en trois ans, les autres en quatre ans et cinq par la PCEM1. Lors de la réalisation des entretiens, deux n'exerçaient plus le métier de sage-femme, deux étaient libéraux, cinq salariés hospitaliers.
Le point fort de notre étude est le taux de participation de 90% : un seul homme sage-femme n'a pas répondu à nos sollicitations. Notre mode de recueil des données nous a permis d'être le plus exhaustif possible dans la recherche des données. De plus, les entretiens sont très riches en informations : nous avons tout particulièrement abordé les stratégies d'adaptation des hommes sages-femmes, alors que la littérature est pauvre sur le sujet.
Il existe cependant un biais d'information lié à la fois à un biais de mémorisation des enquêtés mais aussi au fait que nous connaissions certains hommes sages-femmes. De plus, tous les hommes interrogés ont été formés à l'école de sages-femmes de Limoges, donc les résultats ne sont pas généralisables à la population générale des hommes sages-femmes.

Afin de décrire les procédés à l'œuvre dans la construction de l'identité professionnelle des hommes sages-femmes, nous nous concentrerons sur trois périodes chronologiques. Tout d'abord, nous aborderons la socialisation primaire, dans le but de découvrir le mode de socialisation sexué développé par les familles. Ensuite, à travers la formation initiale, nous découvrirons la mise en place de stratégies d'adaptation à un métier de genre opposé au leur. Dans la même logique, nous nous intéresserons à leur parcours professionnel. Enfin, nous nous focaliserons sur leur vie privée, dans le but de déceler un éventuel parallèle entre comportement de genre au sein de la famille et au sein de l'univers professionnel, donc apporter des éléments en terme de transgression de genre.

1. La socialisation primaire

L'identité de genre se construit au cours de la socialisation primaire, sous l'influence principale de la famille ; mais aussi de tiers, tels que les amis, ou la société (à travers les médias, le

BY-NC-ND

cinéma, …). Or, le mode de socialisation sexué tient pour beaucoup son origine dans l'importance du capital social et culturel des parents.

1.1. Du milieu social

Le père et/ou la mère de cinq d'entre eux exercent un métier médical ou paramédical. Dès leur plus jeune âge, ces garçons ont pu être familiarisés à l'univers médical grâce aux conversations parentales. Nous pouvons établir un parallèle avec les femmes ingénieurs, dont la profession est classiquement masculine. H. Rudolph, sociologue, a démontré que le père des femmes ingénieurs est fréquemment ingénieur. Or, lorsque les enfants exercent le même métier que leurs parents, le modèle d'éducation reçu leur permet de développer un habitus précoce, peu éloigné d'une pré-socialisation professionnelle. La socialisation primaire à travers la socialisation des parents conduit à une socialisation plus aisée au cours des études. [22]

De même, l'influence des parents quant au choix des études est forte. La profession du père pèse sur l'ambition scolaire des garçons. Nous pouvons remarquer que le père de trois hommes sages-femmes étaient médecins, ce qui a probablement influencé le choix initial d'entreprendre des études de médecine. D'après S. Octobre, sociologue, des études techniques ou scientifiques sont généralement préférées pour les garçons, l'exercice de métiers relationnels faisant figure de transgression du genre. Or, selon l'article de J.L. Auduc, spécialiste de l'enseignement, ce sont généralement des filles, bonnes élèves et d'origine aisée qui s'orientent vers les études de santé. [23] [24] [25]

La majeure partie des hommes sages-femmes interrogés provient de familles plutôt aisées. Les catégories populaires adhèrent fortement aux stéréotypies de genre et ont donc des normes genrées strictes. A l'inverse, les catégories plus aisées privilégient « l'épanouissement » de chacun. Ainsi, plus les familles disposent de capital social et culturel, plus elles cherchent à se distancier des normes classiques de genre. [22] [24] [26] [27]

Ainsi, les pères de Jérôme, Henri et Jacques, issus de classes moyennes, ont réagi plutôt vivement lors de l'annonce du choix de métier : « *Mon père l'a très mal pris, que le seul fils unique de la famille devienne sage-femme. Il pensait que j'étais homosexuel* ». Le père de Jérôme « *voulait que je sois médecin donc euh du coup lui il.. ben vraiment grosse déception*

BY-NC-ND

donc euh il voulait plus me parler. (…) » Nous percevons donc au travers de ces propos des normes genrées plus strictes.

Toutefois, un garçon éduqué selon un mode de socialisation mixte peut adhérer fortement aux stéréotypes de genre masculin, et inversement. Il est donc nécessaire de tenir compte des autres acteurs sociaux. Bien qu'ils aient fait l'objet d'un mode de socialisation primaire plutôt masculin, l'aspect genré de leur socialisation a pu être modéré d'une part par leur entourage féminin, qui les a encouragés, et d'autre part par leur entourage amical (sur lequel nous n'avons que peu de données). Pour l'un d'eux, la première sage-femme rencontrée était un homme : il a donc pu s'identifier à lui, bien que la profession soit de genre féminin. [22] [24] [26] [27]

Les autres ont été soutenus par les deux parents dans leur choix du métier de sage-femme. Ainsi, les parents de Steven l'ont encouragé : « *Ils m'ont dit « ben si ça te plaît, vas-y fonce »* ». Peu de parents ont été surpris par l'orientation professionnelle de leur fils, le genre traditionnellement féminin de la profession a peu importé.

Il semblerait que le caractère médical de la profession soit déterminant. Le père de Paul « *préférait sage-femme par rapport à infirmière (rires)* ». Pour Sylvain, ce choix est même une bonne chose : « *moi j'étais déjà perdu à la base, normalement j'aurai jamais dû faire d'études, rien du tout (rires). […] Donc euh ils étaient ravis, j'avais trouvé un truc* ». Pour Jordan, sage-femme permettait une ascension sociale.

1.2. Du capital culturel

Le capital culturel est primordial dans la transmission des normes de genre lors de la socialisation primaire. Selon S. Octobre, lorsqu'il est important, les familles privilégient les activités culturelles, elles aussi genrées, comme la musique. Dans le cas contraire, les parents considèrent le sport comme un élément essentiel dans le processus de construction de virilité des garçons. Aux filles l'équitation et les sports individuels tel que la danse ; aux garçons le football et les sports collectifs comme le rugby. C'est essentiellement le père qui oriente son garçon vers les pratiques sportives, souvent celles qu'il a lui-même effectuées. Le rôle de la mère est majeur en matière de transmission culturelle. [28]

BY-NC-ND

Ainsi, un enquêté pratiquait l'équitation, un autre la gymnastique, qui sont des sports classiquement connotés féminins. Ils se sont inscrits durant l'enfance dans une démarche de transgression du genre, selon l'interprétation de la sociologue C. Mennesson. D'après elle, il existe deux catégories de famille : les familles « *conformistes* » [29] qui se réfèrent aux normes traditionnelles du genre et les familles « *expressives* » [29] qui favorisent l'épanouissement personnel de l'enfant, à laquelle la majorité des familles des enquêtés semblent appartenir. Dans ces dernières, les rôles parentaux sont moins sexués et les investissements genrés bien moindres. [29]

Cinq enquêtés ont pratiqué des activités sportives connotées masculines : football, moto cross, ... Ils ont débuté ces sports typiquement masculins très jeunes.

Arthur a été initié au sport par sa mère, ce qui diffère du schéma familial traditionnel : *« Non mon père il était pas sport du tout. (…) Non c'est pas lui non, c'est ma mère qui m'a mis au sport ! »*. Jordan s'est rapidement distancié de la pratique sportive, puisqu'il dit « *c'était pas mon truc le sport* ». Or, selon C. Mennesson, il est fréquent que les garçons n'aimant pas le sport soient plus proches de leur mère. Même si cela n'est pas clairement dit, les propos de certains hommes sages-femmes nous font penser qu'ils étaient plus proches de leur mère : pour exemple, ils les citent plus fréquemment que leurs pères. [28] [29]

Nous pouvons ainsi comparer les hommes sages-femmes aux femmes dont la profession est connotée masculine. Les femmes ingénieurs, les boxeuses, les footballeuses construisent leur identité selon un mode de socialisation masculin. Les parents encouragent les activités masculines effectuées ; ces femmes sont souvent proches de leur père. [23] [30] [31]

Enfin, des qualités dites masculines, telle que l'ambition, sont plus facilement attribuées aux filles alors que des qualités dites féminines, telle que la sensibilité, le sont plus difficilement à des garçons. [25] [27] [32]

Or, les hommes sages-femmes interrogés citent souvent des qualités socialement considérées féminines : leur entourage les décrivait comme étant « *gentil(s) »*, « *calme(s)* », « *patient(s)* », « *sage(s)* ». Nous ne retrouvons pas chez eux d'adhésion au conformisme du genre. Nous pouvons voir une certaine prédisposition à effectuer une activité féminine, à l'instar des femmes footballeuses qui s'attribuaient enfants le qualificatif de « *garçon manqué* » [31]).

BY-NC-ND

1.3. L'importance de la fratrie

Les frères et sœurs plus âgés interviennent fortement dans la socialisation primaire : il est fréquent que des petits garçons jouent à la poupée avec leur sœur. L'enfant peut alors partager des divertissements et normes du genre opposé. Cette « *combinaison de genre* » [29] est encore plus forte lorsqu'un enfant est élevé parmi plusieurs enfants de sexe opposé au sien.

Quatre des hommes sages-femmes interrogés proviennent d'une fratrie masculine. Deux enquêtés ont une sœur cadette ; deux sont fils uniques. Nous ne retrouvons donc pas le schéma classique qui contribue à la combinaison des genres.

Cependant, S. Octobre a montré qu'un tiers des femmes sportives pratiquant des sports connotés masculins provient de fratries composées exclusivement de filles. Leur socialisation a été effectuée par le père sur le modèle du « *garçon manquant* ». [26]

Ainsi, il en a peut-être été de même pour les hommes sages-femmes fils uniques. L'un d'eux dit avoir développé une proximité avec « *les femmes de la famille* ». De même, Jordan, dernier d'une fratrie de trois garçons, aurait peut-être été investi de cette manière par sa mère. Les enquêtés qui sont les aînés d'une fratrie masculine semblent proches de leurs mères : dans les discours, le personnage de la mère est de nouveau présent.

Arthur et Paul entretiennent de bonnes relations avec leur sœur cadette. Paul confie que « *c'est même elle qui me l'a annoncé, le jour où j'ai su que j'étais en sage-femme (…). C'est elle qui a eu la nouvelle qui m'a appelé* ». Il est possible qu'au cours de l'enfance ait eu lieu par le biais des jeux et activités partagés une certaine « *combinaison des genres* ».

1.4. Une socialisation primaire de genre neutre

Nous pensons, tout comme la sociologue A. Olivier, que la grande majorité de ces hommes ont été éduqués selon un mode de socialisation primaire neutre. Celle-ci a ensuite facilité la construction de leur identité professionnelle au cours des études. Ils ont grandi au sein de familles expressives, qui ont accordé peu de crédit au genre des activités effectuées. Ainsi, Arthur confie que son hyperactivité (qualificatif qu'il s'attribue) « *est un peu [son] côté féminin* » : il assume ainsi cette combinaison des genres. De même, Jordan pense que « *pour être un bon sage-femme il faut avoir une certaine fibre féminine* » qui s'acquiert avant la

BY-NC-ND

formation : « *pour être un homme sage-femme, au départ [avant les études] il faut être donc, quand même, à l'écoute de la femme, c'est à dire avoir aussi cette fameuse fibre féminine ».* [20]

La poursuite de la construction de l'identité professionnelle, lors de la socialisation secondaire, dépend des possibilités de modulation de l'identité construite antérieurement.

A. Olivier souligne aussi que les hommes dont le mode de socialisation primaire est très sexué abandonnent les études de sage-femme.

Notre population a plutôt bénéficié d'un mode de socialisation neutre, ce qui lui a permis de développer des compétences de genre mixte. Nous pouvons établir un parallèle entre nos enquêtés et les mathématiciennes. D'après le sociologue Zarca, les mathématiciennes reçoivent une éducation égalitaire où les compétences sont définies comme neutres. De ce fait, ces femmes s'estiment aussi bonnes en mathématiques que les hommes. [33] De la même façon, les compétences dites féminines (telle que l'empathie) acquises par les sages-femmes au décours de leur socialisation primaire sont réinvesties en véritables compétences professionnelles. Or, la majorité des hommes interrogés considèrent qu'ils possédaient déjà des compétences relationnelles. Arthur considère que « *ça c'est pas les études. J'l'ai pas acquis pendant, enfin j'l'ai pas acquis forcément que pendant mes études* » ; Jacques parle de l'empathie comme d'une compétence qui ne « *peut pas s'apprendre* ».

2. La formation initiale

La socialisation secondaire se développe en grande partie au cours de la formation initiale, à l'école de sages-femmes.

Les hommes doivent mettre en place des « *logiques de contournement* » [34], lors de la confrontation de leur identité sexuée, de genre masculin, au processus de la socialisation secondaire sexuée de type féminin. La formation initiale leur demande d'acquérir des compétences de genre inverse au leur. En effet, les sages-femmes enseignantes et praticiennes sont quasiment exclusivement des femmes. D'après P. Charrier, ces étudiants se considéreraient comme facilement intégrés par les sages-femmes, voire même favorisés, bien que certaines d'entre elles soient clairement hostiles à leur présence. [11]

BY-NC-ND

Nous développerons donc le vécu de leur formation, d'un point de vue théorique, mais aussi d'un point de vue pratique, sur les terrains de stage.

2.1. Avant l'entrée à l'école de sages-femmes

Quatre enquêtés ont accédé à l'école de sages-femmes après l'obtention du concours spécifique. Les autres ont été recrutés par la PCEM1.

Le mode de recrutement en école de sage-femme a été différent. Il existe également une multitude de profils.

Après des études de biologie, Sylvain a préparé le concours de sage-femme.

Jordan a débuté des études en faculté de sciences, puis a intégré l'hôpital avec le projet de devenir kinésithérapeute. Il a ainsi pu assimiler ce que la sociologue E.C. Hugues nomme le « sale boulot » : les tâches ordinaires qui découlent de compétences domestiques, davantage de genre féminin. Il a aussi intégré les rapports de pouvoir ainsi que la division sexuelle du travail. Ceci a pu faciliter son apprentissage ultérieur, durant la formation.

Les cursus scientifiques ne préparaient certes pas à l'exercice d'un métier relationnel, mais ont facilité l'apprentissage des cours théoriques. Ainsi, Sylvain considère que le métier de sage-femme est « *très biologie* » : sa formation a facilité sa compréhension des matières enseignées à l'école.

Yves a développé une pré-socialisation à l'univers médical, en accompagnant sa mère qui effectuait de « *petites interventions* ». Il a intégré le rôle d'aide et a été confronté assez tôt à l'exposition des chairs, etc.

Les quatre autres n'ont pas bénéficié d'une pré-socialisation à l'univers médical et ont intégré le cursus soit par le concours soit par la PCEM1.

2.2. L'orientation en école de sage-femme était-elle choisie ?

Le sociologue P. Charrier analyse le choix de la profession de sage-femme par les hommes comme choix par défaut ou opportunisme. [35]

Quatre d'entre eux ont effectivement choisi ce métier par défaut, bien qu'un seul assume clairement le fait que sage-femme n'était pas son choix initial. Les autres parlent plutôt de « *hasard* », transformant secondairement un non choix en premier choix. Ces derniers ont

BY-NC-ND

accédé à l'école de sages-femmes à l'issue de deux premières années de médecine, ayant pour souhait premier l'obtention du concours de médecine, et « *surtout pas dentaire* ». Selon Schweyer (1996), 31% des femmes s'étaient orientées vers la profession après un précédent échec au concours de médecine. Nous n'avons pas trouvé de données plus récentes, mais cela suppose que le choix par défaut de la profession de sage-femme n'est pas spécifique aux hommes. [10] [35]

Pour d'autres, l'orientation paraît choisie. Steven parle de son souhait d'être pédiatre, mais sage-femme faisait également parti de ses souhaits premiers : « *un truc qui me plaisait bien c'était soit pédiatrie soit sage-femme* ». Jacques avait pour projet d'être gynécologue-obstétricien, mais justifie son orientation par sa « *motivation initiale [qui] était vraiment de travailler auprès de femmes enceintes. Donc euh c'est dans cette seconde optique que j'ai tenté l'école de sage-femme* ». Leur orientation ne semble pas contrainte.

Pour trois enquêtés, le choix par défaut est peu probable car ces hommes ont souhaité passer le concours spécifique, bien qu'ils disent avoir découvert le métier de sage-femme « par hasard ». Jordan emploie le registre de la révélation, alors qu'il se destinait initialement à une autre profession : « *j'ai eu une révélation, c'était ce métier-là qui était fait pour moi* ». Les deux autres n'avaient pas d'idée précise de carrière.

Sur les neuf hommes interrogés, deux méconnaissaient la profession avant d'accéder à l'école. A. Olivier écrit que les « hommes sont beaucoup plus nombreux que les femmes à ne pas connaître la profession » et que le « statut social » peut être déterminant dans leur choix. Ainsi, Arthur parle de « *la gynéco* » qui lui « *plaisait aussi* », alors que l'obstétrique est au cœur de la profession de sage-femme. Pour Paul, le statut social de profession médicale des sages-femmes a été déterminant. [34]

Les autres ont recherché des informations avant d'accéder à l'école de sages-femmes. Toutefois, les motivations invoquées sur leur orientation témoignent d'une méconnaissance de la profession : Yves dit avoir été attiré par le métier de sage-femme car il « *n'aime pas la patho* » ; paradoxe par rapport à son projet d'être médecin. Pour Jérôme, « *l'autonomie* » du métier l'aurait séduit ; bien qu'il s'agisse d'une profession à compétences limitées. Steven a été motivé par la pédiatrie, bien que les sages-femmes s'occupent finalement assez peu des nouveau-nés.

Une minorité avait de réelles connaissances avant de passer le concours. Deux avaient assisté à la naissance de leurs enfants. La cousine de Henri était sage-femme et lui parlait de son

BY-NC-ND

métier. Le choix de la profession est justifié du fait de « *l'originalité* » du métier, d'être en contact avec « *un milieu de femmes* », de n'être « *ni médecin ni infirmier* », de l'intérêt porté à « *la physio* » au cœur de la profession.

Au total, il est difficile de conclure : l'orientation est le fruit de réorientation et non pas d'un choix premier. L'orientation est guidée par leurs représentations du métier, même si elles ne correspondent pas à la réalité.

2.3. Vécu de la formation

2.3.1. Les disciplines scolaires

La formation théorique a été difficile pour tous et nécessitait un rythme de travail jugé intense. Jérôme critique les cours, qu'il juge « *débiles* » et « *inutiles* » car trop éloignés de la réalité du métier ; il dénigre l'apprentissage « *par cœur* ». Jordan et Henri ont eu des difficultés à se plier aux contraintes scolaires : horaires stricts, justifications d'éventuels retards ou absences, sanctions, … Nous l'expliquons par le passage d'un statut de professionnel à celui d'élève, mais aussi du fait de l'âge. Le premier explique qu'« *il fallait lutter contre l'idée que j'étais plus un enfant quoi, que j'étais un adulte en formation* » ; le second parle d'un milieu « *infantilisant* ». L'intérêt pour les disciplines permet de distinguer deux groupes. L'obstétrique est la matière préférée du premier groupe ; tandis que ceux du second groupe parlent de manière générale des matières médicales. Le fait de préférer la pathologie à la physiologie peut traduire le moyen de se rapprocher d'une carrière médicale initialement envisagée.

Deux enquêtés disent ne pas avoir aimé « *ce qui était social* » : « *la psycho j'avais un peu de mal par contre* », alors que le relationnel est primordial pour l'exercice de la profession. Ils considèrent que l'apprentissage du relationnel n'est pas théorique mais pratique. A l'inverse, Arthur insiste sur l'importance des sciences humaines comme la psychologie et la sociologie. Il pense que les compétences de genre classiquement féminin peuvent être apprises.

Enfin, Sylvain et Jérôme « *[n'aimaient] pas l'hygiène* » ; ils mettent à distance les disciplines qui s'apparentent au « sale boulot ».

Selon trois enquêtés, le fait d'être père leur conférait une certaine légitimité : « *en tant que papa, je comprenais plus* ». Ils considèrent la paternité comme un avantage par rapport aux autres étudiants non parents, du fait de l'acquisition préalable de compétences relationnelles. Il existerait alors un parallèle avec la maternité historiquement nécessaire pour exercer la

BY-NC-ND

profession de sage-femme. Ainsi, Arthur se différencie des autres étudiants dans sa manière d'apprendre *« je révisais pas le contrôle pour le jour du contrôle, moi j'ai révisé pour mon métier plus tard* » ; Jordan se décrit comme « *le plus motivé de la promotion* ».

2.3.2. Les relations avec les camarades de promotion

Le groupe d'étudiants intervient fortement dans la socialisation secondaire, les sages-femmes revendiquant leur spécificité, leur appartenance à un segment professionnel distinct.

Tous les enquêtés disent avoir eu de bonnes relations au sein de leur promotion. Ils parlent également de « *bon soutien* » et « *d'entraide* », de « *promotion excessivement soudée* », ce qui traduit la réussite de leur intégration au groupe étudiant. D'après A. Olivier, les hommes qui « sont le plus à l'aise avec leur choix d'étude » développent de bonnes relations avec leurs camarades de promotion. [20] [34]

Un seul a eu des difficultés avec l'ambiance féminine de la promotion. Un autre s'est isolé du groupe : il répète plusieurs fois qu'il était « *tout seul* ».

La promotion de Paul comportait au total cinq garçons : le fait de ne pas se retrouver dans une ambiance exclusivement féminine a pu faciliter son intégration. Arthur n'était pas non plus le seul homme de sa promotion. Toutefois, nous n'avons pas constaté de création de segment d'étudiants hommes sages-femmes.

2.3.3. Le rapport à l'associatif

Parmi nos enquêtés, deux se sont investis dans des associations locales. L'un s'est beaucoup impliqué dans l'AESFL[7], dès son entrée à l'école, puis dans l'ANESF[8] : il y a occupé des postes de représentant des étudiants sages-femmes. Il explique son investissement comme un moyen d'oublier « *l'échec* » du concours de médecine.

Deux autres se sont investis dans une association locale d'étudiants sages-femmes. L'un d'eux a participé aux grèves, pour revendiquer une meilleure reconnaissance de la profession.

Nous pouvons voir dans cet investissement, de la même manière que pour les femmes, un moyen de s'intégrer au corps des élèves, et au-delà de légitimer leur présence dans la profession.

[7] Association des Etudiants Sages-Femmes de Limoges
[8] Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes

BY-NC-ND

Trois d'entre eux ont également fait partie d'associations de médecine, à visée festive. Ceci est peut-être un moyen de se rapprocher des étudiants en médecine.
Enfin, la grande majorité des enquêtés, impliqués ou non dans des associations, ont participé aux grèves des sages-femmes, développant ainsi un sentiment d'appartenance au groupe professionnel.

2.3.4. Les relations avec l'équipe pédagogique

Tous, à l'exception d'Arthur, ont connu des difficultés avec une ou plusieurs enseignantes : les relations étaient difficiles, froides, peu soutenantes. Ainsi, Yves préférait aller voir les médecins en cas de difficulté. Deux d'entre eux emploient même le registre de la maltraitance, allant jusqu'à dire qu'« *elles ont tout fait pour* [*les] dégoûter* ».
D'après P. Charrier, 21% des sages-femmes disent avoir eu des relations conflictuelles avec les enseignantes. [9] Or, tous les hommes sages-femmes interrogés ont rencontré des difficultés avec une enseignante : ils évoquent leur sexe comme raison de ces difficultés.
Concernant les relations avec les directrices, l'ambiance était « *militaire* », « *très scolaire* » dans un premier temps. Certains parlent d'une maltraitance, vis-à-vis de tous les élèves.
Les études de ces professionnelles ont été sur le modèle de l'« *institution totale* » telle que la définit E. Goffman[9]. Les élèves sont « coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées » dit Goffman. Cela peut expliquer la reproduction de conditions de formation strictes et intransigeantes. [5] [38]
Les plus jeunes diplômés évoquent des relations amicales et soutenantes.

2.3.5. Les stages

Lors des stages, les étudiants sont confrontés à l'hôpital, institution spécifique qui possède ses propres codes sociaux et dispose d'une hiérarchie propre. Les stages permettent l'incorporation du « *sale boulot* » [21] à leur pratique quotidienne et l'intériorisation des rapports de pouvoir. [5] [10]
Dans l'ensemble, les stages se sont bien passés pour chacun d'entre eux. Ils sont primordiaux car « *c'est un métier qui s'apprend par la pratique* » et qui nécessite d'être « *sérieux en stage* ».

[9] Sociologue ayant créé la notion d'« institution totale »

BY-NC-ND

Pour Jordan, « *l'alternance cours stage* » permettait de sortir du cadre théorique et d'être considéré comme un professionnel. Les enquêtés privilégiaient la pratique, critère de réussite de socialisation professionnelle.

Lors de la première confrontation au milieu hospitalier, les étudiants doivent assimiler le rôle d'aide-soignant ainsi que les actes infirmiers avant d'effectuer des stages d'obstétrique. Certains en expriment de la satisfaction, ce qui traduit leur intégration du « sale boulot ». Pour Yves, ils étaient le moyen de prendre conscience de l'importance de la hiérarchie et de l'esprit d'équipe : « *avant de donner des ordres tu sais par quoi [les auxiliaires de puériculture] sont passées* ».

La majorité parle de la salle de naissance comme de leur stage préféré, avec un fort intérêt pour le relationnel. Leur attrait était centré sur le « cœur du métier » : l'accouchement. Jacques parle de son attrait pour la salle de naissance du fait du prestige de la position de sage-femme : « *ce qui me plaisait c'était l'aura de la sage-femme* ». Sylvain parle de sa préférence pour les consultations. Il justifie son intérêt par les compétences relationnelles, importantes selon lui. Nous pouvons donc remarquer que tous parlent d'abord du relationnel avant la technique : ils peuvent alors la définir comme compétence de base à acquérir.

Un enquêté a un positionnement particulier : il parle de son stage au SAMU et non des stages d'obstétrique. Le moment fort qu'il décrit est un accouchement auquel il n'a pas participé : il se distancie ainsi du cœur historique du métier de sage-femme. Aujourd'hui, il ne pratique pas d'accouchements.

2.3.6. Les relations avec les sages-femmes praticiennes

Nous pouvons distinguer deux groupes : les uns ont eu des relations difficiles, les autres n'ont pas rencontré de problèmes.

Les premiers formés disent avoir eu des relations difficiles avec les sages-femmes praticiennes. En effet, certaines refusaient de former des hommes, considérant qu'ils ne pouvaient pas posséder les compétences de genre féminin : lors du « *premier stage, je les connaissais pas […], elles m'ont dit « écoute, bienvenue, mais nous on cherche à te dire, on trouve que c'est une hérésie qu'il y ait des hommes sages-femmes » ».*

Les autres, diplômés plus récemment, disent avoir eu de bons rapports avec les sages-femmes sur les terrains de stage. L'un d'eux s'est senti véritablement privilégié parce qu'il était un homme : « *j'étais le chouchou* ».

BY-NC-ND

De façon générale, il semble qu'il y ait eu une modification du rapport professionnel/élève, ainsi qu'une prise de conscience de la nécessité de bientraitance, notamment grâce à la charte d'accueil de l'étudiant. Sylvain parle d'une barrière importante entre sage-femme et élève, alors que Yves aimait « *déconner* » avec elles sur les terrains de stage.

Afin de nouer de bonnes relations avec les sages-femmes, les hommes développent leurs propres stratégies d'adaptations. Jordan a employé des compétences de genre féminin, comme savoir « *reconnaître le parfum d'une sage-femme* ». Il emploie le registre de l'affection pour parler des relations. Il a donc usé de stratégies relationnelles et non pas de compétences techniques pour se faire apprécier des professionnelles. Un autre utilisait l'humour et souligne l'importance d'avoir montré que la profession lui « *plaisait* » pour se faire apprécier. D'autres évoquent « *la motivation* » ou encore les compétences professionnelles. Enfin, certains mettent en avant le compagnonnage entre hommes : ils parlent en premier lieu des hommes sages-femmes qui ont participé à leur formation.

2.3.7. Les relations avec les patientes et les couples

P. Charrier estime qu'il existe deux types de relations élaborées par les hommes sages-femmes : « l'accompagnant », qui se base sur l'empathie, et le « praticien médical ». [35]

Trois développent une relation d'« *accompagnement* » : la confiance est le lien essentiel de la relation et un préalable indispensable à toute action de soin.

Deux développent une relation professionnelle avec les patientes. Ils emploient un mode relationnel neutre : le praticien rend alors un service médical à une patiente.

La majorité développe un autre mode relationnel. Ils s'adaptent aux patientes, leur laissent le soin de choisir la place dans la relation, et donc d'élaborer le type de rapport soignant/soigné. Ils ne sont exclusivement basés ni sur le modèle de l'accompagnant, ni sur celui du praticien médical.

Il est important pour les hommes sages-femmes d'être au cœur de la relation : « *c'est vraiment génial parce que t'as le rôle principal* ». Selon Jordan, l'intérêt principal de la profession est de « *participer au lien* », d'être au cœur de l'action.

Même si, de leur point de vue, les compétences de genre féminins ne sont pas indispensables à l'exercice de la profession, ils se sont adaptés : ils usent de différentes stratégies pour établir une relation de « *confiance* ». Leur manière de s'approprier l'accompagnement s'est formalisé par le souci de la pudeur des patientes, très présent dans le discours, et par l'importance

BY-NC-ND

accordée à la place du père. Ainsi, la paternité est un moyen d'établir la relation, comme Henri qui « *en tant que papa (…) (arrivait) à nouer des liens avec les couples* ». [4] [35]

Conformément aux bonnes pratiques, ils anticipent leur rôle professionnel et se présentent systématiquement en tant que « *la sage-femme* ». Ils se positionnent directement comme professionnels de santé, l'accueil des patientes étant un moyen selon eux d'établir la relation : ils sont « *là pour (s)'occuper d'elles* ».

Ils ont également recours au dialogue : le mot « *discussion* » est fréquemment cité. L'usage de compétences relationnelles est alors placé au premier plan comme justificatif de leur professionnalisme. Paul définit une sage-femme compétente comme « *dévouée pour ses patientes* ». La majorité utilise l'humour. Le respect de la « *pudeur* » et de « *l'intimité* » est également un moyen utilisé par la majorité pour établir une relation de confiance. Nous pouvons donc voir que les hommes sages-femmes s'adaptent aux patientes. D'ailleurs, Jordan parle d'un *« rôle de composition* ». Du point de vue d'Arthur, « *c'est difficile sage-femme parce que t'es la vitrine* ».

Les hommes sages-femmes accordent une place particulière aux pères. Ils différencient ainsi compétences professionnelles et compétences de genre, et revendiquent être une sage-femme comme une autre. La relation sage-femme/parturiente étant habituellement très féminisée, le partage de compétences de genre masculins peut favoriser une proximité relationnelle entre les pères et les hommes sages-femmes. Ces derniers investissent donc la relation père/homme sage-femme, la transformant en compétence supplémentaire par rapport à leurs collègues femmes, qu'ils disent plus centrées sur la femme que sur le couple. Jordan en fait même une « *priorité* ». Recueillir la confiance du partenaire peut faciliter l'instauration de la relation avec la parturiente. Cela peut aussi être un moyen emprunté par certains pour neutraliser le genre de la relation.

Ils ne relatent pas de gêne lors du contact avec l'intimité de la femme, même lorsqu'ils étaient étudiants et qu'ils effectuaient des toilettes périnéales pour la première fois. Jérôme et Henri décrivent la distanciation au corps et à la sexualité comme primordiale pour ne pas nuire à l'apprentissage des hommes.

Bien qu'ils reconnaissent devoir s'adapter aux patientes, les hommes ne verbalisent pas de difficultés particulières, aussi bien durant leurs études que lors de leur exercice professionnel. Jordan estime même avoir « *bonne presse* » auprès des femmes.

BY-NC-ND

Les quelques refus sont expliqués par leur position d'étudiants et non d'hommes, ce que semble confirmer A. Olivier [37]. Ils ne considèrent donc pas leur sexe biologique comme un frein dans l'établissement de la relation à la parturiente. Jordan estime même que *« les femmes ont envie qu'un homme s'occupe d'elles* ».

Vingt à 25% des sages-femmes considèrent que les difficultés rencontrées par les hommes sont liées à l'acceptation par la patiente et surtout par l'entourage de celle-ci. [9] En effet, selon Jérôme, le fait que des patientes préfèrent être soignées par des femmes est l'inconvénient principal lorsque l'on est un homme sage-femme. Ainsi, quatre d'entre eux incriminent la religion ou les compagnons comme cause de refus.

Tous les hommes sages-femmes mettent en place des stratégies d'adaptation dès leur formation. La non possession des compétences de genre féminin pour ces hommes est la principale difficulté rencontrée. Elle a impacté divers aspects de leur vie préprofessionnelle. Certains confient que « *ce sera toujours un métier de nana* », « *c'est un métier de femmes sage-femme* » et acceptent le genre marqué du métier. D'autres le réfutent plus ou moins : ils considèrent que c'est un métier de genre neutre.

3. Vie professionnelle

L'identité professionnelle des sages-femmes se construit tout au long de leur parcours professionnel.

Nous avons cherché une adaptation commune aux hommes sages-femmes au travers de l'analyse de leur trajectoire professionnelle. Le choix des activités effectuées nous renseigne notamment sur un éventuel développement de compétences de genre.

De plus, l'identité professionnelle se développe notamment grâce aux relations développées avec les pairs, les autres professionnels et les institutions.

Il est possible d'observer depuis une quinzaine d'années des modifications successives qui valoriseraient les sages-femmes. P. Charrier a conclu que l'arrivée des hommes chez les sages-femmes avait permis de valoriser la profession, bien qu'il semblerait que ceci soit plutôt du fait des jeunes générations de sages-femmes. [11] [35]

BY-NC-ND

3.1. Parcours professionnel

3.1.1. Mode d'exercice

Un enquêté dit ne pas supporter « *l'ambiance* » de l'hôpital du fait de la subordination hiérarchique pour expliquer son choix de l'exercice libéral. Nous pouvons aussi y voir le moyen de se rapprocher d'une carrière médicale premièrement envisagée.

Trois ont refusé de travailler en CHU, du fait de leur préférence pour la physiologie, bien que leur souhait initial était de devenir médecin. Ils revendiquent surtout ce choix d'exercer dans une maternité de niveau 1 pour l'autonomie professionnelle. Cependant, celle-ci est réduite en clinique. De la même façon, ils souhaitaient être considérés comme professionnels et non plus comme élèves. De plus, ils souhaitaient exercer en centre périphérique car ils s'entendaient bien avec l'équipe.

L'un a souhaité travailler à l'HME[10] : il concède avoir rencontré des difficultés, au début, à se considérer professionnel et non plus élève. Il a choisi de travailler en type 3 car la présence constante des médecins et de ses collègues le sécurisait. De plus, débuter sa carrière dans un environnement familier était facilitateur. Un de ses collègues explique le choix de l'HME « *par élitisme* » : il fait peut-être référence à l'importance de la réussite professionnelle comme marqueur de classe sociale. Un autre mentionne la recherche, relativement éloignée du cœur de la profession. Initialement, Henri ne souhaitait pas travailler sur son lieu de formation : il dit avoir été plus ou moins contraint, car sa position d'homme ne facilitait pas son embauche dans les autres centres hospitaliers.

Tous les modes d'exercice sont donc représentés, mais le plus fréquent est le salariat hospitalier. De même, les hommes sages-femmes exercent dans les maternités de tous niveaux, aussi bien en clinique qu'en public. Il n'y a donc pas de création de segment professionnel distinct.

Deux ont cessé leur activité de sage-femme et changé de profession.

3.1.2. Projet professionnel

Un seul enquêté souhaite poursuivre sa carrière dans la même structure hospitalière. Le travail d'équipe est pour lui primordial.

[10] Hôpital Mère Enfant

BY-NC-ND

Les autres envisagent un mode d'exercice différent du leur. Par exemple, l'obtention du DU[11] d'échographie pour exercer en libéral, du fait de la contrainte des horaires de garde. Un autre voudrait reprendre une activité en salle de naissances et se rapprocher du cœur du métier. Henri évoque la fatigue physique et souhaite se détacher de la salle d'accouchement pour s'investir dans un autre domaine. Yves a pour projet la création d'une maison de naissance : nous pouvons y voir une revendication de son autonomie. Un quatrième a pour projet de fonder une « *maison de santé* ». Enfin, un dernier réfléchit à une réorientation. Il serait intéressé par la formation d'infirmier anesthésiste.

Sur les neuf hommes interrogés, deux ont cessé leur activité, deux autres semblent réfléchir à faire de même.

3.1.3. Au total

Les résultats de notre étude sont corrélés à ceux retrouvés au niveau de la population générale des hommes sages-femmes : tous les modes d'exercice sont retrouvés chez les hommes, 70% sont salariés hospitaliers, selon la DREES [ANNEXE III].

D'après P. Charrier, l'exercice en libéral peut s'expliquer par la volonté de s'éloigner de la ségrégation sexuelle en place à l'hôpital. Un autre motif invoqué serait le souhait d'envisager une prise en charge globale de la grossesse, comme moyen de se rapprocher d'une carrière médicale premièrement envisagée. P. Charrier et E. Desnoyers concluent que l'exercice libéral permet de ne pas effectuer d'accouchements et donc d'éviter de ce fait la pratique d'une activité typiquement féminine. Selon l'étude menée par P. Charrier, il n'existe pas de différence concernant la pratique de l'accouchement en fonction du sexe dans la population générale des sages-femmes [8]. L'accouchement est un acte valorisé socialement. Dans notre étude, la majorité des hommes interrogés souhaitent pratiquer des accouchements.

Nous retrouvons surtout une volonté de spécialisation, notamment en échographie, qui pourrait traduire un certain contournement de la profession, la volonté d'exercer différemment.

[11] Diplôme Universitaire

BY-NC-ND

3.2. La pratique des hommes sages-femmes

3.2.1. La polyvalence

Selon P. Charrier, les hommes effectuent l'ensemble des activités relatives à la profession de sage-femme. [ANNEXE IV]

Nous pouvons distinguer deux groupes : les hommes salariés hospitaliers, et les hommes installés en libéral. Les premiers travaillent aussi bien en salle de naissance qu'en suites de couches ou en service de grossesses pathologiques. Les seconds font des consultations de grossesse, de suivi gynécologique, de la rééducation périnéale, de la surveillance dans le cadre du PRADO ou des séances de préparation à la naissance. Tout ceci correspond à l'ensemble des actes dévolus à la profession de sage-femme, à l'exception des accouchements. Les hommes sages-femmes en exercice sont donc plutôt polyvalents, à l'exception de l'un d'eux, qui a choisi une pratique spécifique.

Nous pouvons qualifier d'activités classiquement féminines les suites de couches, les consultations, tout comme l'accouchement, ou encore la préparation à la naissance. En effet, ces tâches sont historiquement effectuées par des femmes. A l'inverse, l'échographie est une activité historiquement masculine puisque pratiquée avant 1986 uniquement par les obstétriciens, alors très majoritairement hommes. D'autres actes, tel que la réfection de l'épisiotomie, peuvent être qualifiés de mixtes. [4] [5]

Les consultations et les suites de couches renvoient à une dimension relationnelle. Les actes purement techniques regroupent la réfection d'épisiotomie, la délivrance artificielle, l'échographie et la réinjection péridurale.

Conformément à l'enquête réalisée par P. Charrier, les hommes de notre étude investissent toutes les dimensions de la profession. Ils pratiquent aussi bien les activités techniques que relationnelles, y compris les actes qualifiés d' « *espace de ségrégation sexuelle* » [36], comme la pratique de la préparation à la naissance. Il n'y a donc pas d'investissement genré.

La polyvalence et la globalité de la prise en charge sont au cœur des discours. Ainsi, Paul « *fait de tout* ». De même, Sylvain privilégie la globalité de l'accompagnement : il parle ainsi du « *couple* » et des enfants. Yves et Jordan regrettent de ne pas s'occuper davantage des nouveau-nés. Au total, ils revendiquent leur polyvalence, et le fait que leur champ de compétences s'étend au-delà de l'obstétrique.

BY-NC-ND

3.2.2. Formations post-universitaires

La majorité possède un ou plusieurs diplômes de formation post-universitaire, en particulier le DU d'échographie.

Chez les sages-femmes, l'échographie en gynécologie et obstétrique est une formation relativement demandée. Trois ont obtenu le diplôme et deux autres souhaitent également se former en échographie. L'échographie est un acte technique, initialement du domaine des médecins. L'intérêt des hommes pour cette pratique pourrait se traduire comme l'investissement d'une compétence médicale.

Paul justifie le choix des DU qu'il a obtenu par « *convictions personnelles et vécu familial* ». Ses activités ne sont pas directement en lien avec le métier de sage-femme. Cette pratique plus spécialisée est une de ses activités favorites.

D'autres possèdent un master, a priori éloigné de la profession de sage-femme. Chacun trouve un intérêt qui lui est propre : « *c'était la meilleure façon d'appréhender la façon dont on travaille, parce que c'est pas en regardant dix accouchements que tu vas en tirer une conclusion, faut que t'en regardes mille, voire dix milles pour comprendre* » ou encore « *apporter un côté qualitatif. Sur la gestion des protocoles médicaux, la gestion des patients, …* ».

La majorité des hommes interrogés a obtenu des formations post-universitaires, souvent réinvesties dans leur pratique professionnelle. Cela peut montrer leur volonté de diversifier leur pratique.

3.2.3. Technique versus relationnel

Le métier de sage-femme est fortement concerné par l'imbrication technique/relationnel qui renvoie indirectement à la division sexuée du travail homme/femme. Les sages-femmes sont majoritairement des femmes et les obstétriciens majoritairement des hommes (97% des sages-femmes sont des femmes et 55% des obstétriciens sont des hommes en 2016 (source : INSEE)). Il est alors intéressant de savoir de quelle manière se positionnent les hommes sages-femmes qui exercent une profession de genre féminin, initialement centrée sur le relationnel, mais dont l'habitus masculin les rapproche des gynécologues-obstétriciens, majoritairement hommes.

Nous avons ainsi pu dégager trois profils d'hommes sages-femmes :

- Certains considèrent le relationnel comme compétence première de la sage-femme ;

BY-NC-ND

- D'autres axent leurs discours sur leurs compétences techniques ;
- Les derniers considèrent que technique et relationnel sont deux aspects de la profession complémentaires et imbriqués.

Nous avons constaté que l'investissement préférentiel d'actes techniques ou relationnels chez les hommes sages-femmes n'est pas dû à un effet de génération.

En outre, la majorité emploie plus souvent les mots « *relation* » ou « *relationnel* » que « *technique* » : les sages-femmes valorisent leurs compétences relationnelles comme compétences professionnelles pour justifier de leur spécificité.

Ainsi, les premiers, qui privilégient le relationnel, ne parlent que très peu d'actes techniques. Le relationnel est alors une compétence première et primordiale pour une sage-femme. Ils emploient un vocabulaire riche autour du concept de la relation. Ils parlent ainsi d'« *attention* », de « *lien* », d' « *écoute* », d' « *accompagner* », de « *prendre par la main* » de « *confiance* », du fait de « *faire attention* », « *d'expliquer* », d'amener les patientes à « *se confier* ». Ils affirment que la technique tient une place peu importante dans la profession de sage-femme : « *t'as pas non plus en termes technique un bagage très important à avoir* », bien qu'ils citent beaucoup d'actes qui se rapportent à l'accouchement : les « *toilettes* » périnéales, le « *sondage* », la « *réa* », les « *TV* », la « *péridurale* ». Ils parlent de « *rôle de composition* » et de « *s'adapter* », preuves que l'accompagnement peut être un objet d'apprentissage.

Les seconds semblent valoriser la relation mais privilégient la technique en pratique.

Même si l'un d'eux évoque le relationnel au travers de « *l'accompagnement* », il se centre sur les « *activités techniques* ». Il dit vouloir privilégier le relationnel mais énumère premièrement les « *actes techniques* », terme qu'il répète trois fois. De plus, sa prédilection va à l'échographie.

Un autre investit fortement les actes techniques, tels que l'échographie, la rééducation périnéale. Il se détache du relationnel et ne prononce jamais le mot « *relation* ». Il se définit comme un « praticien médical », selon la notion développée par P. Charrier (cf paragraphe 2.3.7). Il prône une relation « neutre », strictement professionnelle, avec les patientes. La relation est développée au profit de la technique, qu'il pense dominante chez les hommes. [11]

BY-NC-ND

Un troisième emploie fréquemment le terme « *technique* », bien qu'il ne cite pas d'actes : ceci s'explique par un choix d'exercice éloigné du cœur de métier de sage-femme. Il dit avoir privilégié le versant technique au début de sa carrière, l'importance accordée au versant relationnel croissant au fur et à mesure des années.

Les derniers, majoritaires, ne privilégient pas plus la technique que le relationnel. Ce profil est le plus fréquemment rencontré chez leurs consœurs [9].
L'accompagnement sur « *l'aspect psychologique* » apparait primordial : « *c'qu'on fait pas assez au niveau psychologique, c'est la prise en charge des fausses couches* ». En libéral, Steven aime « *parler* » avec les patients, « *prendre le temps* ». Il considère que les compétences relationnelles ne sont pas innées et peuvent être apprises. Toutefois, il ne délaisse pas les compétences techniques, puisqu'il emploie onze fois le mot « *échographie* ».
De la même façon, Yves cite de nombreux actes techniques, tels que la « *pose de perf'* », les sutures ou encore « *l'écho* ». La relation occupe une place centrale : il dit préférer les suites de couches de nuit car le relationnel apparaît au premier plan, puisqu'il a alors le temps de « *rassurer* » et « *d'encadrer* » les patientes.
Dans son discours, Paul emploie autant de termes apparentés à la technique qu'au relationnel. Il nomme d'abord les activités techniques « *l'examen obstétrical* » ou « *l'accouchement* », dont il parle comme du « *moment privilégié que peut partager la sage-femme avec le couple* ». La compétence prend pour définition une sage-femme « *dévouée pour ses patientes* ».
Enfin, l'un se dit « praticien » et non « accompagnant » : « *j'suis pas leur père j'suis pas leur copain* », il emploie fréquemment le mot « *émotion* » et parle de « *relation de confiance* ». Il suggère la nécessaire mise à distance de la patiente et des émotions afin de pouvoir exercer au mieux la profession. Il ne cite pas d'actes spécifiques mais a simplement un discours général sur les compétences des sages-femmes.

L'accouchement est l'acte favori des hommes sages-femmes, à l'exception de l'un d'eux. Les mots « accouchements » et « accoucher » sont fréquemment cités. Steven avoue que « *la salle [lui] manque* ». Or, l'accouchement fait la spécificité de la profession de sage-femme. Nous pensons que Sylvain et Anthony évoquent les divers actes techniques qu'ils réalisent car ils ne font pas d'accouchement.

BY-NC-ND

D'une manière générale, les hommes investissent les actes techniques, socialement valorisés, comme l'accouchement. L'effet générationnel est à prendre en compte : selon P. Charrier, la jeune génération de femmes sages-femmes rejette l'ethos professionnel traditionnel, et met davantage l'accent sur les compétences techniques. Or, l'âge moyen des hommes sages-femmes est de 31,7 ans et l'âge moyen de notre population est de 37 ans environ. L'investissement des actes techniques ne leur est pas spécifique. [11] [35]

La préparation à la naissance et la rééducation périnéale sont les deux tâches que les hommes sages-femmes n'aiment pas effectuer. Or, F.-X. Schweyer a démontré que ces actes sont délégués aux sages-femmes par les médecins car socialement moins prestigieux. [10] La plupart des enquêtés décrit la pratique de la PNP « *épuisante* », vectrice de déception car trop intellectualisée et éloignée du côté instinctif de l'accouchement. La PNP et la rééducation périnéale sont donc peu investies par les hommes sages-femmes. La première est définie comme un « *espace de ségrégation sexuelle* » [36]. Toutefois, l'un d'eux s'est investi dans la PNP, parce qu'il « *essayait de récupérer des pères* ». Dans ce cas sous-tend éventuellement la volonté de masculiniser l'ambiance très féminine de cet univers professionnel. B. Jacques explique le manque d'intérêt des hommes à l'égard de la PNP car seules les femmes seraient considérées comme capables d'écoute et d'explications quant au processus de maternité que vivent leurs patientes. [36]

Au total, les compétences relationnelles sont parfois employées pour justifier le professionnalisme. Les hommes sages-femmes valorisent leurs « *compétences* » techniques, et citent ce terme de nombreuses fois, parlant des actes au cœur de leur pratique professionnelle. Ils s'approprient des activités autrefois du domaine des médecins, comme l'échographie. Toutefois, la technique n'est pas une compétence revendiquée en permanence. Au contraire, la « *confiance* » et « *l'accompagnement* » sont essentiels dans la relation soignant/soigné. Ils s'approprient le relationnel comme compétence nécessaire, spécifique à la profession de sage-femme : certains parlent du respect de « *l'intimité* » et de la « *pudeur* ».

BY-NC-ND

3.2.4. Mise en place de « logiques de contournement » de *l'habitus* professionnel féminin

Auparavant, les compétences requises pour l'exercice de la profession étaient avant tout basées sur des compétences de genre. Aujourd'hui encore, les sages-femmes doivent posséder, aux yeux des professionnelles comme des parturientes, de « *dispositions à la compassion maternelle* » qui « *sont statutairement assignées aux femmes* », comme l'écrit P. Bourdieu [37]. L'empathie a été investie par les sages-femmes comme justificatif de leur spécificité, caractéristique socialement considérée comme féminine transformée en véritable critère professionnel. Or, l'empathie est considérée comme initialement acquise du fait du sexe féminin de ces professionnelles. [4] [5] [8] [11]

Historiquement, les sages-femmes devaient avoir enfanté pour pouvoir exercer. La maternité, encore aujourd'hui, est réinvestie comme compétence professionnelle. Or, nous avons constaté que les hommes emploient leur paternité dans le même but. La revendication de celle-ci est très présente dans leurs discours. Ainsi, être père renforce la légitimité des professionnels auprès des couples : « *Ben tu verras que quand t'auras des enfants, on change complètement en fait nos façons de faire. […] Donc du coup t'as une certaine expérience… déjà ça donne une certaine légitimité* ». Ils emploient cette paternité comme moyen de comprendre les parturientes. La majorité des enquêtés considèrent que le fait d'avoir des enfants est un atout, une aide à l'accompagnement : « *on a l'impression qu'on a accompagné des gens avant soi-même de devenir parent et on se dit « mais je lui ai proposé ça, et il aurait voulu peut-être ça » […] Donc des situations en fait, où on se dit « qu'est-ce que j'aurais aimé moi ? » et de le proposer au papa, ou aux parents, tout ça*. ». A l'identique des femmes, il se produit une imbrication des vies privées et professionnelles par l'emploi de leur paternité au service de leur pratique : « *et moi j'pense que par rapport aux autres* [qui n'étaient pas parents] *j'avais l'avantage quoi côté un peu psychologique, savoir les questions qu'elle avait et pouvoir la rassurer sur certaines choses qui sont pas forcément grand-chose, […] j'pense que c'est d'avoir eu un enfant et d'avoir vécu l'accouchement, le déclenchement et 24 heures en salle de naissance j'pense que tu comprends certaines choses tu comprends les inquiétudes, tu sais les choses ben ils s'inquiètent, ils savent pas c'qui s'passe, ils trouvent ça long, et ça je pense que ça m'a aidé beaucoup. Les gens étaient contents du coup derrière* ».

Les hommes transforment leur *habitus* masculin, opposé à *l'habitus* professionnel classique, en atout.

BY-NC-ND

Tout d'abord, ils accordent beaucoup d'importance à la place des pères. Ils emploient leurs compétences de genre masculin comme moyen de se rapprocher d'eux : *« en étant moi-même homme, je pense effectivement que j'étais attentif à la place du père* ». Yves se définit comme « *la sage-femme des pères* ». Ils deviennent l'interlocuteur privilégié des compagnons ; tout comme les femmes sages-femmes justifiaient leurs compétences par leur genre. Trois d'entre eux ont été au bout de cette idée en créant le « Café des pères », un endroit où seuls les hommes, pères et sages-femmes, se réunissent pour parler de grossesse et d'accouchement. Ils se réapproprient ainsi l'activité de sage-femme en faisant appel à des compétences de genre masculin.

Leur différence est transmuée en qualité, voire même revendiquée. Ils transforment leur inexpérience de l'accouchement en atout : « *les hommes font plus doucement* » disent-ils ; Sylvain considère qu'« *il n'y a pas de jugement* » de leur part. Ils seraient également plus soucieux de la pudeur des patientes. Charrier a fait le même constat. [11]

Enfin, certains définissent comme neutres et non féminines les compétences requises pour l'exercice de la profession. La majorité considère que *« c'est pas un métier de femmes* ». Ils qualifient ainsi le genre du métier de neutre et refusent de définir leur profession par des compétences féminines.

Toutefois, il n'est pas rare que ces hommes aient développé quelques caractéristiques dites féminines. Yves parle de « *commérage* » comme moyen de s'intégrer à la profession ; Paul « *aime bien écouter* » ; Arthur et Jordan jugent que l'empathie est une qualité indispensable pour être sage-femme.

3.2.5. Adaptation commune ?

Au total, il n'y a pas de création de segment professionnel distinct. Bien qu'il existe de multiples stratégies de contournement de *l'habitus* professionnel féminin, chacun des hommes sages-femmes développe ses propres logiques et acquiert fréquemment des compétences dites féminines. Il n'y a donc pas d'adaptation commune et uniforme.

BY-NC-ND

3.3. Les interactions relationnelles

3.3.1. Avec les sages-femmes

Les relations professionnelles et amicales entretenues avec les sages-femmes renvoient au sentiment d'appartenance au groupe professionnel. Il se développe tout au long de la carrière et participe à la construction de l'identité professionnelle.

Chez les hommes, nous pouvons distinguer deux profils relationnels.

Sylvain, Jordan, Yves et Paul accordent une importance primordiale aux relations entretenues avec leurs consœurs, tandis que les autres se contentent de relations professionnelles, « *cordiales* ». L'adaptation professionnelle passe par de bonnes relations avec les collègues, un « *côté compagnonnage, confraternel* » De réels efforts sont faits pour nouer de bonnes relations : « *des fois c'est le début hein, des fois ça se passe pas bien avec une personne pendant un moment et puis finalement après voilà, après d'une discussion à l'autre on se rend compte qu'on est pas si loin que ça l'un de l'autre* ». Tous mentionnent le « *travail en équipe* ». Certains séparent relations professionnelles et personnelles. Pour eux, les relations entretenues au travail se doivent cordiales, puisqu'il s'agit d'un travail d'équipe, mais sont finalement définies comme « *peu importantes* ».

Tous entretiennent de bonnes relations avec les étudiants, basées sur la « *transmission d'un savoir* ». L'apprentissage du métier apparaît primordial dans le discours de Jacques.

Toutefois, les hommes sages-femmes peuvent rencontrer certaines difficultés avec leurs consœurs. D'après Paul et Yves, l'atmosphère professionnelle exclusivement féminine engendre des conflits. Leur genre masculin permet de limiter les conflits entre collègues, ces dernières « [associant] leur présence à une meilleure ambiance » [34] selon A. Olivier. Il existe également un certain regroupement entre hommes sages-femmes, une solidarité : tous se connaissent et la plupart sont amis : « *je m'entends très bien avec les sages-femmes hommes* ». Trois mentionnent des difficultés avec certaines femmes sages-femmes. Leur habitus masculin a pu être une barrière à leur intégration au groupe professionnel. Selon l'enquête de P. Charrier, une sage-femme sur huit pense qu'être un homme est incompatible avec l'exercice de la profession, du fait de l'absence de qualités naturelles féminines. L'effet générationnel est avancé : 2,8% des sages-femmes de moins de 30 ans estiment qu'ils ne sont pas légitimes

BY-NC-ND

dans la profession contre 18,8% des sages-femmes âgées de 35 à 55 ans. [9] Une minorité se dit accepté par ses collègues parce qu'elles reconnaissent ses compétences professionnelles. La majorité pense que l'avis des sages-femmes sur la présence des hommes dans la profession est de plus en plus positif. Cela traduit la perception de leur intégration au groupe professionnel.

Ces hommes n'expriment pas de volonté de distinction en ce qui concerne leur dénomination. Les femmes ne souhaitent pas les distinguer sous une appellation différente, eux-mêmes se désignent sous le terme de « sage-femme », ce qui exprime une volonté d'intégration. [5] [8] [34]

3.3.2. Avec les cadres

A l'inverse des femmes qui se heurtent au phénomène du « plafond de verre »[12], les hommes bénéficient généralement de « l'escalator de verre »[13] lors de leur entrée dans des bastions féminins. Ils seraient favorisés par leur hiérarchie par rapport à leurs collègues femmes et plus facilement engagés. [38] [39] [40]

Or, la majorité des hommes sages-femmes dit entretenir des relations relativement conflictuelles avec leurs cadres : *« j'ai du mal si tu veux à être chapeauté par des gens qui... qui exercent plus* ». Ils les considèrent davantage comme des collègues que des supérieures : « *c'est même pas ma supérieure, c'est elle qui gère euh le… on va dire le l'infrastructure du service, elle intervient pas dans mon métier de sage-femme. Je gère, je fais comme je l'entends* ».

Au final, ceci est sans doute révélateur de leur socialisation masculine.

3.3.3. Avec les médecins

Nous pouvons distinguer deux modes relationnels entretenus avec les médecins. La majorité des enquêtés est confrontée à des difficultés d'interdépendance avec les gynécologues-obstétriciens ; tandis que les autres acceptent cette relation tout en revendiquant leur autonomie sur la physiologie. [5] [9]

[12] Le « plafond de verre » est un concept sociologique créé par C. Hymowitz et T. Schellardt, journalistes, en 1986 : l'évolution de la carrière, l'ascension hiérarchique, l'accessibilité à des postes de pouvoir et de responsabilité des femmes est plus lente que celle des hommes du fait de leur sexe.

[13] L'« escalator de verre » est un concept sociologue créé par C. Williams, sociologue, en 1995 : l'ascension professionnelle des hommes est plus rapide que celle des femmes du fait de leur sexe.

BY-NC-ND

Les premiers revendiquent fortement leur autonomie. Ainsi, ils qualifient l'intervention des gynécologues-obstétriciens comme d'une « *aide à la décision* » et disent « *je suis autonome mais j'ai besoin d'eux »* et surtout *« eux ont besoin de nous* ». Une forme d'opposition apparaît : l'un dit « *se battre* » régulièrement contre les obstétriciens ; l'autre usait de de stratagèmes vis-à-vis de son chef de service afin de pratiquer comme il le souhaitait et un troisième souligne l'importance de ne « *pas se laisser marcher sur les pieds* ». Ils revendiquent une égalité totale dans le travail, par le biais de négociations : « *tu sais très bien ce que tu veux faire faire aux médecins* ».

Les seconds se considèrent totalement indépendants sur la physiologie mais reconnaissent les limites de leur autonomie : il n'existe pas d'opposition vis-à-vis des médecins.

L'activité des sages-femmes est basée sur une distinction des tâches : les tâches ordinaires, sexuées, sont déléguées aux sages-femmes par les gynécologues-obstétriciens. Cette distinction est révélatrice d'une division sexuée du travail. Par exemple, la sage-femme installe la patiente, effectue la surveillance du travail, « sert » l'anesthésiste ou l'obstétricien. Ainsi, selon la définition donnée par E. C. Hugues, nous pouvons parler de « sale boulot » car les actes moins prestigieux sont délégués aux sages-femmes. [4] [5] [10] [21] [38]

Ainsi, les hommes sages-femmes différencient les professions de sage-femme et de médecin principalement par les compétences relationnelles. Le relationnel devient une qualité primordiale pour défendre leur légitimité, par opposition aux médecins, centrés uniquement sur la technique selon eux. Pour Steven, les grands centres où les médecins sont constamment présents « *surmédicalisent* » l'accouchement ; Yves déclare que le système de santé est mauvais en France (contrairement à ceux des pays où les sages-femmes jouissent d'une plus grande liberté). Ils remettent en question les pratiques et la « *médicalisation à outrance* ».

Il existe une certaine rivalité entre les hommes sages-femmes et les médecins. En effet, d'après les enquêtés, ces derniers limitent volontairement le recours aux sages-femmes. L'un d'eux parle même de « *l'intérêt de se couvrir* », donc de son manque de confiance envers eux. De plus, pour certains, les limites entre les compétences des sages-femmes et des médecins peuvent être floues : « *c'est bien qu'on puisse prendre le relai des gynécos* ». Steven a déjà accouché des « *sièges voie basse* », ce qui relève normalement de la compétence des

BY-NC-ND

médecins et non pas des sages-femmes. Paul est favorable au statut PH[14], ce qui pourrait être un moyen de se rapprocher des médecins.

La division sexuelle du travail n'est pas ressentie dans leur exercice. Les hommes sages-femmes sont conscients de l'influence de leur sexe sur les relations développées avec les médecins. Ils pensent que la hiérarchie avec les médecins est moins marquée : « *les femmes* [sages-femmes] *ont un côté hiérarchique plus marqué* » ; « *j'ai des meilleures relations avec les médecins, peut-être plus directes, moins de subalterne, plus d'égal à égal* ». Leur genre masculin peut les faire assimiler à des gynécologues-obstétriciens et amènent les patientes à les appeler « docteur ».

En conclusion, le genre masculin des hommes sages-femmes modifie la division sexuée du travail. Ils se sentent autonomes. Or, leurs consœurs développent des relations « d'indépendance » avec les médecins dans seulement 25% des cas, selon l'étude de P. Charrier. [9]

3.4. L'implication des hommes sages-femmes dans la profession

3.4.1. Les revendications pour la profession

Selon P. Charrier, les revendications des hommes sont similaires à celles des femmes [9]. Tous les interviewés revendiquent la reconnaissance des sages-femmes comme professionnelles médicales. En effet, ils considèrent que leurs responsabilités et compétences, ainsi que le niveau d'études, devraient logiquement conduire à la revalorisation du statut, et par là-même du salaire. Yves refuse que les sages-femmes soient utilisées comme « *médecine à bas prix* ». Trois sont favorables à l'obtention du statut PH, moyen de légitimer le statut médical de la profession. Certains font le lien entre l'obtention du statut et une meilleure formation des étudiants.

Un seul n'est pas favorable à l'extension des compétences des sages-femmes (suivi gynécologique, IVG médicamenteuse, …). Pour un autre, « *c'est bien qu'on puisse prendre le relais des gynécos* ». Deux enquêtés sont favorables à la pose d'instruments par les sages-femmes. Pour d'autres, l'acquisition de nouvelles compétences pourrait être un argument supplémentaire quant à la reconnaissance de la profession.

[14] Praticien Hospitalier

BY-NC-ND

3.4.2. Positionnement lors des grèves

Tous ont été grévistes. Rappelons que 57% des femmes sages-femmes ont été grévistes en 2001. Un seul n'est pas activiste, ce qui peut traduire un problème d'identification au groupe professionnel, confirmé par l'arrêt de la profession ; ou bien ne se sentait-il pas concerné. [9] Cela peut refléter la volonté de faire entendre la voix de la profession, soupçonnant d'être peu reconnue car essentiellement féminine, c'est-à-dire soumise aux inégalités sociétales homme-femme, comme le déplore Yves. Pour Steven, ces grèves n'ont pas eu d'influence dans la reconnaissance de la profession du fait du faible nombre de sages-femmes. Aucun d'eux n'est satisfait des grèves. En effet, ils estiment ne pas avoir gagné la reconnaissance nécessaire. Toutefois, Jordan souligne que « *l'intérêt c'est qu'on a parlé des sages-femmes* ».

3.4.3. Investissement dans la profession

Le sentiment d'appartenance au groupe professionnel s'exprime notamment par l'adhésion à des syndicats, l'appartenance à des associations professionnelles, le fait de siéger au sein d'instances représentatives de la profession, ou encore la participation à des congrès, l'inscription à des formations supplémentaires. [5] [9] [10]

Sylvain, Yves et Jérôme sont impliqués dans des structures représentatives de la profession, que ce soit au niveau des associations ou du Conseil de l'Ordre. Ils soulignent l'importance de l'associatif, protecteur de la profession, avec pour but la défense du groupe professionnel. Selon Sylvain, Henri et Steven, les hommes sont un atout pour la défense de la profession, du fait de leur genre masculin rendant moins prégnante la division sexuelle du travail.

Au-delà, nous pouvons également y voir le moyen de poursuivre leur intégration au groupe professionnel, comme le dit Yves, ainsi que la revendication de leur statut. Ils s'investissent également dans des associations en lien avec leur DU ou leur mode d'activité. Il s'agit alors de défendre leur position, leurs spécificités, leur légitimité dans la profession.

Deux se sont investis au niveau du Conseil de l'Ordre. Un autre est adhérant à une organisation syndicale, pour défendre la reconnaissance de la profession.

Contrairement à ce qu'affirme P. Charrier, les hommes ne semblent pas vouloir être « *des accoucheurs symboliques de la profession* » [11]. D'ailleurs, deux enquêtés pensent que ces instances sont « *soumis[es] aux médecins* » et les jugent donc inutiles pour la reconnaissance de la profession.

BY-NC-ND

En juin 2016, aucun homme n'est élu au Conseil National ni aux Conseils interrégionaux de l'Ordre des sages-femmes. Au niveau des conseils départementaux, douze hommes sont élus [41]. Les hommes, bien que présents au niveau du Conseil de l'Ordre, ne sont pas surreprésentés. Seul l'un d'entre eux occupe la présidence d'un conseil départemental. Au niveau des deux principaux syndicats professionnels que sont l'UNSSF (Union Nationale des Syndicats de Sages-Femmes) et l'ONSSF (Organisation Nationale des Syndicats de Sages-Femmes), quatre hommes sont présents. [41] Nous pouvons donc conclure que les hommes, ne sont pas surreprésentés, aussi bien en Limousin qu'au niveau national. [11]

Au total, les hommes sages-femmes endosseraient bien un rôle de défense du groupe professionnel. Cependant, cela ne leur est pas spécifique. De plus, la revendication de l'autonomie des sages-femmes est aussi le fait des femmes. Enfin, dans le cadre des études, ce sont les étudiantes qui délèguent à leurs camarades un rôle de représentation : ainsi, Jordan a été élu délégué lorsqu'il était étudiant, sans même s'être présenté. [4] [5] [8] [19] [20]

3.4.4. L'avenir des hommes dans la profession

Il y a eu des changements dans le mode de recrutement [ANNEXE I] [ANNEXE VI].

En 1982, date à laquelle le concours devient accessible aux hommes, la formation est d'une durée de trois ans. L'entrée à l'école est conditionnée par l'obtention d'un concours spécifique. Les premiers hommes ont été diplômés en 1985. [2]

En 1985, la durée de la formation est portée à quatre ans. [43] Le nombre d'hommes dans la profession a été minime jusqu'en 1999. Ils étaient 172 en 2005 (source : DREES).

En 2002, l'admission devient conditionnée par la réussite au concours de fin de PCEM1. Tous les étudiants passent le même examen. Ils peuvent se voir proposer l'accès en études de médecine, de maïeutique ou d'odontologie en fonction de leur classement. La durée de la formation est alors portée à cinq ans. La population des hommes chez les sages-femmes a été multipliée par 2.3 environ après l'instauration de la PCEM1. Nous supposons que le changement du mode de recrutement a eu un impact sur le nombre de ces professionnels (source : DREES). [1]

En 2009 est créée la PACES : les étudiants doivent être classés en rang utile dans le classement du concours choisi. Ils décident donc de présenter ou non le concours de maïeutique. En 2010, 10% de l'effectif total des étudiants sages-femmes étaient des hommes, contre 3,6% en 2014.

BY-NC-ND

L'instauration de la PACES a eu pour conséquence une diminution de leur présence en école de sage-femme (source : DREES). [44] [45]

Sylvain, Jacques et Yves considèrent que le passage par PCEM1 ou PACES favorise l'assimilation du métier de sage-femme à une profession médicale, facilite la socialisation secondaire et une meilleure reconnaissance par les médecins du fait du côtoiement durant les études. Une minorité pense que le passage par la PACES permet une meilleure sélection des personnes véritablement motivées par la profession.

Cependant, Arthur et Paul estiment que la PACES va entraîner une diminution du nombre d'hommes dans la profession car pour eux, le « *hasard* » est la principale source d'entrée des hommes dans la profession. A l'inverse, Sylvain, Henri et Steven considèrent que l'impact des modifications du mode de recrutement sur les hommes est minime car seuls ceux qui réussissent leur socialisation secondaire exercent.

Au final, leurs discours divergent, mais les statistiques démontrent que les changements du mode de recrutement ont un impact sur le nombre d'hommes dans la profession. [1]

Un seul enquêté est favorable à une augmentation de leur nombre. Etonnamment, ils considèrent que le métier doit rester majoritairement féminin. Selon eux, l'amour de la profession est primordial pour exercer.

Tous soulignent l'effet générationnel : le profil des étudiants est différent dans le sens où la clinique est désormais délaissée par des étudiants davantage préoccupés par la théorie, la science. Ils considèrent que l'évolution de la profession se caractérise par un éloignement des compétences relationnelles au profit de l'élargissement des compétences techniques. De ce fait, les hommes sages-femmes sont relativement pessimistes quant à l'avenir de la profession : « *Si la politique décide de faire de la prévention, comme c'est fait là depuis quelques années, ben on aura une place, si ils décident que il faut arrêter la prévention et tout ça parce que c'est trop cher ben on dégagera. On sera les premiers à dégager.* ».

BY-NC-ND

4. Existe-t-il une transgression du genre chez les hommes sages-femmes ?

L'identité professionnelle découle également de la vie privée. L'adhésion ou non au schéma familial traditionnel[15] ainsi qu'à la division sexuelle classique du travail peut nous renseigner sur une éventuelle transgression du genre.

4.1. Situation familiale

Tous sont mariés ou en couple. Deux enquêtés ont des enfants en âge de travailler : les enfants de l'un d'eux exercent des métiers paramédicaux.

La grande majorité des compagnes des hommes sages-femmes travaille dans des domaines médicaux ou paramédicaux. Les épouses de deux d'entre eux sont médecins, donc d'un niveau social plus élevé que le leur, ce qui est contraire au schéma familial classique.

Or, diverses enquêtes sociologiques retrouvent bien plus d'homogamie professionnelle chez les femmes exerçant des métiers traditionnellement masculins que le contraire. Une personne est socialement considérée comme plus masculine lorsqu'elle dispose d'un statut professionnel supérieur à celui de son compagnon. [46] [47] [48] [49]

Dans notre cas, nous pouvons penser que ces hommes n'adhèrent pas à la division sexuelle classique du travail, que ce soit au niveau professionnel ou bien personnel, ce qui est logique car leur socialisation primaire est de genre neutre.

En effet, les hommes sages-femmes sont très impliqués au niveau de leur vie familiale. Trois adaptent leurs horaires en fonction des horaires de leur compagne. Arthur et Sylvain sont engagés dans les activités sportives et culturelles de leurs enfants. Quatre autres organisent avec leurs femmes un véritable partage des tâches, notamment au niveau de l'éducation de leurs enfants.

Les hommes sages-femmes ne sont donc pas à l'identique des femmes exerçant des professions masculines, ou des hommes exerçant des professions féminines. En effet, les premières exercent des compétences de genre typiquement féminin dans leur vie privée et

[15] Schéma familial traditionnel : un couple constitué d'un homme et d'une femme, mariés, l'homme ayant un niveau social professionnel plus aisé

BY-NC-ND

privilégient l'expression des dispositions sexuées masculines au travail. Les seconds sont plus investis au niveau de la sphère professionnelle que familiale. [47]

Nous pouvons donc conclure à une transgression du genre chez les hommes sages-femmes, puisque ni la division sexuelle classique du travail, ni le schéma familial traditionnel ne sont suivis.

4.2. Loisirs effectués et « pratiques vestimentaires »

Les loisirs des enquêtés sont plutôt typiquement masculins. Ainsi, les activités sportives portent sur le hockey, le jogging, l'avion, le football, la motocross. Deux consacrent leur temps libre au bricolage.

Nous pouvons établir un parallèle avec les danseurs contemporains. L'exercice d'une activité traditionnellement féminine entraîne inévitablement une remise en question de l'identité sexuée, d'autant plus forte chez les hétérosexuels. La pratique de la danse est alors obligatoirement accompagnée d'un remodelage de l'habitus sexué. [49]

Le corps est vu comme le support de l'identité de genre. Ainsi, Paul conclut l'entretien en disant « *d'ailleurs, y a une question que tu m'as pas posé et qu'on me pose souvent : mes collègues, ma mère.. « Tu te rases quand ? » Et moi je dis, enfin c'est une phrase qui est pas de moi, je l'ai lu de l'interview d'un homme sage-femme : « l'intégrité de ma barbe fait mon identité ».* ». [47] [49]

L'exercice d'un métier traditionnellement féminin ne s'accompagne certes pas d'une remise en question de l'identité sexuée de notre population. Toutefois, certains hommes ont été marqués par des propos les qualifiant d'homosexuels. Ainsi, la culture d'une apparence typiquement masculine, qui passe notamment par la pratique de loisirs classiquement masculins, peut être le moyen d'objectiver leur virilité.

BY-NC-ND

Conclusion

La construction de l'identité professionnelle débute dès la socialisation primaire. Le genre neutre facilite l'apprentissage de la profession au cours des études.

L'orientation en école de sage-femme, profession de genre féminin, n'est jamais un choix premier, mais le fruit de réorientation.

Durant la formation, les hommes sages-femmes développent des stratégies d'adaptation propres à chacun afin de s'adapter à l'exercice d'un métier de genre opposé au leur. A. Olivier a mis en évidence le nécessaire processus « d'atténuation des différences des sexes » [16] auquel ils doivent se soumettre au cours de leur socialisation secondaire.

Pour eux, les compétences de genre féminin ne sont pas indispensables. Le choix du mode relationnel est laissé aux patientes. Surtout, ils priorisent le trio « couple-enfant » plutôt que le duo « mère-enfant » et utilisent leur paternité comme compétence professionnelle supplémentaire.

Ils poursuivent et modifient ces stratégies tout au long de leur exercice de la profession, puisque l'identité professionnelle se modèle constamment.

Il n'y a pas de création de segment professionnel : tous les modes d'activités sont rencontrés. Cependant, il existe une volonté d'échapper au métier « traditionnel » de sage-femme, notamment par le biais de formations post-universitaires.

Ils revendiquent leur autonomie, ce qui se traduit par des difficultés à accepter certaines demandes et remarques de la hiérarchie, cadres et médecins.

La majorité d'entre eux crée des relations d'indépendance à l'égard des médecins. De plus, il n'existe généralement pas d'investissement préférentiel des actes techniques ou relationnels. Tout ceci n'est donc pas révélateur d'une reproduction de la division sexuelle du travail. L'*habitus* masculin des hommes sages-femmes serait facilitateur dans l'atténuation de la division sexuelle du travail, puisque cette dernière est plus fréquemment rencontrée chez leurs consœurs.

Au total, il n'existe pas de profil type chez les hommes sages-femmes : l'entrée dans la profession se fait de diverses manières. Il existe de multiples stratégies d'adaptation à la profession, qui diffèrent en fonction des trajectoires. Hormis les quelques spécificités citées, il existe peu de différences avec leurs consœurs. Toutefois, ils rencontrent des difficultés communes, par exemple au niveau des interactions relationnelles avec certaines patientes ou

BY-NC-ND

certaines collègues, du fait de leur genre masculin. Cette difficulté peut être à l'origine d'une tendance qui se dessine, à savoir la spécialisation, ou encore l'abandon de la profession.

Il serait intéressant de réaliser une enquête similaire auprès des femmes sages-femmes afin de décrire leur socialisation de genre, leurs trajectoires ainsi que leurs rapports à la profession. Nous pourrions ainsi savoir si les femmes ont les mêmes profils que les hommes ; et en quels points ces derniers se différencient réellement de leurs consœurs.

N. Le Feuvre décrit quatre types de phénomènes conséquents à l'arrivée des femmes dans des professions autrefois typiquement masculines. Elle distingue la « féminitude », qui aboutit à la création de segments professionnels féminins distincts du fait de la persistance de la domination de *l'ethos* masculin ; la « virilitude », lorsque les femmes ont préalablement développé des dispositions sexuées masculines, l'exercice professionnel demeure alors inchangé ; la « domination masculine », qui reproduit la division sexuelle du travail donc associe féminisation et dévalorisation de la profession ; et le « dépassement du genre » entraînant une modification de *l'ethos* professionnel. [34]

Il est malaisé de conclure quant à l'effet de la « masculinisation » sur le groupe professionnel des sages-femmes. L'hypothèse du dépassement du genre a été rejetée : les hommes sont trop peu nombreux dans la profession et la modification de *l'ethos* professionnel est davantage le produit d'une génération que du sexe, ce que confirme B. Jacques [4]. De même, nous ne pouvons pas évoquer la création de segment professionnel distinct. Ensuite, la revalorisation de la profession n'est pas concomitante de l'entrée des hommes. Les normes de genre ne sont pas inversées du fait de l'hostilité de certaines sages-femmes quant à la présence des hommes et de l'importance toujours accordée aux dispositions « féminines ».

Enfin, il serait intéressant de travailler sur un parallèle du concept de « virilitude ». Cela signifie que l'introduction de personnes de genre opposé n'aboutit pas à des modifications de la profession : c'est-à-dire que l'introduction d'hommes chez les sages-femmes ne donne pas lieu à un remaniement du métier. En effet, les hommes sages-femmes ont préalablement intégré des dispositions inversées ; bien qu'il ne se produise pas non plus une féminisation de ces hommes.

BY-NC-ND

Références bibliographiques

1. data.DREES études et statistiques, (rapports) [Internet], consulté le 24 octobre 2017
2. « Loi n° 82-413 du 19 mai 1982 modifiant la loi n° 191 du 24 avril 1944, la loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 et certaines dispositions du code de la santé publique relatives à l'exercice de la profession de sage-femme », *Legifrance* [Internet], consulté le 15 juin 2016
3. « Directive 76/207/CEE du Conseil, du 9 février 1976, relative à la mise en œuvre du principe de l'égalité de traitement entre hommes et femmes en ce qui concerne l'accès à l'emploi, à la formation et à la promotion professionnelles, et les conditions de travail », *Legifrance* [Internet], consulté le 15 juin 2016
4. Jacques B., Purgues S. « L'entrée des hommes dans le métier de sage-femme : faire sa place dans un monde professionnel « ultraféminisé » » *Revue française des affaires sociales*, La documentation française, 2012, pp.53-71, consulté le 31 mai 2016
5. Desnoyers E., « Profession sage-femme et problématique de genre », pp 11-18, 29-34, 39-44, 46-62, [mémoire de master 2 recherche], 2007, consulté le 15 juin 2016
6. West C. Zimmerman H. « Faire le genre », *Nouvelles questions féministes,* 2009/3, consulté le 10 juillet 2016
7. Parini L. « Le concept de genre : constitution d'un champ d'analyse, controverses épistémologiques, linguistiques et politiques », *Socio-logos*, 2010/5, consulté le 05 juin 2016
8. Charrier P. « Des hommes chez les sages-femmes », *Sociétés Contemporaines*, 2007/3 (n°67), pp130, consulté le 31 mai 2016
9. Charrier P. « Les sages-femmes en France », (rapport de recherche), 2011/01, consulté le 31 mai 2016
10. Schweyer F-X. « La profession de sage-femme autonomie au travail et corporatisme protectionniste », *Sciences sociales et santé* (volume 14, n°3), 1996/09, consulté le 05 juin 2016
11. Charrier P. « Les mutations professionnelles comme soutien de la présence des hommes dans la profession de sage-femme », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 44-2, 2013, pp 93-113, consulté le 31 mai 2016
12. Haute Autorité de Santé – « Préparation à la naissance et à la parentalité », (recommandations professionnelles), 2005/11, consulté le 07 août 2016
13. « La formation initiale » - Conseil national de l'Ordre des sages-femmes [Internet],

BY-NC-ND

consulté le 21 juillet 2016

14. « Compétences » - Conseil national de l'Ordre des sages-femmes [Internet], consulté le 21 juillet 2016

15. « Marisol Touraine lance une campagne d'information nationale sur le rôle et les missions des sages-femmes », (communiqué de presse), Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet], consulté le 05 juin 2016

16. AFP, « Les sages-femmes maintiennent leur grève », *Libération* [Internet], 2013/12, consulté le 08 juin 2016

17. Chabas C., « Grève des sages-femmes : « Notre quotidien n'est pas rose layette » », *Le Monde* [Internet], 2013/11, consulté le 08 juin 2016

18. Lateyrie C., « Construction de l'identité professionnelle et représentations sociales des étudiants sages-femmes », pp 11-14, p 96, (mémoire de master 2 de recherche), 2014, consulté le 31 mai 2016

19. Hervo-Desmeure I. « La construction de l'identité professionnelle des étudiants sages-femmes : entre reproduction des stéréotypes sexués et socialisation professionnelle » - PDF [Internet], consulté le 31 mai 2016

20. Olivier A., « Des hommes en école de sages-femmes », *Terrains et travaux* (n°27), 2015/2, pp 190, consulté le 05 juillet 2016

21. Arborio A-M., « Quand le « sale boulot » fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital », *Sciences sociales et santé*, 13-3, 1995, pp. 93-126, consulté le 10 juillet 2016

22. Octobre S., « La socialisation culturelle sexuée des enfants au sein de la famille », *Cahiers du genre* (n°49), 2010/2, consulté le 21 juillet 2016

23. Rudolph H., « Les femmes ingénieurs et l'évolution de la profession en Allemagne », *Sociétés Contemporaines* (6), 1991, pp. 107-118, consulté le 10 juillet 2016

24. Guionnet C. et Neveu E., « Féminin/Masculin. Sociologie du genre », Collection U, Armand Colin, consulté le 07 juin 2016, consulté le 10 juillet 2016

25. Auduc J-L., « Filles et garçons dans le système éducatif français. Une fracture sexuée. », *Le Café pédagogique* (Internet), consulté le 21 juillet 2016

26. Octobre S., « Du féminin et du masculin », *Réseaux* (n°168-169), 2011/04, consulté le 10 juillet 2016

27. Mardon A., « Construire son identité de fille et de garçon : pratiques et styles

BY-NC-ND

vestimentaires au collège », *Cahiers du genre* (n°49), 2010/2, consulté le 13 juillet 2016

28. Mennesson C., « Socialisation familiale et investissement des filles et des garçons dans les pratiques culturelles et sportives associatives », *Réseaux* (n°168-169), 2011/04, consulté le 13 juillet 2016

29. Bertrand J, Mennesson C, Court M., « Des garçons qui n'entrent pas dans le jeu de la compétition sportive : les conditions familiales d'une atypie de genre », *Recherches familiales* (n°11), 2014/1, consulté le 18 juillet 2016

30. Le Feuvre N, Guillaume C., « Les processus de féminisation au travail : entre différenciation, assimilation et « dépassement du genre », *Sociologies pratiques* (n°14), 2007/1, consulté le 08 juin 2016

31. Mennesson C., « Être une femme dans un sport « masculin » », *Sociétés contemporaines* (n°55), 2004/3, consulté le 10 juillet 2016

32. Moliner P. et al, « Utilité sociale des représentations intergroupes de sexe. Domination masculine, contexte professionnel et discrimination positive », Les cahiers internationaux de psychologie sociales (n°83), 2009/3

33. Zarca B., « Mathématicien : une profession élitaire et masculine », *Sociétés contemporaines* (n°64), 2006/4, consulté le 13 juillet 2016

34. Olivier A., « Hommes en formation de sage-femme : des étudiants singuliers, des profils pluriels, *La santé en action* (n°441), 2017/09, consulté le 17 janvier 2018

35. Charrier P., « Comment envisage-t-on d'être sage-femme quand on est un homme ? », *Travail, genre et sociétés* (n°12), 2004/2, consulté le 09 mai 2016

36. Jacques B., « Les cours de préparation à la naissance comme espace de ségrégation sexuelle », *L'information géographique* (vol. 76), 2012/2, consulté le 17 juin 2016

37. Chatard A. *et al*, « Domination masculine et identité de genre », *Les cahiers internationaux de psychologie sociale* (n°67-68), 2005/3, consulté le 13 juillet 2016

38. Buscatto M, Fusulier B., « Présentation. Les "masculinités" à l'épreuve des métiers "féminins" " », *Recherches sociologiques et anthropologiques* (44-2), 2013, pp. 1-19, consulté le 13 juillet 2016

39. Guichard-Claudic Y, Kergoat D, Vilbrod A., « L'inversion du genre, quand les métiers masculins se conjuguent au féminin... et réciproquement », Collection Des Sociétés, 2008, consulté le 13 juillet 2016

40. Suquet M, Molinier P., « Exercer un métier du sexe opposé : quelles différences entre

BY-NC-ND

les hommes et les femmes ? », », *Les cahiers internationaux de psychologie sociale* (n°81), 2009/1, consulté le 19 juin 2016

41. « Les élues » - Conseil national de l'Ordre des sages-femmes [Internet], consulté le 21 juillet 2016

42. Composition du CA | UNSSF : Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes [Internet], consulté le 05 juin 2016

43. Décret n°85-1046 du 27 septembre 1985 relatif à l'organisation des études de sage-femme et à l'agrément et au fonctionnement des écoles de sages-femmes - Article 7 | Legifrance [Internet], consulté le 01 juin 2016

44. Arrêté du 28 octobre 2009 relatif à la première année commune aux études de santé | Legifrance [Internet], consulté le 31 mai 2016

45. Loi n° 2009-833 du 7 juillet 2009 portant création d'une première année commune aux études de santé et facilitant la réorientation des étudiants | Legifrance [Internet], consulté le 31 mai 2016

46. Malochet G., « Des femmes dans la maison des hommes », *Travail, genre et sociétés* (n°17), 2007/1, consulté le 17 juin 2016

47. Malochet G., « La féminisation des métiers et des professions. Quand la sociologie du travail croise le genre », *Sociologies pratiques* (n°14), 2007/1, consulté le 09 juin 2016

48. Coutant E., « Le genre masculin à l'épreuve de la post-modernité », *Sociétés* (n°102), 2008/4, consulté le 13 juillet 2016

49. Neyran G., « Corps sexué et identité, un espace de confrontations normatives », *Recherches familiales* (n°11), 2014/1, consulté le 10 juin 2016

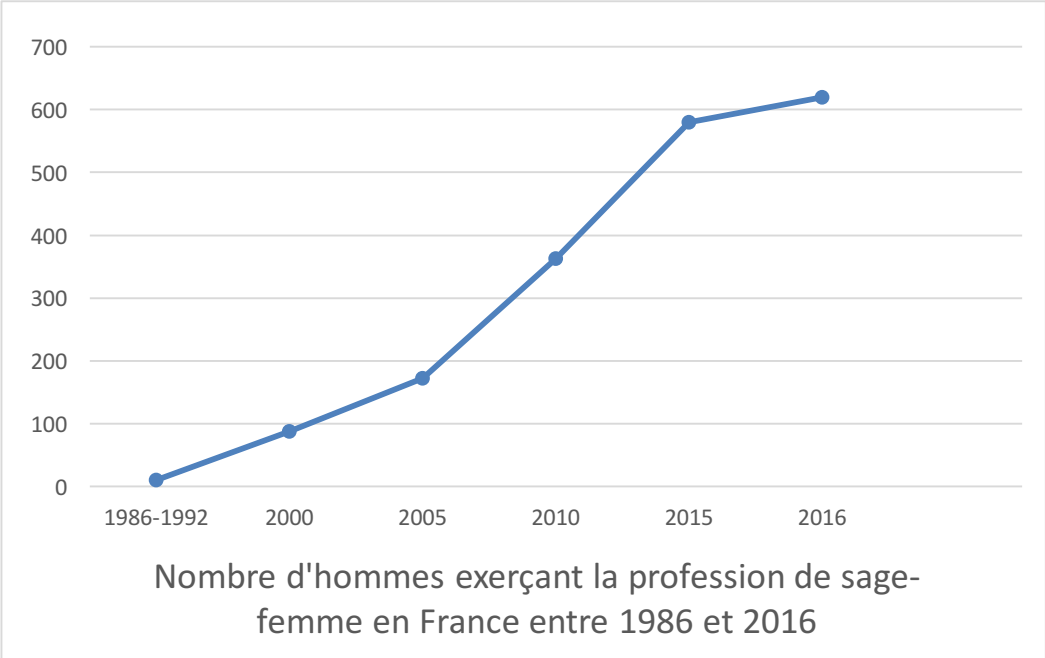
BY-NC-ND

Annexes

Annexe I 59
Annexe II 60
Annexe III 61
Annexe IV 62
Annexe V 62
Annexe VI 68

BY-NC-ND

Annexe I

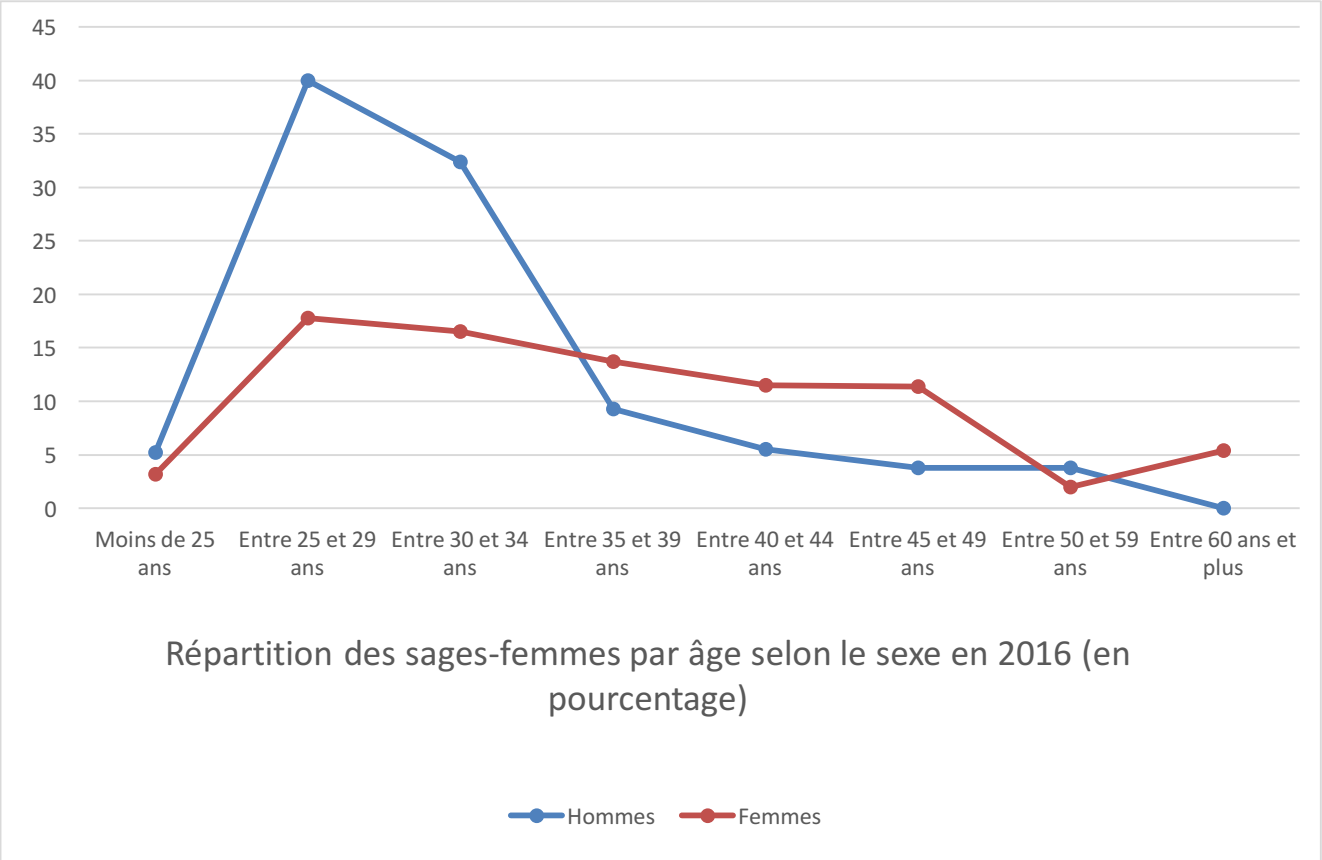


16

[16] Sources : Bessière S., « La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage », *RFAS* (n°1), 2005, consulté le 15 mai 2016
Charrier P., « Comment envisage-t-on d'être sage-femme quand on est un homme ? », *Travail, genre et sociétés* (n°12), 2004/2, consulté le 09 mai 2016
DREES, « Portrait des professionnels de santé » (rapport) [Internet], 2016/7, consulté le 15 mai 2016
data.DREES études et statistiques, (rapports) [Internet], consulté le 24 octobre 2017

BY-NC-ND

Annexe II



17

[17] Source : data.DREES études et statistiques, (rapports) [Internet], consulté le 24 octobre 2017

BY-NC-ND

Annexe III

Tableau I : mode d'exercice des sages-femmes en fonction de leur sexe [18]

Mode d'exercice	Libéral exclusif	Salarié hospitalier	Salarié non hospitalier	Mixte
Nombre d'hommes	101	435	17	67
Nombre de femmes	4070	14254	1413	1955

Tableau II : mode d'exercice des sages-femmes en fonction de leur sexe [19]

Mode d'exercice	Libéral exclusif	Salarié hospitalier	Salarié non hospitalier	Mixte
Pourcentage d'hommes	16.3	70.2	2.7	10.8
Pourcentage de femmes	18.7	65.7	6.5	9

La dépendance est significative. Chi2 = 19,6, ddl = 3, 1-p>99,9

[18]Source : data.DREES études et statistiques, (rapports) [Internet], consulté le 24 octobre 2017
[19]Source : data.DREES études et statistiques, (rapports) [Internet], consulté le 24 octobre 2017

BY-NC-ND

Annexe IV

Tableau III : comparaison des actes pratiqués ou non par les hommes sages-femmes et ceux pratiqués ou non par l'ensemble des sages-femmes, en nombre et en pourcentage

	Hommes sages-femmes				Ensembles des sages-femmes [16]	
Actes	**Oui**		**Non**		**Oui**	**Non**
	Effectif	%	Effectif	%	%	%
Accouchement	40	80,0	10	20,0	67,5	32,5
Suites de couches	39	76,5	12	23,5	45,0	55,0
Réfection épisiotomie	38	76,0	12	24,0	66,4	33,6
Soins infirmiers	38	74,5	13	25,5	34,0	66,0
Réanimation	36	72,0	14	28,0	57,0	43,0
Consultation	33	66,0	17	34,0	50,0	50,0
Délivrance artificielle	25	52,1	23	47,9	38,0	62,0
Prép. à la naissance	21	41,2	30	58,8	47,0	53,0
Réinjection péridurale	18	36,7	31	63,3	22,0	78,0
Échographie	13	26,0	37	74,0	13,0	87,0

20

`

[20]Charrier P. « Des hommes chez les sages-femmes », *Sociétés Contemporaines*, 2007/3 (n°67), pp130, consulté le 31 mai 2016

BY-NC-ND

Annexe V

Guide d'entretien

Je réalise une enquête sur la construction de l'identité professionnelle des hommes sages-femmes : il s'agit donc de décrire à la fois votre socialisation, mais aussi votre trajectoire et votre exercice professionnels. Pour recueillir l'ensemble des données qui me sont nécessaires, je vais donc vous poser des questions sur votre parcours, mais aussi sur vos études, sur votre famille, etc.

1. La socialisation primaire

Comment avez-vous fait le choix du métier de sage-femme ?

- Quand ?
- Enfance
- Bac
- Etudes ou profession(s) antérieure(s)
- Rencontre de professionnel (le)
- Pourquoi avoir choisi le métier de sage-femme ?
- Connaissances du métier
- Intérêt/attrait

Quelle a été la réaction de votre entourage ?

- Parents
- Professions

- Fratrie

- Entourage amical
- Filles/garçons

BY-NC-ND

2. Les études

Pouvez-vous me raconter comment se sont passées vos études ?

- Ecole

  Relations avec :

- Camarades de promotion
- L'équipe enseignante : sages-femmes enseignantes et directrice
- Pour quelle discipline/stage aviez-vous le plus d'intérêt ?

- Stages

- Premier stage : qu'est-ce qui vous a plu
- Relations avec les sages-femmes lors des stages

- Patientes/couples

- Réactions de la patiente
- Réactions de l'entourage de la patiente
- Eventuelles difficultés rencontrées
- Place du père

3. L'exercice et la trajectoire professionnels

Pouvez-vous me parler de votre premier poste en tant que professionnel ?

- Pourquoi le choix de ce poste
- Réactions des consœurs à l'arrivée d'un homme dans le service
- Prédilection d'actes à cette époque

Pouvez-vous me décrire les différents postes que vous avez occupés ?

- Description de chaque poste

- Activités effectuées
- Intérêts
- Inconvénients/contraintes de la profession

BY-NC-ND

- Changements
- Pourquoi ?

Avez-vous fait des formations post-universitaires ? Pourquoi ce choix ?

Actuellement, quelles sont les actes que vous pratiquez ?

- Préférence en termes d'actes
- Tâches que vous n'aimez pas faire
- Rapport à la PNP
- Pourriez-vous me donner la définition d'une sage-femme compétente ?

Comment qualifieriez-vous vos relations, professionnellement et personnellement, avec vos collègues ?

- Consœurs

- Médecins
- Gynécologues-obstétriciens
- Anesthésistes
- Pédiatres
- Degré d'autonomie

- Cadres

- Auxiliaires puer

Comment qualifieriez-vous vos relations avec les étudiants sages-femmes ?

Dans cette profession, qu'est-ce que cela vous apporte d'être un homme ? Y a-t-il des inconvénients ?

BY-NC-ND

4. Les stratégies d'adaptation

D'après vous, quel est l'avis de vos consœurs sur les hommes sages-femmes ? Lorsque l'on est un homme, comment fait-on pour s'adapter à un métier dit « de femme » ?

Maintenant, nous allons davantage parler de la profession elle-même et de votre vision concernant son évolution.

Que pensez-vous de l'extension des compétences des sages-femmes ?

- Suivi gynécologique
- IVG médicamenteuse

Quelle a été votre position lors des mouvements de grèves ?

- Etiez-vous gréviste ?
- Quelles étaient vos revendications personnelles pour la profession (statut PH) lors de ces grèves ?
- Influence dans la reconnaissance

Etes-vous impliqué dans des structures représentatives de la profession ?

- Conseil de l'Ordre ou syndicats professionnels
- Pourquoi ?

Que pensez-vous de la présence des hommes dans la profession ?

- Le métier doit-il rester majoritairement féminin ?

Que pensez-vous des modifications du mode de recrutement des sages-femmes (PCEM1, PACES) ?

- D'après vous, qu'est-ce que cela change pour la profession ?
- Pensez-vous que le profil des étudiants soient différents ? Plus ou moins d'hommes ?

Comment voyez-vous l'évolution de la profession ?

BY-NC-ND

Comment envisagez-vous votre avenir professionnel ?

5. La vie privée

Nous allons terminer par quelques questions plus personnelles.

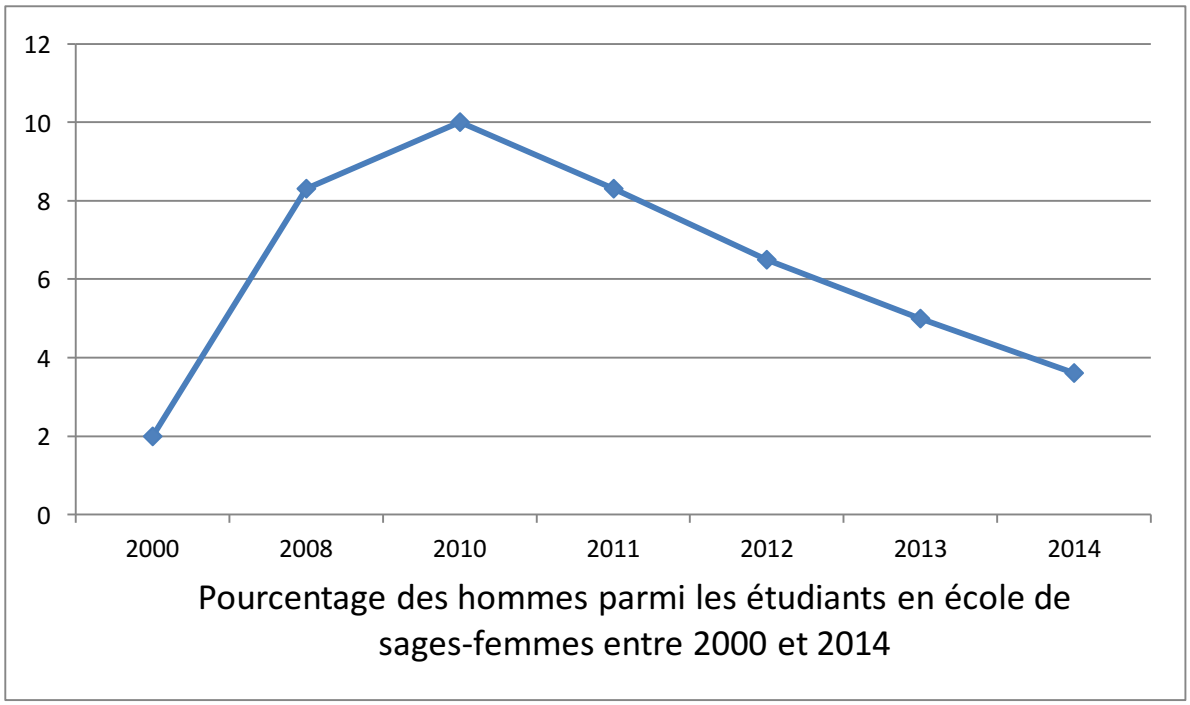
De quelle manière parvenez-vous à concilier vie professionnelle et vie privée ?

- Vie familiale
- Compagne : profession
- Contrainte des horaires
- Répartition des tâches dans la famille : actuellement et dans l'enfance
- Enfants : études ?

- Loisirs/sports effectués
- Actuellement et dans l'enfance
- Qualités attribuées enfant

BY-NC-ND

Annexe VI



21

[21]Sources : data.DREES études et statistiques, (rapports) [Internet], consulté le 24 octobre 2017 ; article « Comment envisage-t-on d'être sage-femme quand on est un homme ? »
Charrier P., « Comment envisage-t-on d'être sage-femme quand on est un homme ? », *Travail, genre et sociétés* (n°12), 2004/2, consulté le 09 mai 2016

BY-NC-ND

CHESI Manon

La construction de l'identité professionnelle des hommes sages-femmes

71 pages

Mémoire de fin d'études – école de sages-femmes de LIMOGES – année universitaire 2017-2018

RESUME

La construction de l'identité professionnelle des hommes sages-femmes

Nous avons décrit les procédés à l'œuvre dans la construction de l'identité professionnelle des hommes sages-femmes.

Une étude qualitative a été menée par entretiens semi-directifs auprès de neuf hommes sages-femmes du Limousin.

La construction de l'identité professionnelle a débutée dès la socialisation primaire. Son genre neutre a facilité l'apprentissage de la profession par les hommes. Durant leur formation, ils ont développé des stratégies d'adaptation pour s'adapter à un métier de genre opposé au leur, qu'ils ont poursuivi tout au long de leur carrière. Il n'existe pas de segment professionnel, ni de reproduction de la division sexuelle du travail dans leurs relations avec les médecins.

Mots-clés : hommes sages-femmes, identité professionnelle, identité de genre, socialisation

BY-NC-ND