



HAL
open science

Le choix d'un homme sage-femme, au regard des représentations sociales et des facteurs socioculturels

Léo Pomar

► **To cite this version:**

Léo Pomar. Le choix d'un homme sage-femme, au regard des représentations sociales et des facteurs socioculturels. Médecine humaine et pathologie. 2013. hal-01868241

HAL Id: hal-01868241

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01868241>

Submitted on 5 Sep 2018

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine

École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz

*Le choix d'un homme sage-femme, au regard des
représentations sociales et des facteurs socio-
culturels*

Mémoire présenté et soutenu par
Léo Pomar

Directeur de mémoire : Belgy Marie-Thérèse

Sage-Femme Enseignante

Expert : Le Goedec Benoit

Sage-femme Enseignant / Sage-femme Libéral

Promotion 2013

Je souhaite adresser ici tous mes remerciements aux personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire, notamment :

Mme Marie-Thérèse Belgy, pour m'avoir encadré et guidé tout au long de ce projet,

M Benoit Le Goedec, pour m'avoir apporté connaissances et réflexion sur le thème abordé

Mlle Céline Delorme et M Arthur Gerometta pour leur soutien et leur aide indispensable à la réalisation de ce mémoire.

SOMMAIRE

Sommaire.....	3
Glossaire.....	5
Préface.....	6
Introduction.....	7
Partie 1.....	9
1. Genre et choix d'une sage-femme.....	10
1.1. « Sexe, genre et sexualités » [1].....	10
1.2. Quelles sont les attentes des patientes ?.....	11
1.3. Genre et choix en obstétrique.....	11
2. Les représentations sociales	15
2.1. Représentations sociales, stéréotypes et préjugés.....	15
2.2. Représentation sociale de l'homme.....	16
2.3. Représentation sociale de la sage-femme	22
2.4. Représentation sociale de l'homme sage-femme.....	26
3. Facteurs personnels et socio-culturels.....	31
3.1. Les facteurs socio-culturels.....	31
3.2. Les représentations sociales et les stéréotypes dépendent des groupes sociaux d'appartenance [20].....	32
3.3. Les facteurs socio-culturels qui vont intervenir dans la représentation de l'homme sage-femme.....	32
3.4. Les facteurs personnels.....	37
Partie 2.....	39
4. Méthodologie et caractéristiques de l'étude.....	40
4.1. Problématique et hypothèses.....	40
4.2. Méthodologie.....	41
4.3. Analyse statistique.....	44
5. Présentation des résultats.....	45
5.1. Choix de la sage-femme.....	45
5.2. Représentation sociale de l'homme sage-femme.....	47
5.3. Facteurs personnels et socio-culturels, au regard de la préférence de genre.....	55
6. Synthèse de l'étude et discussion.....	64
6.1. Genre et choix d'une sage-femme.....	64
6.2. La représentation sociale de l'homme sage-femme.....	67

6.3. Facteurs personnels et socio-culturels.....	73
6.4. Les limites de l'étude.....	76
Conclusion.....	78
Bibliographie.....	80
TABLE DES MATIERES.....	85
Annexe 1.....	88
Annexe 2.....	89
Annexe 3.....	91
Annexe 4.....	95

GLOSSAIRE

BSRI : Bem Sex Role Inventory

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CNOSF : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes

DU : Diplôme Universitaire

FSSF : Fédération Suisse des Sages-Femmes

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

PRÉFACE

Lors de mes premiers stages, des patientes m'ont adressé des commentaires et des interrogations quant au fait que je sois un étudiant sage-femme « homme ».

La plupart de ces commentaires était due à la surprise de voir un homme apprenant une profession historiquement féminine, mais d'autres, plus rares, m'ont d'avantage interpellé : certaines patientes ayant déjà rencontré un homme sage-femme étaient ravies d'avoir un étudiant homme auprès d'elles car elles gardaient un souvenir très positif de cette première rencontre. Ce sont ces quelques patientes qui m'ont donné envie de m'intéresser à l'image que peut avoir un homme sage-femme auprès de ses patientes.

Lors d'un stage en libéral, effectué auprès d'un homme sage-femme, je me suis rendu compte que plusieurs patientes avaient fait le choix d'être suivies par un homme sage-femme par préférence pour un praticien homme, qu'elles jugeaient comme plus « attentif » et plus « doux » .

Suite à ce stage, la première ébauche de réflexion était fixée : Pourquoi certaines patientes préfèrent-elles être suivies par un homme pratiquant une profession majoritairement féminine, et quelle image ont-elles de ce praticien ?

Introduction

La grossesse et la vie génitale de la femme ont été pendant plusieurs siècles une affaire privée, résolument féminine. La grossesse et le concept de féminité sont liés dans la représentation de la reproduction humaine.

La mortalité et la morbidité per-natales, jusque là élevées, deviennent des problèmes de santé publique à partir du XVIII^{ème} siècle, augmentant l'intérêt porté à l'accouchement. On assiste alors à l'apparition des hommes dans le monde de la naissance. La division des tâches est d'abord sexuée : les femmes, matrones, s'occupent des grossesses physiologiques, et les hommes, médecins, interviennent sur les grossesses qui nécessitent davantage de technicité. Deux siècles plus tard, on assiste à une mixité des rôles dans la naissance : la profession de médecin se féminise et la profession de sage-femme ouvre ses portes aux hommes en 1982.

Les patientes suivies par un praticien libéral bénéficient du choix de ce praticien, et avec l'arrivée des hommes sages-femmes, un nouveau critère apparaît dans le choix d'une sage-femme : son sexe. Le premier axe à étudier est la différence entre le sexe de la sage-femme, critère biologique, et son genre, ensemble de caractères sociaux rattachés à un sexe. Trente ans après l'ouverture de la profession de sage-femme aux hommes, il paraît intéressant de se placer du côté des patientes afin de comprendre pourquoi certaines d'entre elles ont fait le choix d'un suivi par cette nouvelle sage-femme, de sexe différent, mais de fonction inchangée.

La question du genre comme critère de choix paraît subjective, et son étude nécessite d'y apporter des hypothèses. Ainsi, le deuxième axe du questionnement est de savoir si les qualités attendues d'une sage-femme sont associées à sa fonction, ou si elles sont associées à son genre, majoritairement féminin. Plus généralement, il paraît important de se questionner sur la représentation sociale des genres et de la sage-femme, ainsi que les stéréotypes et préjugés qui y sont associés, afin d'étudier l'image de l'homme sage-femme auprès de ses patientes.

Le choix d'un professionnel de santé peut également être en lien avec des facteurs personnels et socio-culturels propres à la patiente. Ces facteurs vont déterminer la culture, les normes et les valeurs sociales partagées par la patiente, et peuvent donc intervenir sur ses représentations sociales et sur ses préférences, notamment dans le

choix du praticien qui va suivre sa grossesse et sa vie génitale, professionnel au coeur de son intimité physique et psychologique.

Dans une première partie, nous apporterons des définitions et nous nous baserons sur la littérature afin d'apporter une approche théorique, nécessaire à la compréhension de la problématique. Puis, nous utiliserons des éléments de la sociologie et de la philosophie des genres afin d'étudier la représentation sociale de l'homme sage-femme auprès de ses patientes. Enfin, nous mettrons en évidence des facteurs socio-culturels qui peuvent intervenir dans le choix d'un suivi par un homme sage-femme.

Dans une deuxième partie, nous présenterons la méthodologie et les résultats d'une étude descriptive observationnelle transversale, réalisée auprès d'une population de patientes suivies par des hommes sages-femmes libéraux, afin d'identifier des représentations sociales et des facteurs socio-culturels communs à cette population. Ces résultats seront ensuite discutés, et permettront de valider des hypothèses quant au lien entre le choix d'un homme sage-femme, les représentations sociales et les facteurs socio-culturels partagés par la population étudiée.

Partie 1

1. GENRE ET CHOIX D'UNE SAGE-FEMME

Dans cette première partie, nous rappellerons quelques définitions de sociologie, puis nous étudierons l'état actuel des connaissances sur les attentes des patientes et sur l'influence du genre de la sage-femme dans le choix d'une patiente.

1.1. « Sexe, genre et sexualités » [1]

Les termes de sexe, genre et sexualité sont souvent confondus et mal employés, leurs définitions et leur distinction semblent être primordiales à une étude ayant pour objet le genre.

Le sexe représente le sexe biologique, tel qu'il nous est assigné à la naissance. Il différencie l'homme de la femme d'un point de vue anatomique et génétique [1] : le sexe est une base de définition partant du physique, et notamment des organes génitaux, comme on peut le voir à travers la définition que Simone de Beauvoir fait d'elle même : *« Si je veux me définir, je suis obligée d'abord de déclarer : je suis une femme »*[2]. La définition du sexe se situe ensuite au niveau génétique, au niveau des gonosomes X et Y qui vont déterminer si l'individu est homme ou femme. [3]

Le genre différencie l'homme de la femme d'un point de vue psychologique et culturel [4] : des caractères « masculin » ou « féminin » vont être appris et reproduits par un individu afin de développer un comportement en adéquation avec son groupe sexué, et de développer un comportement différent de celui du groupe sexué opposé. Le genre est acquis par la socialisation et l'éducation [1] , il se bâtit sur la construction des rôles sexués et d'une identité socio-culturelle [3].

Cependant, Elsa Dorlin s'interroge sur la relation de causalité qu'il existe entre le sexe et le genre : le sexe biologique détermine-t-il le genre ? Peut on acquérir un genre opposé à son sexe ? Peut on cumuler plusieurs genres ? [1].

Le terme sexualité englobe les phénomènes de la reproduction biologique, les comportements sexuels permettant la reproduction, et les phénomènes culturels liés à ces comportements sexuels. La sexualité renvoie à une vie psychique au sens large et non pas seulement à la bipartition hommes / femmes, au sexe de la reproduction : c'est

une distinction entre le partage psychique et le partage biologique, c'est une affaire de culture [3].

1.2. Quelles sont les attentes des patientes ?

Le propre de la profession de sage-femme est qu'elle est une interface entre la technique et le relationnel [5]. Comme nous pouvons le voir dans une étude réalisée au CHRU de Lille, les patientes ont un besoin conséquent de soutien et d'une présence compétente, attentive, disponible voir affective de leur sage-femme [6]. D'autres études vont dans ce sens en montrant que les patientes vont choisir leur gynécologue et leur sage-femme, davantage en fonction de leurs compétences humaines que de leurs compétences techniques [7]: elles sont à la recherche d'un lien de confiance avec le praticien qui va les accompagner [8, 9].

1.3. Genre et choix en obstétrique

Des études récentes [10, 11, 12] s'interrogent sur les préférences de genre et de praticiens en gynécologie et obstétrique. Cette question est apparue avec la possibilité pour les patientes de choisir leur praticien, lorsqu'elles s'adressent à un praticien libéral.

Les médecins gynécologues et obstétriciens furent longtemps des hommes [13]. Aujourd'hui, avec la mixité de plus en plus importante dans cette spécialité, on peut se demander si le genre du médecin représente un critère de choix pour des patientes qui préfèrent être suivies par un homme, ou à l'inverse qui préfèrent être suivies par une femmes.

A l'opposé, la profession de sage-femme fut longtemps exclusivement féminine. Depuis 30 ans, les hommes ont accès à cette formation, et le nombre d'hommes sages-femmes semble s'accroître au fil du temps. Ainsi, on peut se demander si le genre de la sage-femme, tout comme le genre du médecin, représente un critère de choix pour des patientes préférant être suivies par une femme, ou à l'inverse pour des patientes préférant être suivies par un homme.

1.3.1. Le genre de la sage-femme est-il un critère de choix pour la patiente ?

Suite à l'arrivée des hommes dans la profession (1982), on peut se demander si le genre de la sage-femme va être un critère de choix pour la patiente. En effet, les interactions entre deux femmes, ou entre un homme et une femme seront différentes: *«le genre n'est pas un domaine spécialisé, c'est une grille de lecture de la société»* [14]. Avant leur entrée dans la profession, *«le rôle professionnel de la sage-femme s'exerç[ait] au sein d'une rencontre entre deux femmes autour de la naissance»* [15]. Ainsi, on peut utiliser la sociologie du genre pour expliquer cette différence de ressenti entre une patiente suivie par une femme, dont le genre et le sexe sont identiques au sien, et une patiente suivie par un homme, dont le genre et le sexe seront différents du sien.

Philippe Charrier évoque plusieurs « scénarios »¹ quant au nombre croissant d'hommes sages-femmes [16]. D'une part, un scénario serait une *«segmentation professionnelle»* des hommes sages-femmes, qui auraient une attitude plus «technique» que leurs consœurs, ce qui attirerait uniquement une certaine partie des patientes. D'autre part, un autre scénario serait *«une banalisation de la présence des hommes sages-femmes»*, qui conduirait donc une patiente à choisir un homme sage-femme pour la suivre sans que son genre n'intervienne.

D'autres études [10, 11, 12] montrent que le sexe et le genre semblent être des critères déterminants pour certaines patientes dans le choix d'un professionnel qui va rentrer dans leurs intimités physique et psychologique, d'autant plus dans le choix d'une sage-femme (contrairement aux spécialités plus «techniques»): en fonction des études, entre 44,9 % et 52,2 % des patientes préfèrent être suivies par une femme, entre 1,7% et 9,8% des patientes préfèrent être suivies par un homme, et entre 42% et 53,9 % des patientes n'ont pas de préférence. Les préférences des patientes sont dues à plusieurs critères comme les qualités qu'elles attribuent aux femmes (douces, à l'écoute) / aux hommes (disponibles, plus techniques) [11], à leur âge, à leur niveau socio-culturel, à leur religion et à une expérience précédente avec un homme ou avec une femme sage-femme [10, 12].

1 Philippe Charrier reprend plusieurs observations dues à l'entrée du sexe opposé dans une profession historiquement sexuée, et applique ces observations à la profession de sage-femme avec l'hypothèse que le nombre d'hommes sages-femmes continue à augmenter [16].

Cependant, on constate une contradiction: certaines patientes indiquent choisir leur sage-femme pour une qualité qu'elles attribuent à leur sexe, alors que d'autres patientes indiquent choisir une sage-femme du sexe opposé pour la même qualité [10]: par exemple certaines patientes préfèrent être examinées par une femme, sous prétexte que l'examen gynécologique sera plus «*doux*», mais d'autres patientes utilisent le même prétexte pour justifier qu'elles préfèrent être examinées par un homme. Le genre semble être un critère subjectif dans le choix d'une sage-femme : il va dépendre des « images » et des qualités que certaines patientes associent au genre de la sage-femme.

1.3.2. Les représentations sociales influent-elles sur ce choix ?

Le choix d'une sage-femme par sa patiente passe donc par un certain nombre de critères, dont certains sont rattachés à des capacités attribuées à la profession (écoute des patientes, accompagnement), mais dont d'autres sont sage-femme-dépendants. Ainsi, il convient d'étudier les représentations qu'ont les patientes de leur sage-femme, de par leur profession, mais également de par leur genre. Suite à la contradiction évoquée précédemment, il convient d'apporter des hypothèses pour répondre à la question de l'influence du genre dans le choix des patientes suivies par un homme sage-femme. Ce choix va en effet dépendre de la représentation sociale que la patiente a de l'homme et de la femme, et ainsi des qualités qu'elle attribue à chacun des deux sexes.

On peut alors mettre en avant une première hypothèse de recherche : Si le genre est un critère de choix pour une patiente suivie par un homme sage-femme, est-ce par la représentation sociale et par les stéréotypes de genre qu'elle va avoir du masculin et de l'homme sage-femme ?

Ainsi, dans un premier temps, nous étudierons les différentes représentations sociales du genre, de la sage-femme et de l'homme sage-femme, ainsi que les stéréotypes qui y sont associés.

1.3.3. Un choix qui dépend de certains facteurs propres à la patiente

Les stéréotypes de genre, comme nous le verrons à travers la définition des stéréotypes, sont des traits de personnalités, des qualités ou des défauts attribués à l'un des deux sexes.

Ces stéréotypes sont acquis et transmis par les groupes sociaux auxquels appartient la patiente. Ainsi ces « images » attribuées au masculin et au féminin vont être le fruit d'un consensus dans ces groupes sociaux et vont dépendre de plusieurs facteurs propres à la patiente [3, 17] :

- ^ Des facteurs physiques
- ^ Des facteurs psychologiques
- ^ Des facteurs socio-culturels

Les facteurs socio-culturels de la patiente vont nous permettre d'étudier les normes et les représentations sociales que la patiente a appris par la culture transmise par ses différents groupes sociaux.

On peut alors émettre une seconde hypothèse de recherche : Quels sont les facteurs socio-culturels communs aux patientes ayant choisi d'être suivies par un homme sage-femme ?

Les facteurs socio-culturels étudiés seront détaillés dans un second temps.

2. LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES

Dans cette sous-partie, les représentations sociales de l'homme, de la sage-femme, puis de l'homme sage-femme seront étudiées. Les représentations sociales sont des notions de sociologie, on utilisera donc une approche sociologique du genre en confrontant les images de l'homme et de la femme à travers les époques. On utilisera également la philosophie du genre, étant donné que les premiers ouvrages et les premières idées sur la représentation sociale des genres et les stéréotypes qui y sont associés, nous viennent des philosophes des lumières [3]. De plus, la réflexion sur le genre et ses représentations se rattache au « *Gender* », qui devient un concept philosophique dans la pensée anglo-saxonne des années 1970 [Annexe 1].

2.1. Représentations sociales, stéréotypes et préjugés

Selon Abric, « *La représentation sociale est le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu ou un groupe reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique* » [18]. Autrement dit, la représentation sociale désigne une forme de pensée sociale [19], c'est l'« image » qu'un individu ou un groupe d'individu attribue à une partie du réel auquel il est confronté.

Les stéréotypes peuvent être définis comme « *des croyances partagées concernant les caractéristiques personnelles, généralement des traits de personnalité, mais souvent aussi des comportements, d'un groupe de personnes* » [20]. Leur contenu n'est pas simplement descriptif, mais souvent associé à une charge affective. Cette charge affective est un consensus dans le groupe qui partage le stéréotype. De plus, un stéréotype n'est pas qu'un contenu de pensée, il obéit à des processus qui permettent l'attribution de certaines caractéristiques à des personnes identifiées comme appartenant à des groupes sociaux particuliers.

L'attribution de ces caractéristiques à certains groupes sociaux nous amène donc à la définition des préjugés. Un préjugé est « *l'expression d'une attitude défavorable envers une ou plusieurs personnes en raison de son (leur) appartenance à un groupe [social] particulier* » [20]. Cette définition nous permet de voir une première différence entre les

stéréotypes et les préjugés : les stéréotypes présentent une tonalité affective le plus souvent négative, ils peuvent néanmoins être positifs ; les préjugés témoignent toujours d'un fort sentiment d'hostilité. Un autre critère de distinction entre ces deux notions est que les stéréotypes sont des croyances collectives sur des groupes, qu'ils sont facilement reproductibles et communs à tous parce qu'ils sont socialement appris et transmis ; alors que les préjugés, bien qu'ils visent également des groupes particuliers, sont de nature plus individuelle parce qu'ils expriment des sentiments éprouvés subjectivement [20].

Les notions de représentations sociales, de stéréotypes et de préjugés peuvent également être appliquées au genre. Ainsi, la femme et l'homme, à travers un genre et des comportements différents vont avoir une certaine « image » due aux caractères qu'on associe au féminin et au masculin : la représentation sociale de la femme va être différente de la représentation sociale de l'homme [3].

Les préjugés liés au genre peuvent être définis comme une image négative, voire hostile qu'un individu va porter à certains traits de caractère ou comportements qu'il attribue à l'un des deux sexes.

Les stéréotypes de genre peuvent être définis comme des traits de personnalité ou des comportements qui vont être associés à l'un des deux sexes, par un groupe social partageant un consensus sur l'image de l'homme et/ou de la femme. L'étude de la représentation de l'homme sage-femme est donc davantage en lien avec les stéréotypes qui lui sont attribués.

2.2. Représentation sociale de l'homme

Dans un premier temps nous allons développer la représentation sociale de l'homme à travers les époques. Cette analyse nous permettra de répondre à la question suivante :

Quelles sont les qualités spécifiques socialement rattachées à l'homme?

On observe ces dernières années, une réelle mutation anthropologique quant à la place de l'homme dans la société. Directement en lien de causalité avec l'évolution de la place de la femme, on ne peut s'intéresser à la « *différence des sexes* » sans

s'intéresser aux deux sexes [3]. C'est pourquoi l'image de l'homme sera étudiée en parallèle de l'image de la femme.

2.2.1. Des représentations « phallogocentriques »

Au XVIII^{ème} siècle, les essais sur le genre sont essentiellement réalisés par des hommes philosophes et présentent l'homme comme un être supérieur, en haut de la hiérarchie des genres. Le féminin et le masculin, basés sur le cadre génital, obéissent aux représentations sociales qui les fondent : dans un régime de vérité patriarcale, le sexe biologique devient la marque de la supériorité et de l'infériorité et les relations sociales sont ainsi hiérarchisées. La pensée des philosophes des lumières se base sur des représentations autour de la reproduction, dont l'objectivation entraîne la division des tâches sociales entre public et privé.

En effet, la femme a une image de « *vie* » [3], elle représente le monde de la naissance, qui est alors une affaire privée et mystérieuse : Schopenhauer décrit la femme comme anatomiquement mystérieuse de par son « *sexe de petite taille* » [21]. Cette image de vie est également due à sa longévité plus importante que celle de l'homme [22], et aux « qualités humaines » qui lui sont attribuées : on lui concède un « *amour de bienveillance* », une empathie et une écoute qui lui permettent d'exécuter des tâches d'ordre privé [23].

A l'inverse, on attribue à l'homme des qualités d'intérêt et des qualités techniques : Schopenhauer montre que les hommes ont un « *amour de concupiscence* » [23]. Les hommes détiennent le savoir et la science, ils pensent et s'occupent des affaires publiques de la société [24]. Nietzsche oppose le rôle de la femme et de l'homme dans la société en prenant l'image de la grossesse [25] : les femmes donnent naissance et ont ainsi une grossesse privée, qui leur donne un rôle privé dans la société ; les hommes vont avoir une grossesse intellectuelle et vont ainsi accoucher d'une pensée (définition de la « maïeutique »), ce qui leur donne un rôle public dans la société.

Le fait que l'homme détienne le savoir lui donne un rôle d'éducation de la femme : selon Kant, le savoir est une qualité rattachée à l'homme et « *la femme savante reproduit le savoir de l'homme* » [24]. Les hommes éduquent les femmes à la philosophie, mais gardent une supériorité : les femmes « *reçoivent de la philosophie mais ne deviennent pas des sujets philosophants* » [3]. Cet exemple illustre la relation de

dépendance présente entre l'homme et la femme à cette époque : Simmel évoque une dépendance féminine, de par son rôle privé et son éducation scientifique faite par l'homme, il les décrit comme « *dépendantes, soumises à un absolu de fait masculin* » [25].

La virilité est associée au masculin, Selon Pierre Pachet la « bravoure » et le « courage » sont des qualités qui complètent l'image de cet « *être naturellement pourvu de mémoire, de facilité à apprendre, de grandeur de vues, de grâce, ami aussi bien que parent de la vérité, de la justice, de la virilité, de la tempérance* » [3]. On retrouve d'autres capacités décrites comme spécifiques à l'homme comme l'autorité et la force [26]: « *L'homme est celui qui protège, rassure, gravit l'échelle sociale [...], décide, représente et gouverne, maîtrise la technique, sait prendre des risques et des initiatives, garde son sang-froid...* » [27].

Tableau I : Récapitulatif des critères rattachés au masculin et au féminin [3]

Masculin	Féminin
Egalité	Identité
Public	Privé
Esprit	Nature
Production	Reproduction
Qualités techniques	Qualités humaines
Virilité, bravoure, courage	Innocence
Ambition	Dépendance

2.2.2. Une évolution des représentations de genre

Avec l'apparition des théories sur la dualité des sexes, sur l'égalité des sexes et l'émergence du courant féministe, les représentations sociales du masculin et du féminin ont évolué.

Hegel montre à travers sa pensée sur la dualité des sexes que la différence n'est pas un synonyme d'inégalité en matière de partage sexué des rôles sociaux. En effet, la société est bâtie sur une différence des sexes qui a été utilisée pour instaurer une inégalité entre hommes et femmes, où les hommes se placent comme seul sujet pensant et définissent ainsi le rôle de l'homme, en haut de la hiérarchie, et celui de la femme, dépendante de l'homme. Hegel montre que l'homme et la femme sont différents d'un

point de vue biologique, mais appuie sur le fait qu'ils sont en même temps identiques à certains points de vue. Il utilise l'égalité comme une base de comparaison [3][28]. De même, Freud explique que l'homme et la femme partagent la même sexualité dans leur enfance, et que cette sexualité va se différencier en fonction du genre que va développer l'individu [29].

Ces théories montrent une certaine égalité dans les sexes à la naissance, mais une inégalité de genre : l'inégalité entre hommes et femmes va se prononcer lorsqu'ils vont exprimer des genres différents. Les représentations sociales de l'homme et de la femme sont donc des représentations de genre : une « image » donnée à l'individu en fonction du genre prédominant chez lui.

Avec l'émergence du féminisme, qui désire une égalité entre hommes et femmes, voire même une nouvelle base de la pensée sur la différence des sexes, afin de balayer les bases misogynes précédemment instaurées par des hommes philosophes [30]; de nouvelles questions se posent : le sexe biologique détermine-t-il le genre ? Peut-on acquérir un genre opposé à son sexe ? Peut-on cumuler plusieurs genres ? [1].

L'acquisition du genre semble être due en partie au sexe biologique, mais ne l'est pas obligatoirement. En effet, l'acquisition du genre se fait également par l'éducation. Ainsi, un petit garçon qui reçoit une éducation de petite fille peut avoir un genre féminin qui est opposé à son sexe biologique [31]. De même, un individu peut cumuler plusieurs genres, et peut donc exprimer des caractères à la fois féminins et masculins [32].

Le modèle de l'androgynie de Platon [33] est alors réétudié afin de recueillir des auto-descriptions de sujets, sans référence comparative explicite à un groupe d'appartenance. Ce test permet de différencier des individus sexués, qui vont avoir un genre dominant, des individus indifférenciés, qui ne vont pas avoir de genre dominant, et des androgynes, qui vont adopter successivement divers critères comportementaux sexués.

Ces nouvelles réflexions sur le genre vont entraîner une évolution des représentations sociales de l'homme et de la femme : l'homme est un individu de sexe masculin, et peut avoir un genre masculin très prononcé, faiblement prononcé ou même un genre féminin ; de même, la femme est un individu de sexe féminin et peut avoir un genre féminin plus ou moins prononcé, voire même un genre masculin.

Cette évolution des représentations sociales de genre est à associer à des évolutions sociétales : les rôles sociaux ne sont plus partagés entre privé et public, la société devient de plus en plus mixte et égalitaire entre les deux sexes.

On pourrait s'attendre à une diminution des stéréotypes de genre, voire à leur abolition. En effet, le stéréotype de l'homme dominant [26], machiste et frimeur laisse place à un homme soucieux de lui qui se sépare, petit à petit, des rôles traditionnels lui étant rattachés et qui peut « *s'approprier des comportements autrefois codés comme féminins* » [27, 34]. Une étude de Jean-Marie Seca montre que les hommes, lorsqu'ils sont face à des stimuli féminins ou en situation de groupe agrégat, adoptent des attitudes autrefois propres aux sujets féminins [33].

Cependant, la représentation de l'homme, même en pleine mutation, a du mal à se dégager de certains stéréotypes qui restent ancrés dans les représentations sociales: l'autorité, la force, la virilité ou encore le courage [27].

Au cours des années 1970, les définitions de masculinité et féminité sont devenues de plus en plus complexes et différenciées. Le schéma bipolaire qui opposait la masculinité et la féminité n'était plus jugé adéquat pour mesurer l'orientation du rôle sexuel individuel. L'inventaire dressé par Bem en 1974, comprenant 60 items, dont 20 destinés à évaluer la féminité et la masculinité [annexe 2], est caractéristique de cette évolution [35].

2.2.3. Division sexuelle du travail

Les représentations sociales du XIXe siècle ont déterminé ce qu'est une femme, ce qu'est un homme et leurs rôles assumés suivant la « nature » . De cette façon, il a été décidé que ce partage binaire de l'humain avait toujours été ainsi : le masculin doté de force, créativité, vigueur, raison, les qualités viriles et le féminin, défini par un corps capable de procréer. Ainsi, dans le domaine des représentations sociales, l'homme crée l'espace public et politique, il construit le social et les femmes restent reléguées dans l'espace domestique.

Les évolutions sociétales du XXe et du XXIe siècles, et les études sur les rôles sexués nous poussent à étudier les représentations sociales du genre au sein de la division sexuelle du travail. Selon Danièle Kergoat, la division sexuelle du travail fonctionne simultanément dans la sphère professionnelle et dans la sphère domestique

[36] : les femmes s'occupent des tâches ménagères et ont un travail au service des hommes ; les hommes s'occupent des tâches intellectuelles ou physiques, socialement reconnues, en accord avec leur représentation sociale. Au début du XXe siècle, on assiste à une logique de féminisation du travail dans les sociétés occidentales capitalistes [37]. Bien que la science et le travail de recherche soient encore considérés comme principalement masculins [38], on commence à admettre une science neutre, et le travail des femmes peut alors s'organiser au sein de structures savantes. La venue d'employées féminines dans l'univers du bureau constitue une rupture importante dans la conception du travail et un changement majeur dans les structures sociales : on constate une cassure de la répartition public / privé du travail. Les hommes gardent les tâches les plus techniques, mais les femmes peuvent avoir une certaine indépendance face à l'homme et être considérées comme des agents de la société, et non plus seulement comme des agents domestiques. Cependant, le travail des femmes reste le moins gratifiant et le moins rémunéré, leurs tâches sont très routinières, laissent peu de place aux initiatives personnelles et ont une faible reconnaissance sociale. Les tâches les plus reconnues socialement sont encore réservées aux hommes. Les hommes orchestrent et supervisent l'activité des employés féminines, ils incarnent l'autorité hiérarchique dans le travail, et conservent le pouvoir de direction.

Bien que la première motivation d'emploi des femmes soit une motivation économique (les femmes étant moins rémunérées que les hommes pour une tâche identique), la représentation du genre féminin vient compléter la fonction : pour un même travail, la femme va être plus « *minutieuse, attentive, calme et disciplinée* » que l'homme [37]. Ainsi, le travail féminin est constitué de tâches dont la valeur sociale est faible, mais pour lesquelles les caractéristiques rattachées au féminin sont indispensables. Les perspectives professionnelles sont très restreintes pour les femmes employées, l'ascension professionnelle et sociale reste réservée aux hommes.

Dans le courant du XXe et du XXIe siècles, on assiste à l'émergence de la pensée féministe et des discours sur l'égalité des sexes et la mixité du travail. Les études de Ashmore, Del Boca et Wohlers en 1986, montrent que les hommes sont encore perçus comme des individus qui personnifient la confiance en soi et la directivité, et que les postes qu'ils occupent bénéficient d'un plus grand prestige et d'un plus grand pouvoir que les fonctions remplies par les femmes [35]. Alors que les hommes sont principalement décrits comme agentifs, les femmes se caractérisent, au sein de leur

travail, par des traits communautaires prédominants : elles sont préoccupées par le bien-être des autres et ont des qualités humaines.

On remarque que l'accès aux professions historiquement féminines pour les hommes est relativement tardif par rapport à l'accès des femmes aux professions masculines [39]. Ainsi, on peut se demander si le rôle social de l'homme exerçant une profession féminine va être modifié : l'homme va-t-il affirmer ses caractères masculins, exprimer des caractères féminins relatifs à sa fonction, ou encore cumuler des caractères féminins et masculins ?

Cette question sera développée avec l'étude des différentes représentations sociales de l'homme sage-femme.

2.3. Représentation sociale de la sage-femme

Afin d'apporter un élément de réponse supplémentaire, il paraît essentiel, après avoir étudié la représentation sociale de l'homme, d'explorer celle de la sage-femme, pour cela nous allons nous baser sur l'évolution historique de la profession afin de répondre aux questions suivantes :

- **Quelles qualités sont socialement associées à la sage-femme?**
- **Comment expliquer la forte proportion de femmes dans la profession?**

2.3.1. Historique de la profession de sage-femme [13, 40]

Les premières sages-femmes, appelées « *matrones* », exerçaient sans formation théorique, mais à l'aide de leurs expériences personnelles de maternité ou par transmission inter-générationnelle de savoir : « *Venue du fond des âges, héritière de petits secrets et du tour de main de celle qui l'a précédée dans l'entreprise charitable qu'est l'assistante des femmes en couches, la matrone est femme pratique* » [41].

La maternité et l'accouchement sont des affaires privées qui se déroulent au foyer. Au même titre que le travail domestique, l'activité consistant à s'occuper de femmes et d'enfants, à prodiguer des soins, que ces soins fussent même l'œuvre d'une personne ayant une quelconque expérience en la matière, ne génère aucune reconnaissance publique légale jusqu'au XVIII^{ème} siècle.

Au siècle des lumières, la démographie devient un problème de santé publique, on assiste alors à une professionnalisation de la naissance qui va entraîner une grande valorisation de cet acte, et placer l'accouchement comme un acte « noble » alors qu'il était avant considéré comme un enfantement passant par des « régions ordurières ». C'est à cette période que les hommes commencent à s'y intéresser, les médecins accoucheurs décident de s'occuper des accouchements : l'inégalité entre les sexes permet aux hommes de recevoir une formation médicale, qui leur permet d'accéder au rang de médecins, alors que les femmes ne pouvant pas accéder à cette formation, restent des matrones. Les connaissances médicales et l'intérêt soudain des hommes pour la naissance ont transformé la division des tâches entre médecins et matrones, entre hommes et femmes : les matrones se voient donc déléguées aux tâches socialement construites comme impures, qu'elles accomplissent comme une sorte de devoir, sans en retirer de prestige social ; les médecins s'occupent de l'accouchement qui est, de plus en plus, considéré comme un acte « noble ». Les pouvoirs publics ne manquent pas de prendre part au débat : alors que certains soutiennent et considèrent le mérite des sages-femmes qui secourent les femmes, d'autres avancent « *qu'un accoucheur est toujours plus attentif auprès d'une femme que les femmes elles-mêmes, qu'un sexe s'intéresse plus à l'autre qu'au sien, que là où souffre une femme, ses soupirs réclament principalement les soins d'un homme* » [40]. Lors de la révolution française, la formation des sages-femmes est rendue obligatoire et est placée sous la tutelle des médecins (exclusivement des hommes).

On assiste alors à une profession divisée : certaines sages-femmes continuent à exercer sans formation, telles des matrones, principalement dans les milieux les plus ruraux ; d'autres accèdent à la formation médicale afin de devenir de « nouvelles sages-femmes » mais doivent accepter sans contestation la tutelle du médecin . Les critères de recrutement des futures sages-femmes conduisent à sélectionner des jeunes femmes issues de la petite bourgeoisie, soumises à un savoir médical plus étendu, mais aussi davantage soumises au chirurgien-accoucheur. Le but est donc de se distancier de la figure traditionnelle de la matrone, âgée, ignare, disgracieuse, sans formation afin d'apporter une image plus scientifique à une sage-femme soumise aux volontés du médecin.

Les matrones sont restées longtemps de premier recours dans les villages, alors que la clientèle citadine, plus aisée, préfère se diriger vers les chirurgiens-accoucheurs,

notamment depuis qu'ils ont réussi à obtenir l'interdiction pour les sages-femmes de manipuler les instruments. Les matrones continuent à accompagner les femmes de manière traditionnelle, sans instruments, avec comme seule arme leur patience et leur savoir-faire. La patience est notamment l'une des qualités attribuées au féminin, contrairement au côté « technique », se traduisant par une naissance plus instrumentalisée, que l'on attribue au masculin.

Le XIXe et le XXe siècles sont marqués par une volonté de statistique, de démographie, de renforcement médical. C'est ce renforcement du contrôle médical sur les femmes, accompagné de la médicalisation de la maternité et de son transfert progressif vers les établissements de santé qui va entraîner la salarisation des sages-femmes et de grandes modifications dans leurs conditions de travail. L'augmentation du nombre de médecins accoucheurs et la diminution du nombre de sages-femmes vont également expliquer le transfert des sages-femmes à l'hôpital, dans ces structures où les médecins décident et où les sages-femmes sont dépendantes de leurs décisions.

C'est au XXe et au XXIe siècles que la profession et les études de sages-femmes se sont véritablement construites. La durée des études qui était de deux ans à la fin du XIXe siècle, augmente progressivement jusqu'à 5 ans et les études sont structurées avec un programme de formation et des objectifs précis. Les sages-femmes se revendiquent « *maitresses de la physiologie* » [42]: elles partent à la reconquête de leurs compétences quant au suivi des grossesses physiologiques et à la pratique autonome des accouchements eutociques. Elles désirent également une reconnaissance sociale supérieure et une autonomie face aux médecins accoucheurs.

On constate depuis ces dernières années une baisse du nombre de médecins gynécologue-obstétriciens en activité. Cette baisse pourrait être à l'origine de nouvelles compétences données aux sages-femmes telles que le suivi de grossesse pathologique suite à une prescription médicale, ou le suivi gynécologique de prévention [43]. La profession de sage-femme deviendrait plus « technique », avec l'utilisation de l'échographie et l'accompagnement d'une naissance toujours plus médicalisée.

2.3.2. Sage-femme, une profession féminine ?

La loi du 17 Mai 1943 explicite le caractère sexué de la profession en invoquant des qualités féminines nécessaires à l'exercice du métier [40]: les sages-femmes doivent

posséder une « *connaissance interne, profonde et personnelle de la féminité* », et « *sont les mieux placées pour se tenir auprès d'autres femmes, pour les préparer, les rassurer, les conseiller et les aider pendant la grossesse et l'accouchement* ». La qualification des sages-femmes n'est donc pas fondée sur un savoir acquis mais sur une compétence de genre, et il faut être biologiquement femme pour la posséder.

De plus, on voit que les qualités historiquement rattachées à la sage-femme sont également celles que l'on associe au féminin : des qualités humaines, de l'empathie, de la patience, un intérêt pour le bien être des autres. La relation entre sages-femmes et obstétriciens au cours de l'histoire est semblable à la relation entre femmes et hommes, les sages-femmes, bien que revendiquant une autonomie à partir du milieu du XXe siècle, étaient jusque là « *soumises aux obstétriciens* » [13].

La profession est exclusivement féminine jusqu'en 1982 [39], où les hommes peuvent se présenter aux concours d'entrée des écoles de sages-femmes. Cette ouverture aux hommes est donc récente, d'autant plus que les premiers hommes sages-femmes diplômés sortent en 1985, et laisse imaginer que la représentation sociale de la sage-femme, auprès des patientes, soit encore une représentation exclusivement féminine.

Cependant, avec l'arrivée des hommes dans la profession, on peut se demander si l'image de la sage-femme va changer, va devenir une image plus « mixte » aux yeux des patientes, avec des qualités non plus fondées sur le genre, mais fondées sur une formation médicale.

On peut également se demander si les qualités nécessaires à l'exercice du métier, évoquées dans la loi du 17 Mai 1943, ne sont pas à l'heure actuelle des qualités que l'étudiant sage-femme, femme ou homme, doit acquérir au long de ses études, tout comme les compétences techniques.

L'évolution récente de la profession et des compétences [43], bien qu'elle puisse entraîner une évolution de l'image de la sage-femme, semble être méconnue de la population, la sage-femme reste représentée historiquement par une femme et plus particulièrement par une femme qui présente des qualités humaines perçues comme féminines voire maternelles [44].

2.4. Représentation sociale de l'homme sage-femme

Après une première étape qui étudiait, d'une part la représentation sociale du genre masculin, et d'autre part, la représentation sociale de la sage-femme, il convient d'associer ces deux réflexions afin de répondre à cette question :

Quelles qualités vont être socialement associées à l'homme sage-femme ?

2.4.1. Généralités sur les hommes sages-femmes

Avant de s'intéresser à la représentation sociale de l'homme sage-femme, il nous paraît nécessaire de s'intéresser aux hommes sages-femmes eux-mêmes, afin d'étudier succinctement leur démographie, leur pratique et les éventuelles différences qui vont être dues à leur sexe.

Ouverture de la profession aux hommes

La profession de sage-femme s'est ouverte aux hommes suite à l'article premier de la loi n°82-413 du 19 Mai 1982, qui va dans le sens des directives européennes de non discriminations en fonction du sexe [39]. On assiste alors à des polémiques avec une partie des députés et des sénateurs qui sont peu réticents à l'ouverture de la profession aux hommes, et une autre partie qui s'y oppose en utilisant «*la solidarité biologique*» et autres arguments naturalistes, soutenus par la FSSF (Fédération Suisse des Sage-femmes) [40] et par une partie des féministes français [45].

Démographie et mode d'exercice

On dénombrait, en 2006, 185 hommes sage-femmes, pour 17 695 sage-femmes inscrites à l'ordre (soit 1,04%). 29 d'entre eux exerçaient en libéral et 156 en hospitalier [40]. En 2011, on dénombre 345 hommes dans les 19200 sage-femmes qui exercent (soit 1,79 %) [46], 51 d'entre eux exercent en libéral [47].

Les hommes sages-femmes se dirigeraient vers un exercice en salle de naissance ou en libéral (revendiquant le suivi global) pour pratiquer des accouchements, qui sont considérés dans les moeurs comme des «*actes nobles*», dans le but d'accroître leur reconnaissance sociale, mais aussi pour pouvoir suivre de manière autonome une patientèle sur du long terme (pour les libéraux) [40, 48].

Choix d'orientation des hommes sages-femmes

La plupart des hommes ayant intégré une école de sages-femmes ont fait ce choix par défaut, et avaient au moment de leur intégration une faible connaissance des études et de la profession [44, 48, 49]. Les motivations des étudiants sages-femmes seraient le relationnel avec les patientes, pour la moitié d'entre eux, et le niveau de compétence et de responsabilité du métier, pour l'autre moitié [50]. Une grande partie envisagent de parfaire leur formation par un DU [50], et d'exercer en libéral [44]: cette volonté d'accroître leur niveau de compétences et cet attrait pour le côté « technique » de la profession entraînent-ils une image différente auprès de leurs patientes ?

Revendications professionnelles

Selon Philippe Charrier, les hommes sages-femmes compensent une faible identification sexuée à leur patientes, par une volonté d'«*accoucher la profession*» : ils semblent être davantage acteurs de revendications et de revalorisations professionnelles que leurs consœurs [48, 49]. Cette volonté de revalorisations professionnelles se fait-elle ressentir dans leur pratique et auprès des patientes ? L'image que les patientes ont de l'homme sage-femme est-elle davantage une image d'un professionnel plus « technique » et plus revendicateur ?

2.4.2. Un genre et une fonction en partiel désaccord

Les représentations sociales de l'homme et de la sage-femme influent sur la représentation sociale de l'homme sage-femme, ainsi que sur les préjugés et les stéréotypes qu'elle véhicule auprès des patientes.

La profession de sage-femme semble socialement sexuée, elle est historiquement et culturellement ancrée dans une identité féminine. La représentation sociale de

l'homme semble être en partie en désaccord avec celle de la sage-femme, ce qui s'explique par des stéréotypes masculins qui perdurent malgré la transformation actuelle de l'homme sociétal. L'évolution et les nouvelles compétences des sages-femmes tendent à rendre la profession d'avantage autonome, socialement reconnue et technique, et donc plus en accord avec l'image de l'homme.

2.4.3. Des représentations diverses de l'homme sage-femme

Le désaccord entre les images historiquement associées à l'homme et à la sage-femme nous pousse à formuler plusieurs hypothèses quant à la représentation sociale de l'homme sage-femme :

- ^ L'image associée au genre prime sur la fonction
- ^ L'image associée à la fonction prime sur le genre
- ^ Les images associées à la fonction et au genre se cumulent

L'homme sage-femme représente d'abord un homme

Avec cette hypothèse, la patiente aurait comme représentation de l'homme sage-femme celle d'un homme qui exerce une profession historiquement féminine, ce qui pourrait entraîner une pratique différente due à son genre. Cette hypothèse reprend l'un des scénarios étudié par Philippe Charrier quant à l'augmentation du nombre d'hommes sages-femmes [16] : il s'agit d'un scénario courant, repérable notamment lors de l'ouverture d'une profession à un genre absent de l'activité professionnelle concernée, celui de la « *segmentation professionnelle* ». L'homme sage-femme endosserait des tâches particulières, comme des tâches plus techniques, exigeant un niveau de formation supplémentaire, tels que la pratique de l'échographie, de la gynécologie ou la pratique uniquement en salle d'accouchement. Ces tâches seraient plus en accord avec l'image du masculin : technicité, besoin d'une reconnaissance sociale. De plus, la collaboration de la sage-femme avec la parturiente se fait par le sentiment du partage d'expérience de la corporéité de la femme, de la communauté des sensations du corps enceint. Lorsque la sage-femme est un homme, cet implicite pourrait disparaître [51].

La représentation qu'aurait la patiente de l'homme sage-femme serait alors celle d'un professionnel de la naissance technique, disponible et rigoureux dans ses diagnostics, à l'image du masculin, mais plus réservé en ce qui concerne les qualités

humaines : écoute, empathie, patience durant l'accompagnement. Cette image serait d'avantage proche de celle accordée au médecin, historiquement masculin, plutôt que de celle accordée à la sage-femme [51].

Les hommes sages-femmes, « des sages-femmes comme les autres » [49]

Avec l'hypothèse de la représentation de la sage-femme qui prime sur le genre, la patiente aurait comme image de l'homme sage-femme celle d'un professionnel aux qualités humaines, rattachées au stéréotype de la sage-femme, et le côté masculin de l'homme sage-femme serait effacé par sa fonction. On rejoint alors le second scénario analysé par Philippe Charrier , celui de la « *banalisation des hommes sages-femmes* » [16]. On pourrait envisager que la présence régulière mais discrète des hommes dans la profession se traduit par une extinction progressive des questionnements et des surprises de la part des patientes. Au niveau du groupe professionnel, l'acceptation des hommes au niveau non plus seulement anecdotique, mais comme l'une des caractéristiques de la profession, impliquerait aussi une banalisation d'un point de vue social : la profession s'éloignerait « *des présupposés sociaux et des stéréotypes générés qui en font une profession de femme ou féminine avec toutes les connotations négatives que cela entraîne* » [16].

Ainsi, du point de vue de la patiente, l'homme sage-femme serait avant tout une sage-femme, tout comme les femmes ingénieurs sont avant tout ingénieurs.

L'homme sage-femme, un « androgyne » de la naissance ?

Avec l'hypothèse qu'aux yeux de la patiente, l'homme sage-femme cumule les représentations sociales de l'homme et de la sage-femme, et donc les stéréotypes associés au masculin et à la profession de sage-femme, l'homme sage-femme serait vu comme une sage-femme quelconque au niveau de sa pratique : une sage-femme à « *l'interface de la technique et du relationnel* ». D'autant plus qu'aux vues de l'évolution de la profession, des nouvelles compétences des sages-femmes, et d'une volonté de reconnaissance sociale, la profession de sage-femme évoluerait d'avantage vers une image mixte, plus en accord avec la présence d'hommes.

Cependant, comme le montre le troisième scénario étudié par Philippe Charrier, le côté masculin de l'homme sage-femme pourrait entraîner une « *reconnaissance accrue de la profession* » [16] : les qualités associées au masculin qui sont l'autorité, la

revendication professionnelle, et la volonté d'une reconnaissance sociale pourraient donner à l'homme sage-femme l'image d'un sage-femme d'avantage revendicateur et autoritaire que ses consœurs.

Cette image androgyne, qui consisterait à cumuler des qualités associées au masculin et au féminin [33], permettrait à l'homme sage-femme d'avoir des qualités humaines auprès de ses patientes, mais également une image davantage technique et autoritaire dans sa pratique [51].

3. FACTEURS PERSONNELS ET SOCIO-CULTURELS

Après avoir étudié les diverses représentations sociales de l'homme sage-femme, une autre question se pose :

- Quels sont les facteurs qui vont intervenir dans la représentation que la patiente aura de l'homme sage-femme ?

En effet, nous avons vu que la représentation sociale de l'homme sage-femme va être composée des représentations sociales et des stéréotypes associés à sa fonction, sage-femme, qui est une profession « genrée », et à son genre masculin.

Les patientes ont des valeurs et des normes socio-culturelles qui correspondent à la culture transmise par les groupes sociaux auxquels elles appartiennent. Leurs représentations et les stéréotypes qu'elles vont attribuer au genre et à la sage-femme dépendent donc de leur appartenance à certains groupes sociaux [19].

3.1. Les facteurs socio-culturels

Les facteurs socio-culturels sont liés à l'appartenance de l'individu à un groupe social. Ils influencent notre communication, notre comportement et nos représentations sociales [17].

La culture est le processus par lequel les valeurs, les normes et les aptitudes sont transmises dans le cadre de la famille et de l'entourage. Les valeurs sont des principes qui orientent l'action d'un individu, d'un groupe. Elles sont influencées par les systèmes éthiques, moraux, et religieux qui ont cours dans le groupe auquel l'individu appartient.

Les normes sont les références déterminées par la collectivité ou le groupe [52].

Ainsi, les facteurs socio-culturels sont l'ensemble des facteurs qui permettent à un individu l'apprentissage de valeurs et de normes, via la transmission de cette culture par un groupe social.

3.2. Les représentations sociales et les stéréotypes dépendent des groupes sociaux d'appartenance [20]

Les membres d'un même groupe social vont avoir une perception accrue de ressemblances, ce qui justifie leur appartenance à ce même groupe social. Ces ressemblances vont se poursuivre par l'affirmation d'un consensus concernant les représentations sociales et les stéréotypes que ce groupe social va partager à propos d'un exogroupe. Ce consensus sur les stéréotypes liés aux exogroupes sera alors transmis aux nouveaux arrivants dans le groupe d'appartenance. Cette transmission peut également se faire par l'apprentissage d'une culture à un nouvel arrivant : cet arrivant va recevoir les normes et les valeurs socio-culturelles qui font l'objet d'un consensus dans le groupe d'appartenance, comme on peut le voir lorsqu'une famille accueille et éduque un enfant.

Ainsi, les représentations sociales et les stéréotypes qui vont être partagés par une patiente dépendent des représentations et des stéréotypes qui font l'objet d'un consensus dans ses groupes d'appartenance. L'appartenance à un groupe social est due aux ressemblances que la patiente va avoir avec les autres membres de ce groupe, et dépend donc de facteurs socio-culturels communs avec les autres membres du groupe. Ces facteurs socio-culturels communs sont à l'origine du consensus concernant les croyances du groupe d'appartenance.

3.3. Les facteurs socio-culturels qui vont intervenir dans la représentation de l'homme sage-femme

La représentation que la patiente va avoir de l'homme sage-femme dépend de la représentation et des stéréotypes qu'elle associe au genre masculin et à la profession de sage-femme. Ces représentations peuvent avoir deux origines : les croyances personnelles de la patiente, qui sont dues à sa culture, ou les stéréotypes partagés par un groupe social dont fait partie la patiente [20]. Geneviève Fraisse écrit que « *la différence des sexes, au sens de stéréotype de genre, n'est jamais pensée seule, elle s'associe à d'autres différences : de classe, de race, d'âge...* » (p.55) [3]. Nous allons ici étudier les différents facteurs socio-culturels qui peuvent intervenir dans la représentation et dans le choix d'un homme sage-femme.

3.3.1. L'âge de la patiente

Des patientes d'âges différents vont partager des représentations différentes du genre, ce qui est du notamment à l'évolution des stéréotypes et des préjugés de genre lors de ces dernières années. Comme nous l'avons montré dans la sous-partie précédente, l'homme peut avoir plusieurs représentations sociales : une patiente un peu plus âgée aura tendance à associer l'homme aux stéréotypes du masculin (technique, autoritaire, virile), alors qu'une patiente jeune prendra compte de l'évolution de l'homme sociétal dans sa représentation, et lui accordera donc plus facilement des qualités autrefois propres au féminin [34].

L'âge de la patiente peut également influencer sur sa représentation de la sage-femme : la naissance est plus technique, et les sages-femmes semblent être de plus en plus revendicatrices et reconnues pour leurs compétences. Ainsi, une patiente jeune aura peut être davantage tendance à voir la sage-femme comme un professionnel autonome de première intention, concernant la naissance physiologique, alors qu'une patiente plus âgée verra d'avantage la sage-femme comme un professionnel complémentaire du gynécologue [40, 44].

La représentation directe de l'homme sage-femme peut également varier en fonction de l'âge de la patiente : l'arrivée des hommes dans la profession est récente et encore peu connue de l'ensemble de la patientèle [49], une patiente jeune aura peut être davantage une image « mixte » des sages-femmes, étant donné la politique actuelle de mixité au sein des professions de santé, et l'augmentation constante du nombre d'hommes sages-femmes diplômés [16].

L'âge de la patiente va nous permettre d'étudier les différences générationnelles de perception du masculin, de la profession, et directement de l'homme sage-femme.

3.3.2. L'origine ethnique

De l'origine ethnique va dépendre une partie de l'éducation et de la culture qu'aura reçue la patiente [3]. Cette culture propre à chaque ethnie va définir des stéréotypes de genre, des rôles sociaux spécifiques aux genres, et une représentation de la profession de sage-femme.

La culture occidentale, par les avancées produites par la lutte féministe, va présenter un partage de plus en plus mixte des genres et du travail. D'autres ethnies vont présenter des rôles sociaux et une participation au travail qui seront davantage répartis en fonction du sexe. De même, l'égalité occidentale entre hommes et femmes va être remplacée par une domination masculine dans certaines ethnies : par exemple, l'étude faite par Maurice Godelier au sein des Baruya [53] , montre une domination masculine sur tous les plans, y compris sur la naissance.

A travers l'interview d'un « *maïeuticien d'état* » exerçant au Burkina Faso, on voit que pour certaines patientes, cet homme sage-femme apparaît comme un homme exerçant une profession exclusivement réservée aux femmes, et ces patientes opposent l'image très stéréotypée qu'elles ont du masculin à la représentation locale de la sage-femme, afin de donner des préjugés sur le maïeuticien tels que : un pervers qui « *fouille le sexe des femmes* », un « *mécanicien* », un « *avorteur* », un « *abuseur* », un « *impuissant* », ... [54].

3.3.3. Le niveau socio-culturel

Le niveau socio-culturel va déterminer les connaissances que la patiente aura sur la profession de sage-femme, mais également sa capacité à se détacher des stéréotypes de genre, afin d'avoir sa propre opinion sur le masculin et le féminin [20, 55].

Ainsi, plus le niveau socio-culturel de la patiente va être élevé, plus on peut s'attendre à des connaissances sur les compétences des sages-femmes [6], et à une réflexion sur la grossesse et l'accouchement désirés par la patiente. Cette réflexion peut justifier le choix d'un homme sage-femme, par la volonté d'une présence masculine supplémentaire, ou par la réticence à être suivie par une sage-femme du même sexe [40].

3.3.4. Le niveau socio-économique

La classe sociale à laquelle appartient la patiente peut influencer sur ses stéréotypes et sa représentation de l'homme sage-femme [35]. En effet, la classe sociale de la patiente est un des facteurs qui vont lui permettre d'intégrer des groupes sociaux, dans lesquels elle va retrouver des similarités avec les autres membres, ici une classe sociale équivalente.

Ce qu'une patiente recherche chez un professionnel de santé peut être différent en fonction de sa classe sociale : une patientèle populaire serait davantage à la recherche d'une écoute, d'une empathie et d'un lien social, alors qu'une patientèle plus aisée est à la recherche d'une technicité et d'une sécurité, accordant moins d'importance au lien social avec le professionnel de santé [7, 9].

3.3.5. La situation matrimoniale

La situation matrimoniale de la patiente va, d'une part, déterminer si la représentation qu'elle a de l'homme sage-femme et son choix de suivi sont personnels, ou partagés au sein du couple. D'autre part, une patiente célibataire peut avoir un besoin de présence masculine lors de la grossesse ou de l'accouchement, ce qui pourrait expliquer son choix d'être suivie par un homme [9].

Dans le cas d'une patiente en couple ou mariée, le choix et la représentation de l'homme sage-femme peut venir d'un consensus au sein du couple, ou d'une initiative du compagnon de la patiente, qui peut avoir besoin du soutien d'un professionnel de même sexe, dans une situation qui est historiquement féminine, où la place du compagnon est parfois dure à trouver.

3.3.6. Le genre de la patiente

Le genre de la patiente, c'est-à-dire son degré de féminité et de masculinité peut avoir une incidence sur sa représentation du masculin et du féminin.

Jean-Marie Seca écrit que l'identité sociale est à la fois collective et personnelle : la première forme renvoie à un « *agrégat d'individualités relativement indifférenciées les unes des autres* », la seconde désigne une « *collection d'individualités ayant chacune leur propre spécificité* ». Les hommes formeraient plus souvent une « collection », alors que les femmes se réfèreraient à la forme « agrégat », de par l'expression de leur féminité. Ceci entraîne des conséquences particulières dans les relations et dans les représentations des deux groupes sexués : les hommes auraient tendance à ne pas se préoccuper de l'autre groupe, alors que les femmes s'intéresseraient d'avantage au groupe masculin. En effet, l'identité féminine résulterait des interactions entre membres de l'intragroupe, tout autant que de communications avec des acteurs masculins : ce qui a pour conséquence une « *bipolarité des jugements sociaux féminins* ». Plus la patiente

va être féminine, plus elle sera sensible aux membres de l'autre groupe sexué, c'est à dire aux hommes, et partagera des stéréotypes à leur égard et à l'égard de « rôles bien distingués en fonction du sexe » [33].

De plus, suite à l'étude de Seca [33], on peut supposer que la pudeur et l'intimité que la patiente va éprouver face à un praticien homme, vont varier en fonction de l'expression de sa féminité.

3.3.7. La sexualité de la patiente

Selon Nietzsche « *dans un être humain, le degré et la nature de la sexualité se répercutent jusque dans les plus hautes régions de l'esprit* »[56]. Ainsi, on peut émettre l'hypothèse que la sexualité de la patiente va avoir une répercussion sur ses représentations et sur les stéréotypes qu'elle associe au genre.

En effet, on peut considérer qu'une patiente homosexuelle n'aura pas la même représentation du masculin qu'une patiente hétérosexuelle, et que du fait d'une répartition des tâches entre deux individus d'un même sexe au sein de son couple, les « tâches sexuées » n'auront pas la même valeur à ses yeux.

3.3.8. La religion de la patiente

Tout comme l'origine ethnique, les religions vont véhiculer une certaine culture, des normes et des valeurs associées à la répartition sexuée des tâches [35]. Les différentes religions peuvent transmettre des stéréotypes quant au masculin, et à un homme pratiquant une profession féminine. De plus, le degré d'intimité et de pudeur va varier en fonction de la pratique d'une religion, et peut donc entraîner une certaine gêne dans le cas où la patiente est suivie par un homme sage-femme [54].

3.3.9. Les loisirs

A travers ses loisirs et ses centres d'intérêt, une femme va rentrer dans des groupes sociaux, où elle va rencontrer d'autres membres de ces mêmes groupes avec lesquels elle va partager des opinions et des préjugés pour arriver à des représentations et à des stéréotypes qui vont faire l'état de consensus dans ces groupes sociaux. Des stéréotypes et des représentations sur le genre peuvent donc naître de ces groupes

sociaux, il convient donc d'étudier les différents groupes sociaux auxquels peut appartenir la patiente de par ses loisirs et ses centres d'intérêt.

Par exemple, on voit que les sportifs vont éprouver des sentiments et des représentations différentes des deux corps sexués, en fonction de la discipline qu'ils pratiquent [57].

3.4. Les facteurs personnels

D'autres facteurs pouvant avoir une influence sur la représentation viennent s'ajouter aux facteurs socio-culturels.

En effet, nous avons vu que la représentation sociale de l'homme sage-femme se construit à partir de la représentation sociale de l'homme, du genre masculin et de la sage-femme. Or certains facteurs personnels vont avoir une influence sur la représentation initiale d'une de ces composantes et vont permettre une évolution des représentations. Pierre Bourdieu décrit l'habitus comme le fait de se socialiser dans un peuple : il permet à un individu de se mouvoir dans un monde social, de l'interpréter d'une manière qui d'une part lui est propre et qui d'autre part est commune aux membres des catégories sociales auxquelles il appartient [58]. Cette première composante se réfère aux expériences vécues par la personne, à ses facteurs personnels.

Comme facteurs personnels, on va retrouver des facteurs physiques et des facteurs psychologiques, tels que le vécu d'une expérience précédente avec le groupe social concerné [3, 17] .

La question d'une précédente rencontre avec un homme sage-femme sera donc posée aux patientes interrogées, de même que l'influence de cette éventuelle première rencontre sur le choix actuel de la patiente [10, 12]. De plus, la question de la gestité sera également posée, afin de savoir quel professionnel de la naissance a suivi la ou les éventuelle(s) grossesse(s) précédente(s) et l'influence sur le choix actuel de la patiente [11].

Nous avons vu dans cette première partie que la question du genre comme critère de choix pour les patientes suivies par des hommes sages-femmes va trouver une réponse très subjective : l'image de l'homme sage-femme va dépendre des représentations sociales et de l'appartenance à des groupes sociaux de la patiente. Ainsi nous avons formulé deux hypothèses de recherche. La première est que le choix d'une patiente d'être suivie par un homme sage-femme, va dépendre de sa représentation sociale de l'homme, de la sage-femme et de l'homme sage-femme. La seconde est que ce choix va être influencé par des facteurs socio-culturels propres à la patiente, étant donné que ses représentations sociales vont dépendre de ces facteurs socio-culturels.

Dans la partie suivante, nous allons donc interroger une population de patientes suivies par des hommes sages-femmes libéraux afin d'identifier des représentations sociales et des facteurs socio-culturels communs à cette population de patientes.

Partie 2

4. MÉTHODOLOGIE ET CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉTUDE

Dans cette deuxième partie, nous allons expliquer et justifier la méthodologie utilisée. Nous développerons les problématiques et les hypothèses mises en jeu, le type d'étude, la population cible et l'enquête menée.

Ensuite, nous présenterons l'approche analytique de l'étude.

4.1. Problématique et hypothèses

4.1.1. Objectifs de l'étude

L'objectif principal est d'identifier la représentation sociale de l'homme sage-femme dans une population de patientes suivies par des hommes sages-femmes libéraux.

L'objectif secondaire est d'identifier des facteurs personnels et socio-culturels communs aux patientes suivies par des hommes sages-femmes libéraux.

4.1.2. Les hypothèses testées

Les hypothèses que nous souhaitons tester sont les suivantes :

- ✓ Le choix d'une patiente d'être suivie par un homme sage-femme est en lien avec ses préférences de genre et avec la représentation sociale qu'elle a de l'homme sage-femme
- ✓ La représentation sociale de l'homme sage-femme est composée des stéréotypes et des préjugés associés au masculin et à la sage-femme
- ✓ La préférence pour un homme sage-femme est en lien avec certains facteurs personnels et socio-culturels propres à la patiente.

4.2. Méthodologie

4.2.1. Type d'étude

Nous avons choisi d'effectuer une étude descriptive observationnelle transversale auprès de la population cible qui est décrite dans la partie suivante.

4.2.2. Population ciblée

4.2.2.1. Critères d'inclusion

La population source représente les patientes suivies par des hommes sages-femmes libéraux. L'intérêt de choisir une population de patientes suivies par des sages-femmes libéraux est d'avoir une population qui a choisi d'être suivie par un homme sage-femme, alors qu'une étude auprès de toutes patientes suivies par des hommes sages-femmes (hospitaliers et libéraux) aurait représenté un biais de sélection, car dans le cas de l'hospitalier, le professionnel qui suit la patiente peut être imposé et non choisi par la patiente.

Dans ces patientes, nous sommes donc amenés à trouver des patientes ayant choisi un homme sage-femme par préférence pour un praticien homme, des patientes sans préférence de genre, et des patientes préférant être suivies par une femme, mais ayant quand même fait le choix d'être suivies par un homme (pour des raisons de proximité, d'un acte spécial réalisé...).

Cette population source comprend toute patiente suivie pour un acte ponctuel (rééducation périnéale, PNP, surveillance à domicile) ou pour un suivi (de grossesse, gynécologique, global).

4.2.2.2. Critères d'exclusion

Les patientes qui consultent uniquement pour leur nouveau-né sont exclues de l'étude.

4.2.2.3. Unité

L'unité est un individu, soit une patiente rentrant dans les critères d'inclusion de l'étude .

4.2.2.4. Echantillon

Afin de pouvoir extrapoler les résultats obtenus, avec un intervalle de confiance de 0,95 et une marge d'erreur de 0,05, il est nécessaire d'interroger 73 patientes selon la formule :

$$n = \frac{t^2 \times p(1-p)}{e^2}$$

Ce nombre est calculé à partir d'une moyenne de la proportion du critère de jugement principal (les patientes qui préfèrent être suivies par un homme en tant que sage-femme) dans les différentes études connues, cette moyenne étant de 4 % [10, 11, 12].

En prévoyant que certaines patientes ne souhaitent pas répondre à ce questionnaire et que certains sage-femmes libéraux ne renvoient pas les questionnaires, nous avons préféré une base de 100 questionnaires, qui ont été répartis entre 10 hommes sage-femmes libéraux, soit 10 patientes par sage-femme à interroger.

4.2.2.5. Modalités de recrutement

Nous avons utilisé les coordonnées disponibles sur le site du CNOSF afin de contacter les hommes sages-femmes libéraux français pour les informer de l'étude. Parmi ceux m'ayant répondu être favorables pour distribuer le questionnaire à leurs patientes, dix ont été sélectionnés grâce à un tirage au sort Excel. Dix questionnaires ont donc été envoyés à chacun de ces dix hommes sages-femmes, afin qu'ils les distribuent à dix de leurs patientes.

4.2.3. Choix de l'outil de recueil

L'objectif de ce mémoire est d'étudier les représentations sociales que les patientes associent aux hommes sages-femmes qui les suivent. Ces représentations sociales sont composées de plusieurs stéréotypes et préjugés attribués au genre et à la profession de sage-femme.

Une première possibilité aurait été de faire des entretiens individuels, mais souhaitant avoir le maximum de réponses de patientes suivies par des hommes sages-femmes différents, la faisabilité des nombreux entretiens nécessaires est limitée : les hommes sages-femmes libéraux sont en faible nombre et ils sont éparpillés sur le

territoire français . Les entretiens auraient été choisis si ce mémoire avait pour but d'étudier la représentation de l'homme sage-femme auprès d'un faible nombre de patientes, et ils nous auraient ainsi permis d'étudier la question d'une manière plus spécifique.

Nous avons choisi d'utiliser un questionnaire pour interroger la population cible, afin de répondre au mieux aux différents axes du questionnement, et d'interroger le plus grand nombre de patientes possible. Le fait d'utiliser des questionnaires comme outils de recueil nous permet une analyse plus aisée des données recueillies, et nous permet d'étudier la question de la représentation de l'homme sage-femme d'une manière plus globale, auprès d'un effectif de patientes plus important.

4.2.4. Description de l'enquête menée

Un questionnaire a été envoyé à des hommes sages-femmes libéraux afin qu'ils distribuent ce questionnaire à leurs patientes [annexe 3]. Les hommes sages-femmes souhaitant participer à l'enquête ont été contacté au préalable, puis dix d'entre eux ont été sélectionnés par tirage au sort Excel. Chacun de ces dix hommes sages-femmes a reçu dix questionnaires à distribuer à ses patientes.

Le questionnaire a été envoyé le 02 Octobre 2012 et a été suivi de plusieurs relances téléphoniques effectuées entre le 02 et le 15 Novembre 2012.

Le questionnaire comporte 53 questions, dont 49 questions fermées et 4 questions ouvertes. Nous avons choisi d'utiliser majoritairement des questions fermées à choix multiples car elles permettent un vaste choix de réponses et leur analyse est généralement plus aisée que celle des questions ouvertes. Les questions ouvertes utilisées concernent l'âge, la parité et l'opinion sur la pratique des hommes sages-femmes. Les questions ouvertes demandent un temps de réponse et une formulation plus importants, c'est pourquoi leur nombre a été réduit au minimum.

Le questionnaire comporte plusieurs axes du questionnement, organisés selon cet ordre :

- ♣ Quels facteurs propres à la patiente vont influencer sur son image de l'homme sage-femme ?

- ♣ Le genre intervient-il réellement dans le choix du suivi par un homme sage-femme ?
- ♣ Quelles sont les qualités socialement rattachées au masculin/au féminin, et plus particulièrement dans la division sexuée de la naissance ?
- ♣ Quelles sont les qualités socialement rattachées à la sage-femme ?
- ♣ Quelle est la représentation sociale de l'homme sage-femme auprès de ses patientes? Cette représentation reprend-t-elle bien celles du genre et de la sage-femme ?

Ce questionnaire est anonyme et a été testé sur cinq patientes suivies par un homme sage-femme libéral avant d'être envoyé. Ce test a permis de s'assurer de la bonne compréhension du questionnaire, et a entraîné quelques corrections de syntaxe.

4.3. Analyse statistique

L'analyse statistique consiste à décrire les réponses aux questionnaires sous la forme de pourcentages simples ou proportions pour les valeurs qualitatives et de moyennes pour les valeurs quantitatives. Les questions sont traitées de manière à faire des regroupements de type réponses permettant ainsi de les analyser de manière qualitative. Pour le traitement des données, nous utilisons le logiciel EPI DATA.

Afin d'étudier les critères genrés associés à la profession de sage-femme et à l'homme sage-femme, nous avons proposé aux patientes de choisir cinq critères parmi une liste de critères masculins, féminins et neutres issus de la B.S.R.I. [annexe 2]. Les critères sélectionnés ont permis d'associer la profession de sage-femme et l'homme sage-femme à un genre, et ainsi nous avons pu réaliser des pourcentages et proportions pour ces questions.

5. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Dans cette partie, nous allons présenter les données recueillies par les questionnaires distribués et traitées par le logiciel Epidata. L'échantillon est présenté en *Annexe 4*. Nous avons mis en évidence trois populations différentes dans l'échantillon : les patientes qui ont une préférence pour une femme sage-femme, les patientes qui ont une préférence pour un homme sage-femme et les patientes sans préférence de genre.

Dans un premier temps, pour chaque axe du questionnement, nous présenterons les réponses de l'ensemble de l'échantillon. Dans un second temps, nous présenterons les réponses au questionnaire en lien avec la préférence pour un genre de sage-femme.

5.1. Choix de la sage-femme

5.1.1. Préférences de genre

Dans les 76 patientes interrogées, 61,8 % indiquent n'avoir pas de préférence quant au sexe de la sage-femme qui les suit (n=47), 35,5 % indiquent préférer un sage-femme homme (n=27), et 2,6 % indiquent préférer une sage-femme femme (n=2).

Concernant les autres professionnels de santé qu'elles sont amenées à rencontrer, les résultats sont variables en fonction de la spécialité, comme nous pouvons le voir sur le graphique ci-dessous.

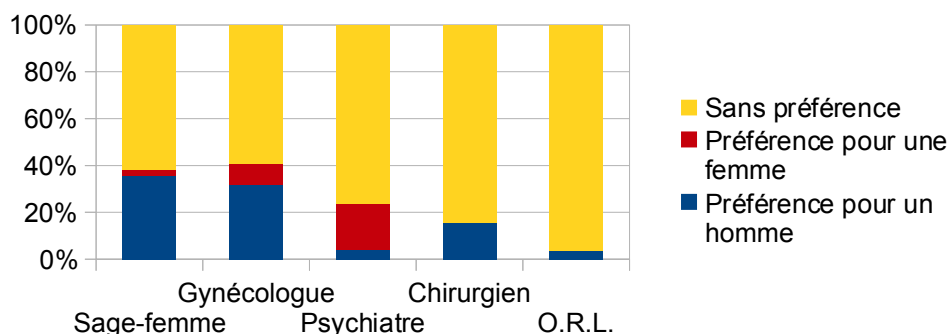


Figure 1 : Préférences de genre, par spécialités, pour l'ensemble de l'échantillon

Concernant les patientes qui préfèrent un homme sage-femme, on voit que le pourcentage de préférence des hommes dans les autres spécialités augmente, mis à part pour la psychiatrie.

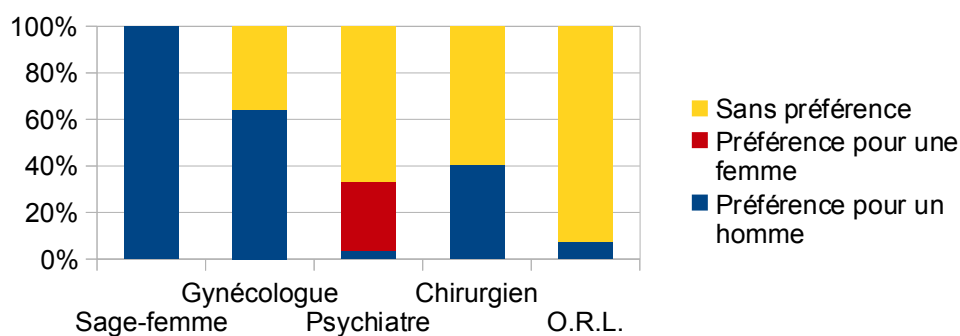


Figure 2 : Préférences de genre, par spécialités, pour les patientes qui préfèrent un homme sage-femme

5.1.2. Autres critères de choix

Parmi les raisons évoquées par les patientes (n=76) quant à leur choix d'être suivie par un homme sage-femme, on retrouve :

- ⤴ La disponibilité du praticien : 69,7 %
- ⤴ Recommandation par l'entourage ou par un autre praticien : 69,7 %
- ⤴ La proximité géographique du praticien : 68,4%
- ⤴ La préférence pour un praticien homme : 36,8 %
- ⤴ Praticien déjà connu : 31,6 %
- ⤴ Acte spécifique pratiqué par cette sage-femme : 10,5 % (Sophrologie : 1,3 % ; Haptonomie : 5,2 % ; Suivi global : 4 %)
- ⤴ Premier nom sur une liste donnée : 1,3 %
- ⤴ Manque de disponibilité de l'hôpital local pour les consultations prénatales et les échographies : 1,3 %

Cependant, quand on étudie ces critères de choix chez les patientes préférant un homme sage-femme (n= 27), chez les patientes préférant une femme sage-femme (n=2) et chez les patientes sans préférence de genre (n=47), on obtient des variations de fréquences :

Tableau II : Critères de choix en fonction de la préférence pour un genre de sage-femme

Critères de choix	Préférence pour une sage-femme femme	Préférence pour une sage-femme homme	Sans préférence
Recommandation	50,00%	55,60%	78,70%
Proximité	100,00%	66,70%	68,10%
Disponibilité	50,00%	77,80%	66,00%
Praticien déjà connu	50,00%	40,70%	25,50%
Préférence pour un homme	0,00%	100,00%	2,10%
Acte spécifique : Haptonomie	0,00%	0,00%	5,20%
Acte spécifique : Suivi global	0,00%	11,30%	0,00%
Acte spécifique : Sophrologie	50,00%	0,00%	0,00%
1er nom d'une liste donnée	0,00%	0,00%	2,10%
Manque de disponibilité de l'hôpital local	50,00%	0,00%	0,00%

5.2. Représentation sociale de l'homme sage-femme

5.2.1. Représentation sociale de la sage-femme

Connaissances sur la profession et les compétences des sages-femmes

Sur l'ensemble des patientes interrogées (n=76), 10,5 % des patientes ont répondu être tout à fait au courant de la profession et des compétences des sages-femmes, 59,2% pensent être plutôt au courant de cette profession et de ces compétences, 23,7% pensent être plutôt peu au courant, et 6,6% pensent ne pas être au courant de cette profession et de ces compétences.

Les patientes préférant une sage-femme femme pensent être peu au courant de la profession de sage-femme et de ses compétences. Concernant les patientes préférant un sage-femme homme, 11,1% pensent être tout à fait au courant de la profession et de ces compétences, 63% pensent être plutôt au courant, 22,2% pensent être plutôt peu au courant, et 3,7% ne pensent pas être au courant. Concernant les patientes sans

préférence de genre, 10,6% pensent être tout à fait au courant, 59,6% pensent être plutôt au courant, 21,3% pensent être peu au courant, 8,5% pensent n'être pas au courant.

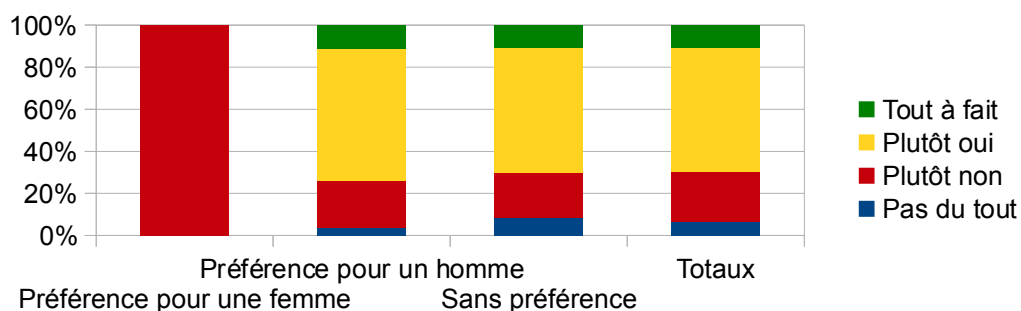


Figure 3 : Connaissances sur la profession et les compétences des sages-femmes, en fonction de la préférence de genre de la sage-femme, et dans l'ensemble de l'échantillon

Qualités rattachées à la profession de sage-femme

Concernant les qualités rattachées à la profession de sage-femme, 100 % des patientes l'associent à des qualités techniques, et 98,7% des patientes l'associent à des qualités humaines. 1,3% des patientes n'associent pas la profession de sage-femme à des qualités humaines.

Critères genrés associés à la profession de sage-femme

48,7 % des patientes associent la profession de sage-femme à des critères neutres, 30,3% des patientes l'associent à des critères davantage féminins et 21,1% des patientes l'associe à des critères d'avantage masculins. ²

Concernant les patientes préférant une femme sage-femme, 50% l'associent à des critères féminins et 50% l'associent à des critères neutres. Concernant les patientes préférant un homme sage-femme, 29,6% l'associent à des critères féminins, 22,2% l'associent à des critères davantage masculins, et 48,1% l'associent à des critères neutres. Concernant les patientes sans préférence de genre, 29,8% l'associent à des critères d'avantage féminins, 21,3% l'associent à des critères d'avantage masculins et 48,9% l'associent à des critères neutres.

² Les critères genrés masculins et féminins sont repris de la BSRI présentée en *Annexe 2*.

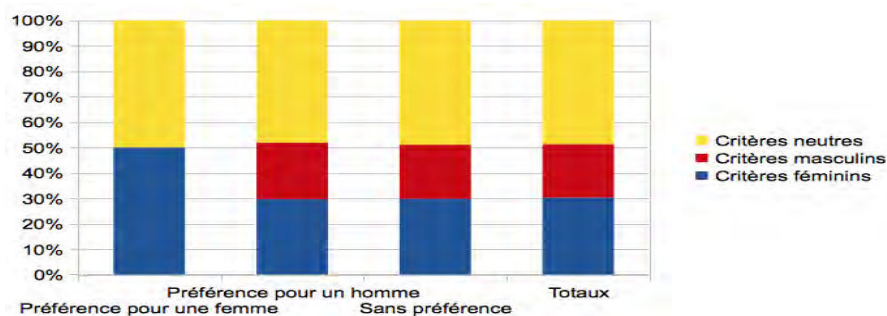


Figure 4 : Association de critères genrés à la profession de sage-femme, en fonction de la préférence pour un genre de sage-femme, et dans l'ensemble de l'échantillon

5.2.2. Rôle du masculin dans la naissance

Sur l'ensemble de l'échantillon (n=74), pour 86,3% des patientes le rôle du masculin dans la naissance représente la place du père et pour 56,8% le rôle du masculin représente l'accoucheur.

Pour les patientes préférant une femme sage-femme (n=2), 50% pensent que le rôle masculin représente la place du père et 0% pensent que le rôle du masculin représente la place de l'accoucheur. Pour les patientes préférant un homme sage-femme (n=27), 77,8% pensent que le rôle masculin dans la naissance représente la place du père et 81,5% pensent que ce rôle représente la place de l'accoucheur. Pour les patientes sans préférence de genre (n=45), 93,2% pensent que le rôle du masculin dans la naissance représente la place du père, et 44,4% pensent que ce rôle représente la place de l'accoucheur.

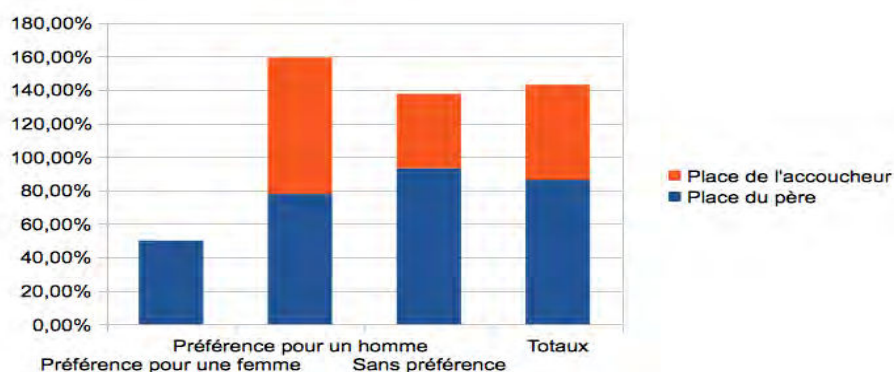


Figure 5 : Place du masculin dans la naissance, en fonction de la préférence pour un genre de sage-femme, et dans l'ensemble de l'échantillon

5.2.3. Image de l'homme sage-femme

Sur l'ensemble de l'échantillon (n=75), 69,3% des patientes voient l'homme sage-femme comme une sage-femme comme les autres, 2,7% des patientes le voient comme un homme pratiquant une profession réservée aux femmes, et 28% le voient comme une sage-femme possédant des traits de caractère masculins.

Concernant les patientes préférant une femme sage-femme (n=2), 50% voient l'homme sage-femme comme une sage-femme comme les autres et 50% le voient comme un homme pratiquant une profession réservée aux femmes. Concernant les patientes préférant un homme sage-femme (n=27), 55,6% le voient comme une sage-femme comme les autres et 44,4% le voient comme une sage-femme avec des traits de caractère masculins. Concernant les patientes sans préférence de genre (n=46), 78,3% voient l'homme sage-femme comme une sage-femme comme les autres, 2,2% le voient comme un homme pratiquant une profession réservée aux femmes, et 19,6% le voient comme une sage-femme avec des traits de caractère masculins.

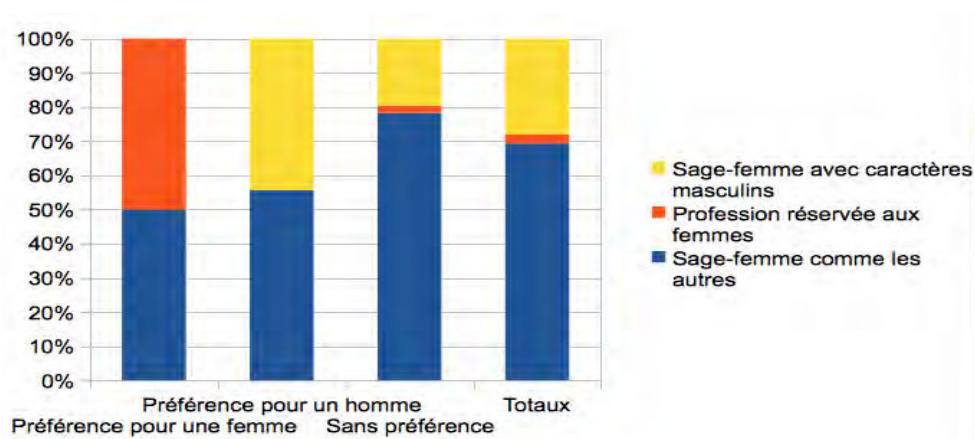


Figure 6 : Image de l'homme sage-femme, en fonction de la préférence pour un genre de sage-femme, et dans l'ensemble de l'échantillon

5.2.4. Genre de l'homme sage-femme

Dans l'ensemble de l'échantillon, 9,2% des patientes associent l'homme sage-femme à des critères d'avantage féminins, 48,7% l'associent à des critères d'avantage masculins et 42,1% l'associent à des critères neutres.

Pour les patientes préférant une femme sage-femme, 100% associent l'homme sage-femme à des critères neutres. Pour les patientes préférant un homme sage-femme, 7,4% l'associent à des critères d'avantage féminins, 77,8% l'associent à des critères

d'avantage masculins et 14,8% l'associent à des critères neutres. Pour les patientes sans préférence de genre, 10,6% l'associent à des critères féminins, 34% l'associent à des critères masculins et 55,3% l'associent à des critères neutres.

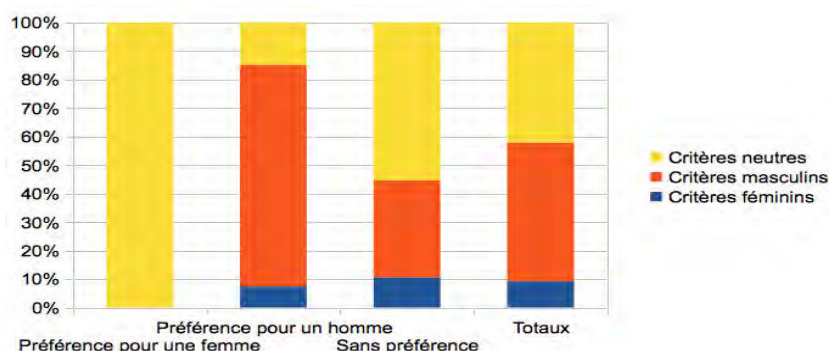


Figure 7 : Critères genrés associés à l'homme sage-femme, en fonction de la préférence pour un genre de sage-femme, et dans l'ensemble de l'échantillon

Dans l'ensemble de l'échantillon (n=75), 65,3% des patientes pensent que l'homme sage-femme doit présenter des traits de caractère féminins pour exercer sa profession. Pour 50 % des patientes préférant une femme sage-femme (n=2), pour 66,7% des patientes préférant un homme sage-femme(n=27) et pour 65,2% des patientes sans préférence de genre(n=26), l'homme sage-femme doit également présenter des traits de caractère féminins pour exercer sa profession.

Dans l'ensemble de l'échantillon (n=73), 32,9% des patientes pensent que l'homme sage-femme met en réserve sa masculinité lors de son exercice. 0% des patientes préférant une femme sage-femme (n=2), 40% des patientes préférant un homme sage-femme(n=25) et 30,4% des patientes sans préférence de genre (n=46) pensent que l'homme sage-femme met en réserve sa masculinité lors de son exercice.

5.2.5. Pratique de l'homme sage-femme

Dans l'ensemble de l'échantillon, 36,8% des patientes pensent que l'homme sage-femme a une pratique différente de la femme sage-femme. 0% des patientes préférant une femme sage-femme, 63% des patientes préférant un homme sage-femme et 23,4% des patientes sans préférence de genre pensent que l'homme sage-femme a une pratique

différente de la femme sage-femme. Les raisons évoquées par les patientes pour justifier cette différence de pratique sont :

- ⤴ Qualités associées au fait que l'homme sage-femme n'a jamais connu personnellement de grossesse, de maternité ou d'examen gynécologique (plus attentif, plus doux, plus respectueux, juge moins ses patientes) : 21%
- ⤴ Une approche et une vision différentes de la féminité : 2,6%
- ⤴ L'homme sage-femme est plus proche du compagnon : 1,3%

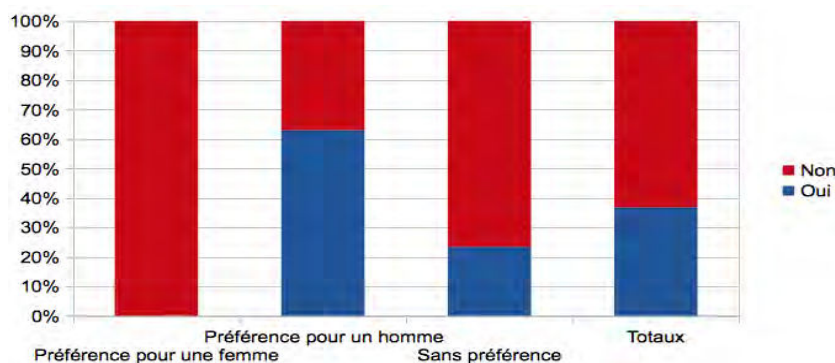


Figure 8 : Perception d'une différence dans la pratique de l'homme sage-femme, en fonction de la préférence pour un genre de sage-femme, et dans l'ensemble de l'échantillon

Dans l'ensemble de l'échantillon (n=74), 73% des patientes considèrent les gestes de l'homme sage-femme comme professionnels, 1,4% les considèrent comme masculins, 24,3% les considèrent comme professionnels et masculins, et 1,4% les considèrent comme professionnels et féminins.

Pour les patientes préférant une femme sage-femme(n=2), 50% les considèrent comme professionnels et 50% les considèrent comme masculins. Pour les patientes préférant un homme sage-femme(n=27), 55,6% les considèrent comme professionnels, 40,7% les considèrent comme professionnels et masculins et 3,7% les considèrent comme professionnels et féminins. Pour les patientes sans préférence de genre (n=45), 84,4% les considèrent comme professionnels et 15,6% les considèrent comme professionnels et masculins.

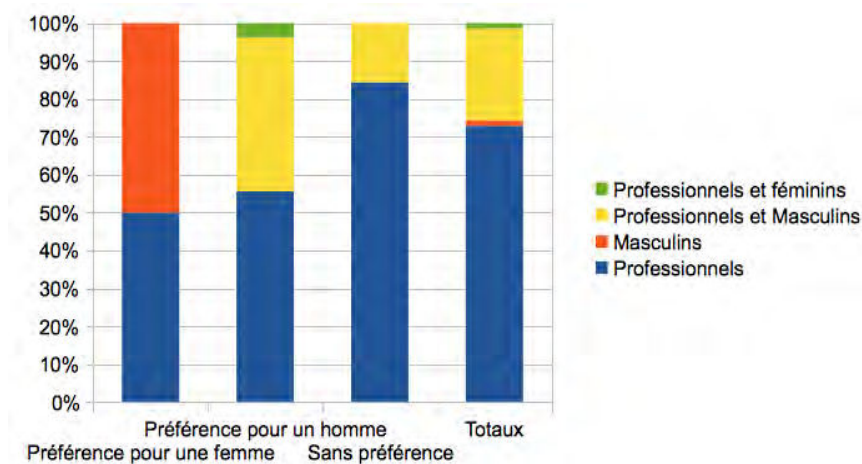


Figure 9 : Perception des gestes de l'homme sage-femme, en fonction de la préférence pour un genre de sage-femme, et dans l'ensemble de l'échantillon

Dans l'ensemble de l'échantillon (n=74), 91,9% des patientes pensent que l'homme sage-femme n'est pas plus hésitant quand il doit réaliser un geste intime.

5.2.6. Ressenti de la patiente

Dans l'ensemble de l'échantillon (n=62), 4,8% des patientes accordent davantage de confiance à un homme sage-femme sur le plan technique, 8,1% lui accordent d'avantage de confiance sur le plan relationnel, et 87,1% lui accordent une confiance égale sur ces deux plans.

Pour les patientes préférant un homme sage-femme (n=24), 12,5% lui accordent davantage de confiance sur le plan relationnel et 87,5% lui accordent une confiance égale sur les plans technique et relationnel. Pour les patientes sans préférence de genre (n=38), 7,9% lui accordent davantage de confiance sur le plan technique, 5,3% lui accordent davantage de confiance sur le plan relationnel et 86,8% lui accordent une confiance égale sur ces deux plans. Les patientes préférant une femme sage-femme n'ont pas répondu à cette question.

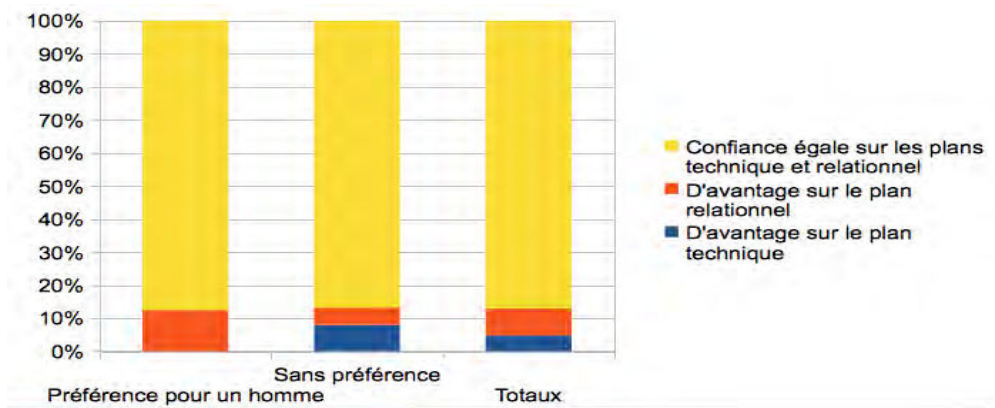


Figure 10 : Confiance sur les plans technique et relationnel, en fonction de la préférence pour un genre de sage-femme, et dans l'ensemble de l'échantillon

Dans l'ensemble de l'échantillon (n=67), 76,2% des patientes ont indiqué se sentir plus à l'aise pour se confier auprès d'un homme sage-femme. 100% des patientes préférant une femme sage-femme (n=2) considèrent qu'elles ne sont pas plus à l'aise pour se confier auprès d'un homme sage-femme. 84,6% des patientes préférant un homme sage-femme (n=26) et 74,3% des patientes sans préférence de genre (n=39) considèrent qu'elles sont plus à l'aise pour se confier auprès d'un homme sage-femme.

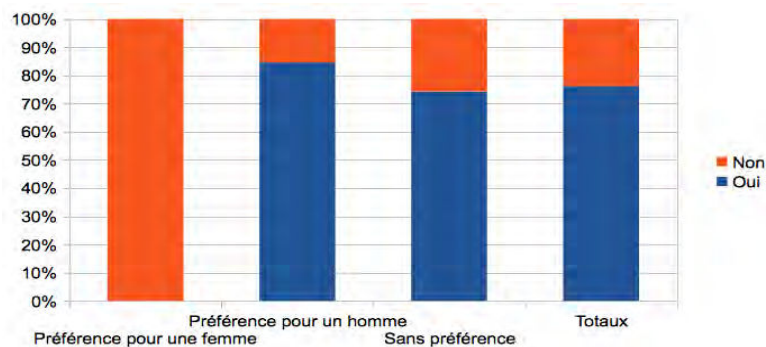


Figure 11 : Plus grande aisance pour se confier auprès d'un homme sage-femme, en fonction de la préférence pour un genre de sage-femme, et dans l'ensemble de l'échantillon

Dans l'ensemble de l'échantillon (n=75), 64% des patientes ne ressentent pas plus de pudeur quand elles sont face à un homme sage-femme. 100% des patientes préférant une femme sage-femme (n=2) ressentent davantage de pudeur quand elles sont face à un homme sage-femme. 73,1% des patientes préférant un homme sage-femme (n=26) et 61,7% des patientes sans préférence de genre (n=47) ne ressentent pas plus de pudeur quand elles sont face à un homme sage-femme.

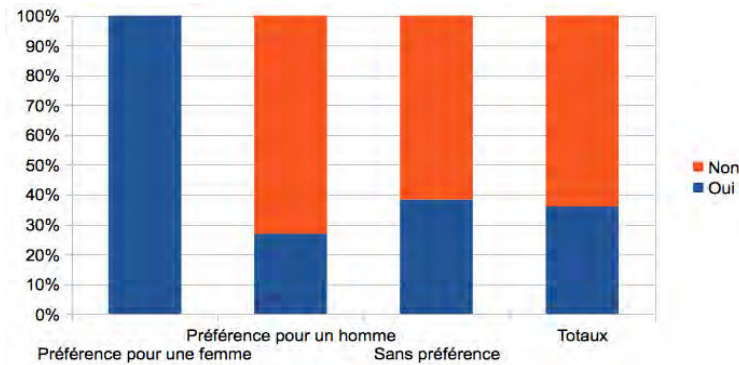


Figure 12 : Augmentation de la pudeur lors d'un examen par un homme sage-femme, en fonction de la préférence pour un genre de sage-femme, et pour l'ensemble de l'échantillon

5.2.7. Présence et soutien du compagnon

Sur l'ensemble de l'échantillon (n=67), 53,7% des patientes pensent que le fait qu'elles soient suivies par un homme sage-femme favorise la présence de leur compagnon aux consultations. On retrouve cet avis pour 84% des patientes préférant un homme sage-femme (n=25) et pour 37,5% des patientes sans préférence de genre (n=40). 100% des patientes préférant une femme sage-femme (n=2) pensent que le fait qu'elles soient suivies par un homme sage-femme ne favorise pas la présence de leur compagnon.

79,2 % des patientes vivant en couple, mariées ou pacsées (n=72), indiquent que leur compagnon les soutient dans leur choix d'être suivies par un homme sage-femme. 20,8 % d'entre elles indiquent n'avoir pas consulté l'avis de leur compagnon quant à cette question.

5.3. Facteurs personnels et socio-culturels, au regard de la préférence de genre

Les facteurs personnels et socio-culturels de l'ensemble de l'échantillon sont décrits en *Annexe 4*.

5.3.1. Actes effectués

La majorité des patientes interrogées indiquent avoir consulté un homme sage-femme pour de la rééducation périnéale (73,7%). On constate que cette fréquence varie peu en fonction de la préférence pour un genre de sage-femme.

En revanche, on constate que les patientes préférant un homme sage-femme (n=27) consultent d'avantage pour un suivi de grossesse (59,3%), un suivi gynécologique (44,4%), de la PNP (55,60%), un suivi du post-partum (44,4%) et des échographies (37%) que les patientes sans préférence de genre (n=47).

Les patientes préférant un homme sage-femme consultent également d'avantage dans le cadre d'un suivi global (48,1%) que les patientes sans préférence de genre (13%).

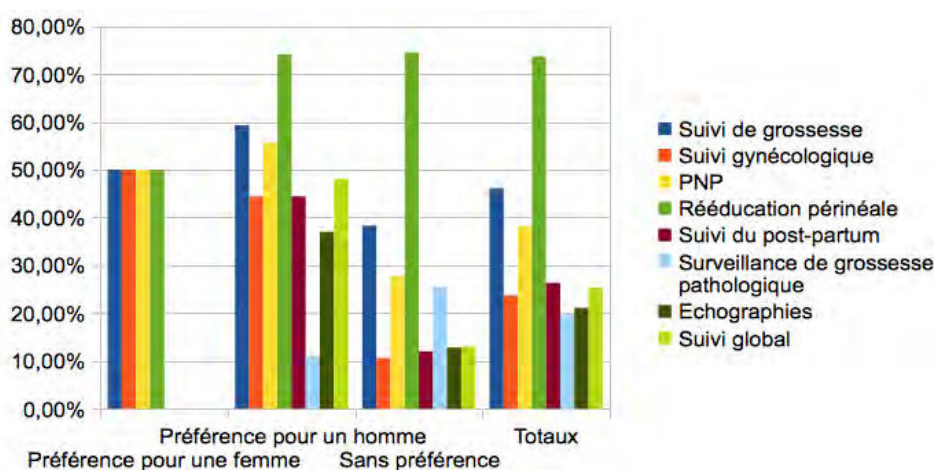


Figure 13 : Actes pour lesquels les patientes consultent un homme sage-femme, en fonction de la préférence pour un genre de sage-femme, et dans l'ensemble de l'échantillon

5.3.2. Age

L'âge moyen des patientes préférant une femme sage-femme (n=2) est de 31 ans, l'âge moyen des patientes préférant un homme sage-femme (n=26) est de 27 ans et l'âge moyen des patientes sans préférence de genre (n=47) est de 32 ans.

5.3.3. Origine Ethnique

Les patientes préférant une femme sage-femme ont des origines ethniques d'Europe de l'ouest (n=2) et d'Afrique du nord (n=1). Les patientes préférant un homme sage-femme ont majoritairement des origines ethniques d'Europe de l'ouest (85,2%),

mais présentent des origines ethniques d'Amérique centrale (3,7%), d'Europe du nord (11,1%), d'Europe de l'est (11,1%) et d'Europe du sud (11,1%) plus fréquentes que les patientes sans préférence de genre.

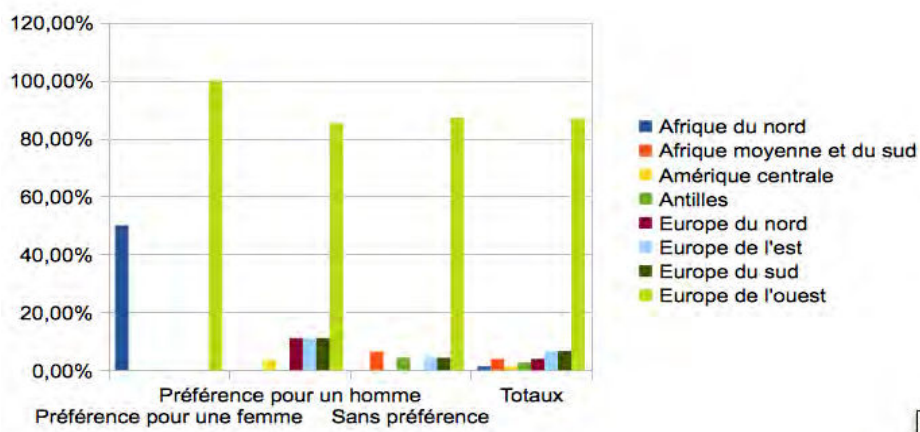


Figure 14 : Origines ethniques des patientes, en fonction de leur préférence pour un genre de sage-femme, et dans l'ensemble de l'échantillon

5.3.4. Situation matrimoniale

Les patientes préférant une femme sage-femme (n=2) sont en couple. Les patientes préférant un homme sage-femme (n=27) sont davantage en couple (37%) que les patientes sans préférence de genre (n=47) (29,8%). Les fréquences de patientes mariées ou pacsées et célibataires varient peu en fonction de la préférence pour un genre de sage-femme. On retrouve uniquement des familles recomposées (4,3%) et des femmes divorcées (1,3%) chez les patientes sans préférence de genre.

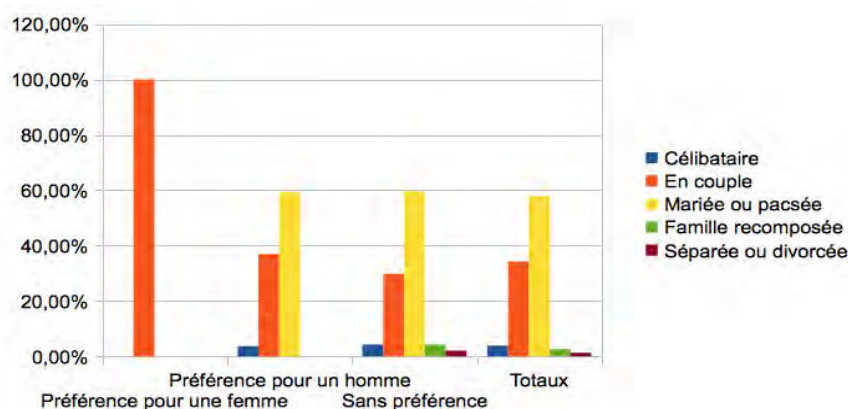


Figure 15 : Situation matrimoniale des patientes, en fonction de leur préférence pour un genre de sage-femme, et dans l'ensemble de l'échantillon

5.3.5. Catégorie socio-professionnelle

Les patientes préférant une femme sage-femme (n=2) sont des employées. On retrouve davantage de cadres et professions intellectuelles supérieures (37%), et d'artisans, commerçantes et chefs d'entreprise (7,4%) chez les patientes préférant un homme sage-femme (n=27) que chez les patientes sans préférence de genre (n=47) : respectivement 21,3% et 4,3%. On retrouve chez ses dernières davantage de professions intermédiaires (10,6%) et d'employées (53,2%) que chez les patientes préférant un homme sage-femme : respectivement 7,4% et 40,7%.

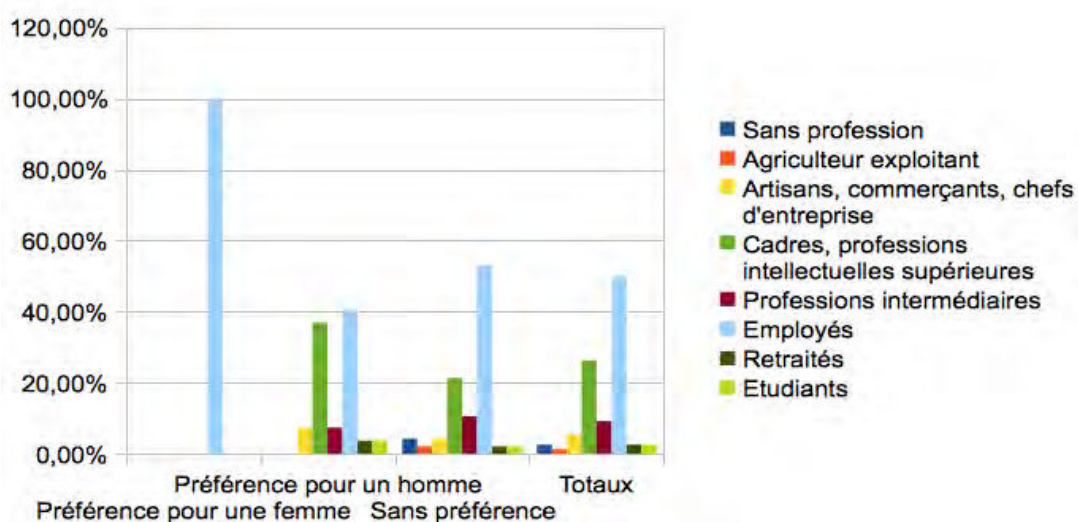


Figure 16 : Catégorie socio-professionnelle, en fonction de la préférence pour un genre de sage-femme, et dans l'ensemble de l'échantillon

5.3.6. Niveau d'études

Les patientes préférant une femme sage-femme (n=2) ont un baccalauréat professionnel (n=1) ou un master (n=1). Les patientes préférant un homme sage-femme (n=47) ont davantage de BTS (25,9%), de licence (40,7%) et de doctorat (11,1%) que les patientes sans préférence de genre (n=47) : respectivement 17%, 31,9% et 2,1%. Ces dernières ont davantage de master (14,9%), de baccalauréat professionnel (12,8%), de BEP (8,5%) et d'absence de diplôme (2,1%) que les patientes préférant un homme sage-femme : respectivement 3,7%, 3,7%, 3,7% et 0%.

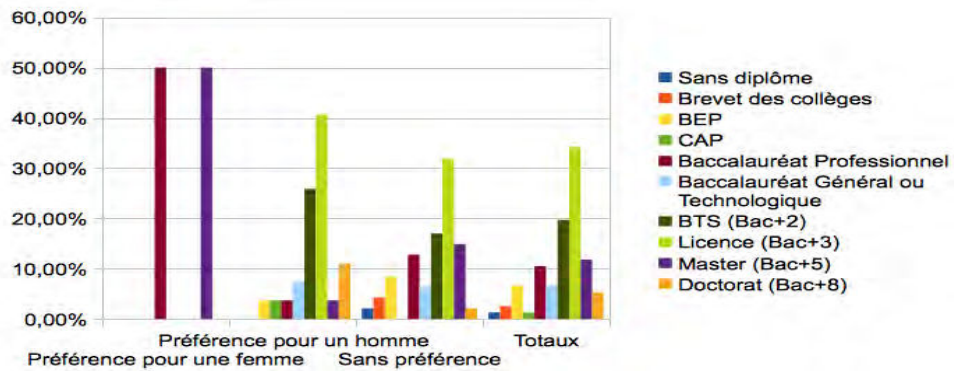


Figure 17 : Niveau d'études, en fonction de la préférence pour un genre de sage-femme, et dans l'ensemble de l'échantillon

5.3.7. Sexualité

Les patientes préférant une femme sage-femme sont hétérosexuelles (n=2). La fréquence de couples homosexuels est plus importante chez les femmes préférant un homme sage-femme (n=25) que chez les patientes sans préférence de genre (n=44) : soit 11,5% et 4,4%.

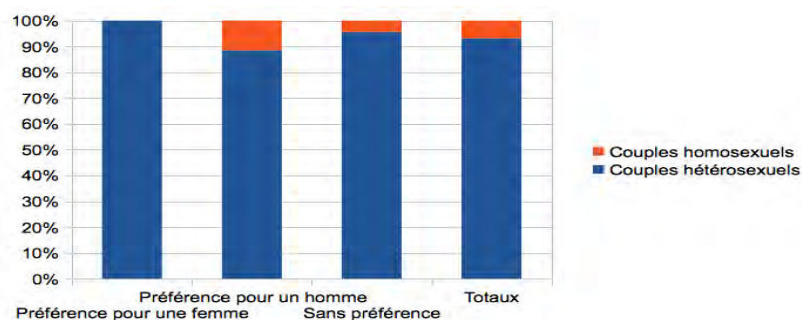


Figure 18 : Sexualité des patientes en couple, mariées ou pacsées, en fonction de la préférence pour un genre de sage-femme, et dans l'ensemble de l'échantillon

5.3.8. Genre

Les patientes préférant une femme sage-femme se jugent comme plutôt féminine (n=1) ou tout à fait féminine (n=1). On retrouve davantage de patientes préférant un homme sage-femme (n=27) qui se jugent plutôt féminine (63%) que de patientes sans préférence de genre (n= 47) (48,9%). Ces dernières sont plus fréquentes à se juger tout à fait féminine (44,7%) que les patientes préférant un homme sage-femme (29,6%).

Les patientes préférant une femme sage-femme se jugent plutôt masculine (n=1) ou peu masculine (n=1). On retrouve davantage de patientes préférant un homme sage-

femme qui se jugent plutôt masculine ou tout à fait masculine (66,7%) que de patientes sans préférence de genre (63,1%).

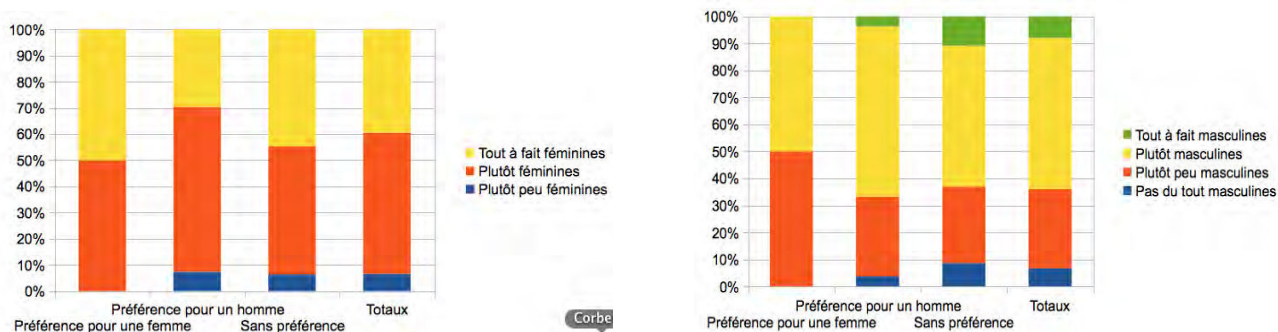


Figure 19 : Féminité et masculinité des patientes, en fonction de la préférence pour un genre de sage-femme, et dans l'ensemble de l'échantillon

La féminité et la masculinité des patientes évoluent en fonction des situations et de leur préférence pour un genre de sage-femme, on voit dans le tableau ci-dessous que les patientes préférant un homme sage-femme se jugent plus fréquemment masculine que les autres patientes :

Tableau III : Genre des patientes en fonction des situations et de la préférence pour un genre de sage-femme

	Situation	Plutôt féminine	Plutôt masculine	Féminine et masculine
Préférence pour une femme sage-femme	Couple	100,00%	0,00%	0,00%
	Travail	100,00%	0,00%	0,00%
	Relationnel avec les proches	100,00%	0,00%	0,00%
	Santé	50,00%	0,00%	50,00%
	Maternité	100,00%	0,00%	0,00%
Préférence pour un homme sage-femme	Couple	42,30%	15,40%	42,30%
	Travail	26,90%	34,60%	38,50%
	Relationnel avec les proches	40,70%	3,70%	55,60%
	Santé	33,30%	18,50%	48,10%
	Maternité	60,00%	4,00%	36,00%
Sans préférence	Couple	44,40%	5,60%	50,00%
	Travail	29,70%	21,60%	48,60%
	Relationnel avec les proches	47,30%	1,40%	51,40%
	Santé	51,30%	10,50%	38,20%
	Maternité	69,90%	1,40%	28,80%

Les fréquences des patientes qui se confient d'avantage à des hommes, des femmes, ou aux deux varient légèrement en fonction de la préférence pour un genre de sage-femme :

Tableau IV : Genre et confiance, en fonction de la préférence pour un genre de sage-femme

	Se confie à des femmes	Se confie à des hommes	Se confie à des femmes et des hommes
Préférence pour une femme sage-femme	50,00%	0,00%	50,00%
Préférence pour un homme sage-femme	46,20%	7,70%	46,20%
Sans préférence	44,70%	10,60%	44,70%

5.3.9. Confession

Les patientes préférant une femme sage-femme sont de confession chrétienne (n=1) ou islamique (n=1). Les patientes préférant un homme sage-femme (n=27) sont chrétiennes (66,7%) ou athées (33,3%). Les patientes sans préférence de genre sont chrétiennes (59,6%), athées (38,3%) ou islamiques (2,1%).

Dans les patientes rattachées à une confession (n=56), 91,1 % indiquent ne pas pratiquer cette confession.

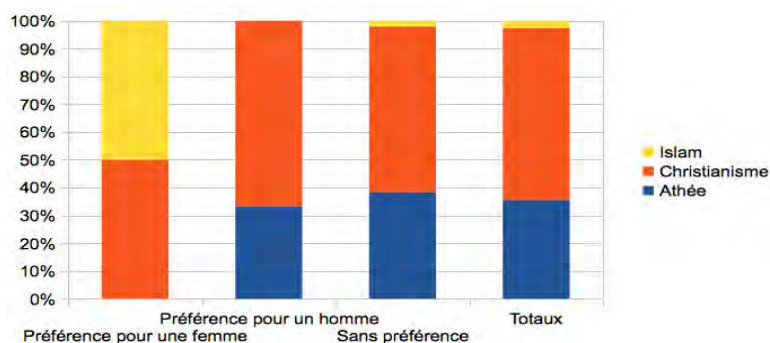


Figure 20 : Confessions des patientes, en fonction de la préférence pour un genre de sage-femme, et dans l'ensemble de l'échantillon

5.3.10. Loisirs et centres d'intérêt

Les patientes qui préfèrent une femme sage-femme (n=2) ont une activité sportive (n=1) et une activité intellectuelle (n=2). Les fréquences d'activités sportives et artistiques varient peu entre les patientes préférant un homme sage-femme (n=27) (59,3% et 55,6%) et les patientes sans préférence de genre (n=47) (59,6% et 53,2%).

Ces dernières ont davantage d'activités intellectuelles que les patientes préférant un homme sage-femme : respectivement 42,6% et 25,9%.

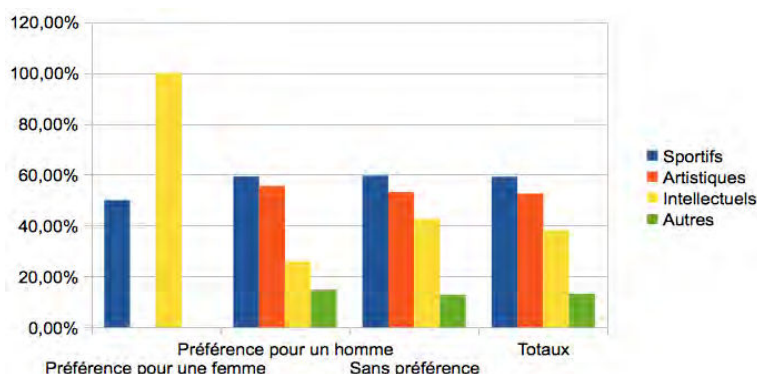


Figure 21 : Centres d'intérêt, en fonction de la préférence pour un genre de sage-femme, et dans l'ensemble de l'échantillon

5.3.11. Gestité

Pour les patientes préférant une femme sage-femme (n=2), la gestité moyenne est de 2 ; pour les patientes préférant un homme sage-femme (n=27) et pour les patientes sans préférence de genre (n=47), la gestité moyenne est de 1,7.

Les primigestes et multigestes préférant une femme sage-femme (n=2) indiquent que leur(s) grossesse(s) précédente(s) a(ont) été suivie(s) par un médecin homme (n=1) ou par une femme sage-femme (n=1). Celles qui préfèrent un homme sage-femme (n=19) ont davantage été suivies par un homme sage-femme pour leur précédente grossesse (28,6%) que les patientes sans préférence de genre (n=31) (17,3%). Ces dernières ont majoritairement été suivies par un médecin homme pour leur(s) précédente(s) grossesse(s) (48,3%).

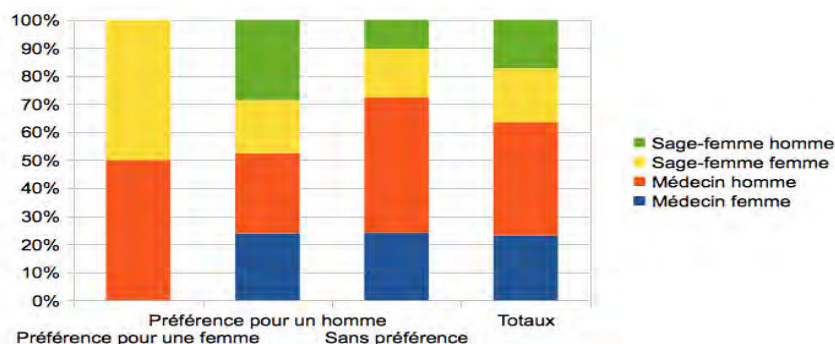


Figure 22 : Professionnel ayant suivi la précédente grossesse, en fonction de la préférence pour un genre de sage-femme, et dans l'ensemble de l'échantillon

5.3.12. Précédente rencontre avec un homme sage-femme

Une seule patiente préférant une femme sage-femme indique avoir rencontré précédemment un homme sage-femme, et précise que cette rencontre n'a pas influencé son choix actuel. 66,7% des patientes préférant un homme sage-femme (n=27) indiquent avoir rencontré précédemment un homme sage-femme, et 94,1% d'entre elles pensent que cette rencontre a influencé leur choix actuel d'être suivie par un homme sage-femme. 42,1% des patientes sans préférence de genre (n=47) indiquent avoir rencontré précédemment un homme sage-femme, et 64,5% d'entre elles pensent que cette rencontre a influencé leur choix actuel.

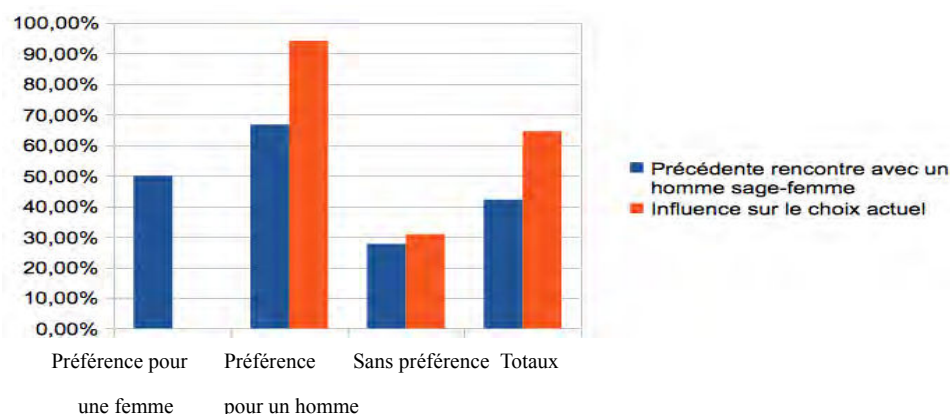


Figure 23 : Précédente rencontre avec un homme sage-femme et influence sur le choix actuel, en fonction de la préférence pour un genre de sage-femme, et dans l'ensemble de l'échantillon

6. SYNTHÈSE DE L'ÉTUDE ET DISCUSSION

Dans cette partie nous allons indiquer les résultats obtenus en fonction des objectifs qui étaient fixés, puis nous discuterons ces résultats afin de valider ou d'infirmier les hypothèses énoncées.

6.1. Genre et choix d'une sage-femme

6.1.1. Synthèse

Nous avons identifié trois populations différentes dans l'échantillon interrogé :

- △ Les patientes qui ont une préférence pour une femme sage-femme (n=2)
- △ Les patientes qui ont une préférence pour un homme sage-femme (n=27)
- △ Les patientes sans préférence quant au genre de leur sage-femme (n=47)

Les patientes préférant une femme sage-femme

Les patientes qui préfèrent une femme sage-femme ont indiqué avoir consulté un homme sage-femme pour des raisons de proximité (n=2), de recommandation (n=1), d'acte spécifique réalisé (n=1), de connaissance antérieure du sage-femme (n=1) et par défaut car l'hôpital public local manquait de disponibilités (n=1). Cette préférence pour une femme sage-femme semble s'inscrire dans une préférence globale pour des praticiens femme. Pour cette population, le genre de l'homme sage-femme ne fait donc pas partie des critères de choix.

Les patientes préférant un homme sage-femme

Les patientes qui préfèrent un homme sage-femme ont indiqué avoir consulté un homme sage-femme pour des raisons de préférence pour un praticien homme (100%), de disponibilité (77,8 %), de proximité (66,7%), de recommandation (55,6%), de connaissance antérieure du sage-femme (40,7%), d'actes spécifiques réalisés (11,2%).

Cette préférence pour un homme sage-femme s'accompagne d'une fréquence plus élevée de préférence pour un gynécologue et un chirurgien homme. Cependant dans cette population, on constate une préférence plus importante pour une femme psychiatre, et une absence de préférence quant au genre d'un ORL. Ces préférences semblent donc être en lien avec le degré de technicité et d'intimité de la spécialité. Pour cette population, le genre de l'homme sage-femme est le principal critère de choix.

Les patientes sans préférence de genre

Les patientes qui n'ont pas de préférence quant au genre de leur sage-femme ont indiqué avoir consulté un homme sage-femme pour des raisons de recommandation (78,7%), de proximité (68,1%), de disponibilité (66%), de connaissance antérieure du sage-femme (25,5%), d'actes spécifiques réalisés (5,2%). Concernant les préférences de genre pour les autres praticiens, ces patientes semblent légèrement préférer des hommes gynécologues ou chirurgiens, et légèrement préférer des femmes psychiatres. Comme pour la population précédente, mais avec des fréquences moins élevées, ces préférences semblent être en lien avec le degré de technicité et d'intimité de la spécialité. Pour cette population, le genre de l'homme sage-femme ne représente pas le principal critère de choix.

6.1.2. Discussion

Comparaison avec d'autres études

Une étude sur les préférences de genre des patientes, réalisée aux Pays-bas en 1997 [10] indique que 44,9% des patientes interrogées ont une préférence pour une femme sage-femme, 1,7% ont une préférence pour un homme sage-femme, et 53,4% n'ont pas de préférence quant au genre de leur sage-femme. Les raisons les plus fréquentes de ces préférences sont que la patiente se sent plus à l'aise pour se confier auprès de l'un ou l'autre des deux sexes, et qu'elle est plus à l'aise lors d'un examen intime auprès de l'un ou l'autre des deux sexes. Cette étude montre également que concernant les 12 spécialités étudiées, plus le niveau technique est élevé et plus la fréquence de préférence pour un praticien homme va être élevée. A l'inverse, plus le degré d'intimité va être élevé et plus la fréquence de préférence pour un praticien femme va être élevée.

Une seconde étude, réalisée en 2007 en Turquie [11] indique que 45,5% des patientes interrogées préfèrent une femme pour leur examen gynécologique, 4,2% préfèrent un homme et 49,9% n'ont pas de préférence de genre. La principale justification de la préférence pour une femme est que les patientes se sentent moins intimidées lorsqu'elles ont à se « déshabiller » devant une femme.

Une troisième étude réalisée en 1999 en Caroline du Nord (EUA) [12] indique que 52,2% des patientes interrogées préfèrent être examinées par une femme, 5,8% préfèrent être examinées par un homme, et 42% n'ont pas de préférence de genre. Selon cette étude, ces préférences de genre sont dues à des facteurs socio-culturels (ethnie, religion, éducation), à une rencontre précédente avec un praticien d'un des deux sexes, et aux représentations associées au praticien.

Les préférences de genre quant au choix d'une sage-femme semblent être inversées dans notre étude, par rapport aux autres études. Les différences observées peuvent être expliquées par :

- ^ Une population cible différente : notre étude a pour population cible les patientes suivies par des hommes sage-femmes libéraux, ces patientes ont donc volontairement fait le choix d'être suivies par un homme. Les autres études ont pour population cible des patientes suivies par des sages-femmes, peu importe le mode d'exercice et le genre de la sage-femme. Ainsi ces patientes peuvent soit avoir fait le choix de cette sage-femme, soit cette sage-femme leur a été imposée (dans le cas de l'hospitalier). De plus étant donné la faible proportion d'hommes sages-femmes, les patientes interrogées par ces études semblent d'avantage être des patientes suivies par des femmes sages-femmes.
- ^ Un contexte différent : Notre étude est réalisée auprès d'une population de patientes françaises en 2012. Les autres études sont réalisées auprès de patientes d'origines ethniques et de religions diverses, à des époques différentes. Etant donné, l'importance des mœurs locales en ce qui concerne la maternité et l'intimité de la femme, et la proportion d'hommes sages-femmes qui a largement évolué ces dernières années, on peut conclure que ces études ont été faites dans des contextes différents.

Représentativité de l'échantillon

Concernant la représentativité des populations mises en évidence dans notre étude, l'échantillon des patientes sans préférence de genre (n=47) et des patientes préférant un homme sage-femme (n=27) semble être représentatif. Cependant, l'échantillon préférant une femme sage-femme n'est pas représentatif de cette population, car il ne représente que deux patientes sur l'ensemble des patientes interrogées.

6.1.3. Validation de l'hypothèse

« Le choix d'une patiente d'être suivie par un homme sage-femme est en lien avec ses préférences de genre (...) »

Dans l'échantillon étudié, deux patientes préfèrent une femme sage-femme, 27 préfèrent un homme sage-femme et 47 sont sans préférence. Ainsi, on constate que la patientèle étudiée est presque exclusivement composée de patientes préférant un homme sage-femme ou sans préférence de genre. On peut donc valider cette hypothèse.

Il est intéressant de préciser que pour les patientes qui préfèrent un homme sage-femme, cette préférence est le principal critère de choix, et elle est à associer à une plus grande préférence pour un praticien homme en ce qui concerne les spécialités « techniques ».

6.2. La représentation sociale de l'homme sage-femme

6.2.1. Synthèse et réponse à l'objectif principal

Représentation de la sage-femme

Les patientes interrogées semblent avoir une bonne connaissance de la profession et des compétences des sages-femmes. Elles voient la sage-femme comme un professionnel possédant des qualités techniques et des qualités humaines. La profession de sage-femme semble être majoritairement rattachée à des critères neutres (48,7%), bien que certaines patientes l'associent à des critères d'avantage féminins (30,3%) ou masculins (21,1%).

Représentation du masculin dans la naissance

La majorité des patientes associe le masculin dans la naissance à la place du père (86,3%) et à la place de l'accoucheur (56%). Cependant, le rôle masculin représente d'avantage la place du père que la place de l'accoucheur.

Représentation de l'homme sage-femme

Pour la majorité des patientes, l'homme sage-femme est une sage-femme comme les autres (69,3%) ou une sage-femme avec davantage de traits de caractère masculins (28%).

L'homme sage-femme est rattaché à des critères masculins (48,7%) ou neutres (42,1%), et plus rarement à des critères féminins (19,6%). La majorité des patientes pensent qu'il doit avoir des traits de caractères féminins pour l'exercice de sa profession, mais qu'il ne met pas en réserve sa masculinité pour autant.

La pratique de l'homme sage-femme n'est pas différente de celle de ses consoeurs pour la majorité des patientes, bien que 38,2% d'entre elles estiment que les différences dans sa pratique sont dues à des qualités associées au fait qu'il n'a pas d'expérience personnelle de grossesse (plus attentif, plus doux, juge moins ses patientes), à une approche différente de la féminité et à une attitude plus proche du compagnon. Les patientes considèrent que les gestes de l'homme sage-femme sont professionnels et qu'il n'est pas plus hésitant lorsqu'il réalise un geste intime.

Les patientes lui accordent autant de confiance sur les plans technique et relationnel, et la majorité se sentent plus à l'aise pour se confier (76,2%), et ne ressentent pas davantage de pudeur lors d'un examen (64%).

La moitié des patientes interrogées pensent que la présence d'un homme sage-femme facilite celle de leur compagnon (53%), et la majorité des patientes vivant en couple indiquent que leur compagnon les soutient dans leur choix.

Représentation spécifique en lien avec la préférence pour un genre de sage-femme

Les préférences de genre ne semblent pas influencer sur la représentation de la profession de sage-femme. Cependant, elles semblent influencer sur la représentation du

masculin dans la naissance : les patientes qui préfèrent un homme sage-femme associent d'avantage le rôle masculin à la place de l'accoucheur que les patientes sans préférence de genre ; et sont plus fréquentes à l'associer à la place de l'accoucheur qu'à la place du père.

Pour les patientes qui préfèrent un homme sage-femme, celui-ci est d'avantage vu comme une sage-femme avec des traits de caractère masculins, et elles l'associent plus fréquemment à des critères masculins. Elles pensent davantage que sa pratique est différente (pour les raisons évoquées précédemment) et que ses gestes sont professionnels et masculins. Elles semblent privilégier le côté relationnel, se sentent davantage à l'aise pour se confier, et aucune de ces patientes n'éprouve plus de pudeur lors d'un examen réalisé par un homme sage-femme. La majorité d'entre elles pense que la présence d'un homme sage-femme favorise la présence de leur compagnon.

6.2.2. Discussion

Une évolution de l'image traditionnelle de la sage-femme ?

Toutes les patientes interrogées voient la sage-femme comme un professionnel technique. Les éléments de la monographie nous montrent une image sociétale de la sage-femme davantage humaine, revendiquant un accompagnement naturel de la naissance [13, 40]. Cependant, la grossesse est de plus en plus médicalisée, et semble glisser, aux yeux de la société, vers une définition de pathologie qui nécessite davantage de compétences et de connaissances pour son suivi [41]. Elle semble évoluer vers des compétences historiquement associées au masculin. De plus, la profession de sage-femme connaît, aux vues de ses évolutions récentes, un accroissement de sa technicité et de ses compétences. On remarque que les patientes préférant un homme sage-femme semblent avoir une meilleure connaissance de la profession, on peut alors se questionner sur le lien entre l'image actuelle de la grossesse et le choix d'un homme sage-femme : ces patientes recherchent-elles une grossesse médicalisée, et un professionnel technique pour les rassurer plutôt qu'une traditionnelle femme sage-femme qui se rapproche d'une image plus naturelle de la grossesse ?

Le rôle masculin dans la naissance : sécurité et assurance ?

Les patientes préférant un homme sage-femme associent davantage le rôle du masculin à la place de l'accoucheur. Le paragraphe précédent permet de voir le choix de l'homme sage-femme sous un autre angle : il pourrait être lié à un besoin de sécurité, que nécessite une définition de la grossesse s'éloignant de la physiologie. On peut alors s'interroger sur ce que le masculin représente pour les patientes : les renvoie-t-il à l'image de leur propre père ou à l'image du médecin, traditionnellement homme? Représente-t-il l'autorité et l'assurance ?

L'homme sage-femme, une « sage-femme comme les autres »

La seconde hypothèse de Philippe Charrier [16] rejoint les résultats que nous avons obtenus dans l'ensemble de l'échantillon et chez les patientes sans préférence de genre : l'image de l'homme sage-femme est celle d'une « sage-femme comme les autres ». La représentation de la fonction prend le dessus sur celle du masculin, les patientes voient l'homme sage-femme comme un professionnel compétent, aux gestes professionnels, à qui elles font confiance sur les plans technique et relationnel, et elles assimilent l'homme sage-femme à des critères masculins ou neutres. Elles considèrent que sa pratique n'est pas différente des autres sages-femmes.

L'homme sage-femme, un androgyne de la naissance

La troisième hypothèse de Philippe Charrier [16] correspond aux résultats que nous avons obtenus pour les patientes préférant un homme sage-femme. Elles le voient davantage comme « une sage-femme avec des caractères masculins », à qui elles font confiance sur les plans relationnel et technique, mais décrivent ses gestes comme professionnels et masculins, et l'assimilent d'avantage à des critères masculins. Elles considèrent que sa pratique est différente, en partie à cause de son genre. Le critère genré le plus sélectionné par les patientes interrogées est la disponibilité : est-ce en lien avec la division sexuée des tâches ? Bien que cette division évolue vers une mixité, le féminin reste associé au domestique et à l'indisponibilité temporaire due à d'éventuelles grossesses. Le fait de choisir un homme sage-femme permet-il de bénéficier des compétences d'une sage-femme et d'une plus grande disponibilité biologique et sociale due au genre masculin de cette sage-femme ?

Cependant, elles pensent que certaines qualités féminines sont nécessaires à l'exercice de cette profession. Françoise Rault et Jean-Marie Seca ont montré que certains hommes, face à des stimuli féminins, vont développer des attitudes propres au genre féminin [27, 33]. Il semblerait que les hommes sages-femmes, suivant le même processus, développent des traits de caractère féminins nécessaires à leur fonction, afin de mieux s'intégrer à une patientèle exclusivement féminine.

Dans cette représentation, l'image de la fonction et celle du masculin cohabitent, afin de donner à l'homme sage-femme les qualités rattachées à la sage-femme, et des critères rattachés au masculin.

L'image androgyne de l'homme sage-femme est également reprise par des illustrations représentant les premiers hommes sages-femmes, au XVIIème siècle, en Angleterre (aujourd'hui considérés comme les premiers obstétriciens) [59].



Man-midwifery dissected; or, the obstetric family-instructor, by S. W. Fores (London, 1793)

A travers cette illustration, l'homme sage-femme est représenté comme un personnage mi-homme mi-femme. La moitié « homme » est représentée comme technique, avec des instruments chirurgicaux (levier obstétrical, ciseaux, forceps), et la moitié « femme » est représentée comme plus naturelle, avec des remèdes à base d'herbes. Cette image, qui se veut volontairement disgracieuse, oppose la technicité du masculin à la simplicité et au relationnel du féminin.

6.2.3. Validation des hypothèses

« Le choix d'une patiente d'être suivie par un homme sage-femme est en lien avec (...) la représentation sociale qu'elle a de l'homme sage-femme »

Dans l'ensemble de l'échantillon, les patientes indiquent consulter un homme sage-femme pour des raisons de recommandation, de proximité et de disponibilité. Elles recherchent un professionnel compétent d'un point de vue technique et relationnel, et elles sont indifférentes quant au genre de ce professionnel (61,8%). L'image qu'elles ont de l'homme sage-femme est celle d'une « sage-femme comme les autres », compétent, aux gestes professionnels, avec une pratique semblable aux autres sages-femmes, et rattaché à des critères neutres ou masculins.

Pour les patientes sans préférence de genre, les raisons de leur choix et leur représentation de l'homme sage-femme varient peu par rapport à l'ensemble de l'échantillon.

Les patientes préférant un homme sage-femme ont comme principal critère de choix leur préférence pour un praticien homme. L'image qu'elles ont de l'homme sage-femme est celle d'une « sage-femme avec des traits de caractère masculins », compétent, aux gestes professionnels et masculins, dont la pratique est légèrement différente des autres sages-femmes (elles le voient comme plus doux, plus respectueux et ayant une approche différente de la féminité), et rattaché à des critères davantage masculins. Elles sont également plus à l'aise et moins pudiques avec un homme sage-femme. Elles pensent davantage que la présence d'un homme sage-femme favorise la présence de leur compagnon.

Ainsi, la représentation de l'homme sage-femme semble correspondre aux attentes et aux critères de choix des patientes : les patientes qui ont pour principaux critères de choix la recommandation, la proximité et la disponibilité le voient comme un professionnel compétent, qui n'est pas différent de ses consoeurs ; les patientes qui ont pour principal critère de choix la préférence pour un praticien homme voient davantage le côté masculin, qui vient compléter l'image qu'elles ont de la sage-femme. Cette hypothèse est validée.

« La représentation sociale de l'homme sage-femme est composée des stéréotypes et des préjugés associés au masculin et à la sage-femme »

Dans l'ensemble de l'échantillon, la sage-femme est vue comme un professionnel aux qualités techniques et humaines, et elle est principalement rattachée à des critères genrés neutres ou féminins. L'image que les patientes ont du masculin dans la naissance est celle du père. Ces représentations concordent avec la représentation de l'homme sage-femme qui est majoritairement vu comme « une sage-femme comme les autres », avec des qualités techniques et humaines, rattaché à des critères genrés neutres, mais présentant des qualités féminines nécessaires à l'exercice de sa profession.

Les représentations sociales du masculin, de la sage-femme et de l'homme sage-femme varient peu pour les patientes sans préférence de genre.

Les patientes préférant un homme sage-femme ont une image semblable de la profession de sage-femme, mais assimile d'avantage le masculin dans la naissance à la place de l'accoucheur (81,5%). Cette différence peut en partie expliquer la représentation plus masculine qu'elles ont de l'homme sage-femme, bien qu'elles pensent également qu'il a des qualités féminines nécessaires à son exercice.

Ainsi, l'image de la profession de sage-femme semble être moins stéréotypée et associée au féminin que ce que nous avons pu voir dans la littérature, mais la place du masculin dans la naissance reste majoritairement celle du père. La représentation de l'homme sage-femme reprend ces deux images, en le présentant comme un professionnel globalement neutre, mais présentant quelques caractères féminins en accord avec l'image de la profession. On observe une représentation de l'homme sage-femme plus masculine chez les patientes préférant un homme sage-femme, qui pourrait être expliquée par une représentation différente du masculin dans la naissance. L'hypothèse est validée.

6.3. Facteurs personnels et socio-culturels

6.3.1. Synthèse et réponse à l'objectif secondaire

Dans l'ensemble de l'échantillon

Les patientes interrogées consultent majoritairement pour de la rééducation périnéale, un suivi de grossesse, et de la préparation à la naissance et à la parentalité. La

proportion qui consulte dans le cadre d'un suivi global (suivi comprenant l'accouchement) semble être assez importante (25,3%).

Ces patientes sont en moyenne âgées de 30 ans, originaires d'Europe de l'Ouest, issues d'une classe sociale moyenne ou aisée, et la plupart ont fait des études supérieures. Elles sont majoritairement mariées, pacées ou en couple dans le cadre d'une couple hétérosexuel, et se jugent plutôt féminines et/ou masculines en fonction des situations. La plupart des patientes interrogées sont de confession chrétienne ou athées, mais restent peu pratiquantes. On remarque une pratique sportive et une pratique artistique pour un peu plus de la moitié d'entre elles.

La gestité moyenne de cet échantillon est de 1,7 grossesses, et les patientes non nulligestes ont d'avantage été suivies par un médecin homme pour leur(s) précédent(s) grossesse(s). Plus de la moitié d'entre elles n'avaient pas rencontré d'homme sage-femme avant leur suivi actuel, et parmi celles qui en avaient déjà rencontré un, cette précédente rencontre semble avoir eu une influence sur leur choix actuel.

Lien avec la préférence pour un genre de sage-femme

Les patientes sans préférence de genre ont des facteurs personnels et socio-culturels assez semblables à l'ensemble de l'échantillon.

Les patientes qui préfèrent un homme sage-femme consultent davantage pour un suivi de grossesse, un suivi gynécologique, de la PNP, un suivi du post-partum et des échographies. Elles sont légèrement plus jeunes (l'âge moyen est de 27 ans), elles sont davantage issues d'une classe sociale aisée et ont un niveau d'étude légèrement supérieur. Leur situation matrimoniale n'est pas différente de l'ensemble de l'échantillon, mais on retrouve davantage de couples homosexuels, et elles sont davantage masculines dans les situations énoncées. Leur confession et leurs origines ethniques ne varient pas beaucoup par rapport à l'ensemble de l'échantillon, mais on remarque une plus grande fréquence de patientes avec des origines ethniques d'Europe du sud, d'Europe du nord et d'Europe de l'ouest. Concernant les centres d'intérêt, la fréquence des patientes pratiquant une activité sportive ou artistique varie peu, mais elles sont moins fréquentes à pratiquer une activité intellectuelle. La gestité moyenne de cette population est la même que celle de l'ensemble de l'échantillon (1,7 grossesse), mais elles ont davantage été suivies pour leur(s) précédente(s) grossesse(s) par un médecin homme ou un sage-

femme homme. Ces patientes sont plus nombreuses à avoir rencontré précédemment un homme sage-femme, et la quasi-totalité d'entre elles estiment que cette précédente rencontre a influencé leur choix actuel.

6.3.2. Discussion

Une étude réalisée dans les Emirats Arabes Unis en 2005 [60] montre que la préférence pour un praticien femme lors d'un examen gynécologique est en lien avec certains facteurs socio-culturels : les croyances religieuses, les traditions culturelles, l'origine ethnique, une parité plus importante, un niveau de scolarité faible ou moyen, et une faible connaissance du rôle professionnel du praticien. Dans cette étude, la préférence pour un praticien homme est en lien avec une précédente rencontre avec ce praticien, le type d'acte (plus fréquemment pour un suivi obstétrical), et une meilleure connaissance du rôle de ce praticien.

Une autre étude, réalisée en Caroline du nord (EUA) en 1999 [12], montre que la préférence pour une femme est en lien avec une faible connaissance du rôle du professionnel, un niveau d'éducation moyen, une origine ethnique non caucasienne, et une précédente expérience avec un professionnel femme. La préférence pour un homme est en lien avec un âge plus jeune, une meilleure connaissance du rôle du professionnel, un niveau d'études plus élevé, et une précédente expérience avec un praticien homme.

Les résultats que nous avons obtenus, pour un échantillon qui est majoritairement composé de femmes sans préférence de genre ou préférant un homme sage-femme, concordent avec ces études : les patientes interrogées ont une bonne connaissance de la profession et des compétences des sages-femmes, ont un niveau d'étude élevé (la majorité ont fait des études supérieures), sont issues d'une classe sociale moyenne ou élevée et sont majoritairement caucasiennes. Les autres études montrent que le choix du praticien dépend de la précédente expérience avec ce praticien ou avec un praticien du même sexe. Dans notre étude, 42,1% des patientes ont rencontré un homme sage-femme précédemment, et parmi ces patientes 64,5% indiquent que cette précédente rencontre a influencé leur choix actuel. De plus, on remarque que les patientes interrogées ont majoritairement été suivies, pour leur(s) grossesse(s) précédente(s) par un médecin homme.

Concernant les patientes préférant un homme sage-femme, nos résultats concordent avec les autres études : ces patientes sont plus jeunes, ont un niveau d'étude supérieur, sont issues d'une classe sociale plus aisée, consultent davantage pour des actes en lien avec la grossesse, et ont plus fréquemment été suivies précédemment par un homme sage-femme ou par un médecin homme.

Nous pouvons alors nous demander si les niveaux socio-culturel et socio-économique légèrement supérieurs sont en lien avec une meilleure connaissance de la profession de sage-femme, avec une représentation plus masculine et technique de la naissance, et avec une préférence pour un praticien homme, représentant un suivi plus médicalisé et sécuritaire.

6.3.3. Validation de l'hypothèse

« La préférence pour un homme sage-femme est en lien avec certains facteurs personnels et socio-culturels propres à la patiente »

Les facteurs personnels et socio-culturels des patientes qui préfèrent un homme sage-femme varient légèrement par rapport à l'ensemble de l'échantillon. Ces patientes semblent être plus jeunes, issues d'un milieu social plus aisé, ont un niveau d'étude supérieur. On retrouve davantage de couples homosexuels dans ces patientes, et elles sont plus fréquemment masculines dans les situations énoncées. De plus, on voit que ces patientes consultent davantage pour des actes en lien avec le suivi de grossesse (consultations prénatales, PNP, post-partum, échographies). Un facteur déterminant dans leur choix actuel semble être le fait qu'elles aient été suivies précédemment par un homme (médecin ou sage-femme) et qu'elles estiment que leur précédente rencontre avec un homme sage-femme a influencé leur choix actuel. Cette hypothèse est donc validée.

6.4. Les limites de l'étude

L'échantillon étudié (76 patientes) semble être représentatif des patientes préférant un homme sage-femme et des patientes sans préférence de genre. Néanmoins, on peut considérer qu'il existe un biais de sélection, étant donné que seulement dix patientes par homme sage-femme libéral ont été interrogées, et qu'on se base sur une

auto-sélection des patientes. Ainsi, nous ne pouvons pas savoir si les patientes qui ont accepté de répondre au questionnaire témoignent de l'ensemble des représentations possibles de l'homme sage-femme.

De même, on peut considérer qu'il existe un biais dans la représentation de l'homme sage-femme: certains critères associés au caractère du sage-femme qui les suit sont intra-personnels, et risquent ici d'être appliqués à la représentation globale de l'homme sage-femme. Pour éviter ce biais, nous avons essayé d'avoir un échantillon issu de la patientèle de plusieurs hommes sages-femmes libéraux.

Concernant la question sur la confiance accordée à un homme sage-femme, on remarque que le nombre de réponses est assez faible (n=62). Ceci peut s'expliquer par le fait qu'une confusion était possible, plusieurs patientes ont indiqué « autant de confiance qu'à une femme », alors que le but de la question était de savoir si la confiance accordée à l'homme sage-femme était davantage sur le plan relationnel ou sur le plan technique.

La dernière question sur le fait que la présence d'un homme sage-femme facilite celle du compagnon comporte un biais. En effet, cette question aurait dû être remplie uniquement par les patientes qui consultent pour un suivi de grossesse, des échographies, ou de la PNP. Les patientes qui consultent pour de la rééducation périnéale ont répondu à cette question, et la présence de leur compagnon ne semble pas être souhaitée pour ce type d'acte, ce qui apporte un biais à la question.

L'utilisation de la BSRI pour attribuer un genre à la profession de sage-femme et à l'homme sage-femme en fonction des critères genrés indiqués par la patiente peut être discutée. Cette échelle a été créée en 1974, il est donc envisageable qu'elle ne corresponde pas aux évolutions sociétales de l'homme et de la femme depuis ces 38 dernières années. Cependant, une étude de Cendrine Marro [61] (2005) tend à montrer que cette échelle est toujours d'actualité, bien que certains de ses critères soient jugés négativement et que les résultats des critères genrés féminins semblent être plus adéquats que les critères genrés masculins.

Enfin, il est nécessaire de remarquer que nous avons reçu 76 réponses sur les 100 questionnaires envoyés, alors que les hommes sages-femmes qui ont reçu le questionnaire avaient au préalable accepté de faire participer leurs patientes à cette étude. Cette remarque souligne le fait que le temps imparti pour cette étude est court, ce qui explique que certains hommes sages-femmes n'ont pas eu le temps de distribuer ce questionnaire à dix de leurs patientes, et ce qui constitue une limite.

Conclusion

Le choix d'une sage-femme dépend des attentes de la patiente, de la représentation sociale qu'elle associe à la sage-femme, et de l'adéquation entre ses attentes et cette représentation. Ce choix est également en lien avec des facteurs socio-culturels qui vont être à l'origine de variations dans les attentes et les préférences des patientes.

Une étude menée auprès d'un échantillon de 76 patientes suivies par différents hommes sage-femmes libéraux nous a permis d'identifier des représentations sociales et des facteurs socio-culturels communs à cette patientèle, qui pourraient être en lien avec le choix d'un homme sage-femme.

Dans l'ensemble de l'échantillon, les patientes ont pour principaux critères de choix la recommandation, la proximité et la disponibilité de la sage-femme. Ces patientes sont à la recherche d'un professionnel compétent d'un point de vue technique et relationnel, peu importe son sexe. La représentation qu'elles ont de l'homme sage-femme est en adéquation avec leurs attentes : elles le voient majoritairement comme une « sage-femme comme les autres », et accordent davantage d'importance à sa fonction qu'à son sexe. L'homme sage-femme est associé à des critères genrés neutres, et sa pratique est similaire à celle de ses consoeurs. Cependant, elles pensent qu'il doit présenter certaines qualités féminines nécessaires à l'exercice de sa profession, elles indiquent être plus à l'aise pour se confier auprès d'un homme sage-femme et ne ressentent pas plus de pudeur lors de l'examen. Il semblerait que certains facteurs personnels et socio-culturels soient communs à l'ensemble de l'échantillon : un âge assez élevé, une origine caucasienne, une classe sociale moyenne ou aisée, un niveau socio-culturel élevé avec notamment de bonnes connaissances sur la profession et les compétences des sages-femmes, une situation matrimoniale mariée, pacsée ou en couple, un genre variable en fonction des situations, une confession chrétienne ou athée, des centres d'intérêt sportifs, artistiques ou intellectuels, une gestité plutôt faible, et un précédent suivi par un homme médecin.

L'effectif de patientes préférant une femme sage-femme est trop faible dans cet échantillon pour nous permettre de valider les hypothèses étudiées.

Les patientes sans préférence de genre semblent avoir des critères de choix, des représentations et des facteurs socio-culturels proches de l'ensemble de l'échantillon.

On observe des variations pour les patientes préférant un homme sage-femme. En effet, leur principal critère de choix est la préférence pour un praticien homme, qui s'accorde avec une préférence masculine plus fréquente pour les spécialités médicales « techniques ». Elles sont à la recherche d'une sage-femme compétente d'un point de vue technique et relationnel, et davantage masculine. La représentation qu'elles ont de l'homme sage-femme semble être en adéquation avec leurs attentes : bien qu'elles estiment qu'il doit nécessairement posséder des caractères féminins pour l'exercice de sa profession, elles le voient plus fréquemment comme une sage-femme avec des traits de caractère masculins, y compris dans ses gestes professionnels. Cette représentation de l'homme sage-femme est en lien avec une image plus masculine de la naissance. On observe également une variation de la fréquence de certains facteurs personnels et socio-culturels : un âge plus jeune, une classe sociale et un niveau socio-culturel plus élevés, un genre davantage neutre ou masculin en fonction des situations, une fréquence plus importante de couples homosexuels. On remarque également que ces patientes consultent davantage pour des actes en lien avec la grossesse (suivi de grossesse, échographies, suivi global), et qu'une rencontre précédente avec un homme sage-femme est un facteur déterminant dans leur choix actuel.

Ces conclusions semblent confirmer l'hypothèse que le choix d'un homme sage-femme dépend de certains facteurs socio-culturels et de l'adéquation entre les attentes de la patiente et sa représentation de l'homme sage-femme. Afin de vérifier et de pouvoir extrapoler ces résultats, il serait intéressant de réaliser une étude analytique qui comparerait une population de patientes suivies par une femme sage-femme avec une population suivie par un homme sage-femme.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] DORLIN, Elsa. *Sexe, genre et sexualités*. France : Editions PUF, 2008, 153 p. ISBN : 978-2-13-055889-7
- [2] DE BEAUVOIR, Simone. *Le deuxième sexe*. Paris : Gallimard, 1949, p. 14.
- [3] FRAISSE, Geneviève. *À côté du genre. Sexe et philosophie de l'égalité*. Paris : Editions le bord de l'eau, 2010, 400 p.
- [4] OAKLEY, Ann. *The Ann Oakley Reader. Gender, women and social science*. Bristol : The Policy Press, University of Bristol, 2005, p. 7-8.
- [5] DESNOYERS, Emeline. Les sages-femmes à l'interface de la technique et du relationnel. *Vocation Sage-femme*. Juillet-Août 2011, n°91, p. 9-12.
- [6] BILLON, Jacqueline, FORESTIER, Danièle. Connaissances professionnelles et savoirs profanes: Résultats intermédiaires d'une recherche-intervention menée au sein de la maternité Jeanne-de-Flandre. In: CRESSON, Geneviève, SCHWEYER, François-Xavier. *Les Usagers du Système de Soins*. Paris: Édition ENSP, 2000, p. 229-244.
- [7] CRESSON, Geneviève. La confiance dans la relation médecin-patient. In CRESSON, G., SCHWEYER, F.X. *Les Usagers du Système de Soins*. Paris: Edition ENSP, 2000, p. 289-305.
- [8] LARDÉ, Philippe. Les choix de «l'utilisateur-client» dans le marché des services médicaux. In: CRESSON, G., SCHWEYER, F.X. *Les usagers du système de soins*. Paris: Edition ENSP, 2000, p. 265-288.
- [9] ELIA, David. *Pour la passion des femmes*. Paris: Balland, 1990, 267 p.
- [10] KERSSENS, Jan J., BENSING, Jozien M. Patient preferences for genders of health professionals. *Social Science and Medicine*. 1997, Vol.44, n°10, p. 1531-1540.
- [11] YANIKKEREM, E., OZDEMIR, M. Women's attitudes and expectations regarding gynaecological examination. *Midwifery*. Octobre 2009, n°25, p. 500-508.
- [12] SCHMITTDIEL, J., SELBY, J. Women's provider preferences for basic gynecology care in a large health maintenance organization. *Journal of*

Women's Health and Gender – Based Medicine. Juillet-Août 1999, n°8, p. 825-833.

- [13] FOUKS, André. Naissance des Obstétriciens Mort des Sages-Femmes?. *Les Dossiers de l'Obstétrique*. Novembre 1999, n°277, p. 3-16.
- [14] MARUANI, Margaret. *Femmes, genre et société, l'état des savoirs*. Paris : La découverte, 2005, p. 12.
- [15] NADEL, Doris. Vous avez dit: Femme? Sage-Femme? ou Accoucheur?. *Les Dossiers de l'Obstétrique*. Novembre 1999, n°277, p. 17-20.
- [16] CHARRIER, Philippe. Quel avenir pour les hommes sages-femmes en France?. *Les Dossiers de l'Obstétrique*. Mars 2007, n°358, p. 38-41.
- [17] ARGYLE, Mickael. Les compétences sociales. In : MOSCOVICI, Serge. *Psychologie sociale des relations à autrui*. Edition Nathan Université. France : Juillet 2000, p. 87-115.
- [18] ABRIC, Jean-Claude. *Pratiques sociales et représentations*. Paris : Edition Presses universitaires de France, 1994, p. 13.
- [19] JODELET, Denise. *Représentations sociales : phénomènes, concepts et théories*. Paris : Editions Presses universitaires de France, 1984, p. 357-378.
- [20] SOUBIALE, Nadège. Préjugés et stéréotypes dans les relations intergroupes. In : ROUSSIAU, Nicolas. *Psychologie sociale*. Editions In Press. France : Novembre 2000, p. 147-157.
- [21] SCHOPENHAUER, Arthur. *Essai sur les femmes*. Paris : Actes Sud, 2002, p. 28.
- [22] Madame de Bawr. *Femme*. Encyclopédie de famille, 1868
- [23] SCHOPENHAUER, Arthur. *Métaphysique de l'amour, métaphysique de la mort*. Tome 10. Paris : Edition 10/18, 2001, p. 40.
- [24] KANT, Emmanuel. *Anthropologie du point de vue pragmatique*. Paris : La pléiade, 1986, p. 1120.
- [25] SIMMEL, Georg. *La culture féminine*. Tome 1. Philosophie de la modernité Paris : Payot, 1989, p. 115.
- [26] MOLINIER, P., VINET, E. *Les représentations intergroupes hommes-femmes*. Laboratoire de psychologie sociale, 2004 [en ligne].
<http://www.prejuges-stereotypes.net/espaceDocumentaire/Moliner.pdf>
[consulté le 03/07/12]

- [27] RAULT, Françoise. L'identité masculine. *La documentation française, Problèmes politiques et sociaux*. 2003, n°894, p. 6-9.
- [28] HEGEL, Georg Wilhelm Friedrich. *Encyclopédie des sciences philosophiques en abrégé*. Paris : Librairie philosophique J. Vrin, 2012, p. 115-118.
- [29] FREUD, Sigmund. *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Livre 6. Paris : Folio essais, 1989, 224 p.
- [30] BOURGEOIS, M-L. La différenciation des sexes et des genres. II - Aspects psychosociaux. Débats et polémiques actuelles. *Annales Médico-Psychologiques*. 2010, n°168, p. 471-477.
- [31] STOLLER, Robert J. *Masculin ou féminin ?*. Paris : Editions PUF, 1985, p. 98-101.
- [32] BOURGEOIS, M-L. La différenciation des sexes et des genres. I - Aspects biologiques. *Annales Médico-Psychologiques*. 2008, n°166, p. 755-769.
- [33] SECA, Jean-Marie. *Les représentations sociales*. Paris : Edition Armand Collin, Aout 2010, p. 159-165.
- [34] PRAT, Maxime. *Relation soignant / soignée*. Mémoire de fin d'études. Soins infirmiers. Nîmes : IFSI de Nîmes, 2011, p. 6.
- [35] LLOYD, Barbara. Différences entre sexes. In : MOSCOVICI, Serge. *Psychologie sociale des relations à autrui*. Tours : Edition Nathan, Juillet 2000, p. 280-296.
- [36] KERGOAT, Danièle. Division sexuelle du travail et rapports sociaux de sexe. In : HIRATA, H., et al. (dir). *Dictionnaire antique du féminisme*. Paris : Editions PUF, 2000, p. 36.
- [37] LAMY, Jérôme. Division sexuelle du travail et ordre économique capitaliste : le « Bureau des dames » et la Carte du ciel à l'observatoire de Toulouse. In : CACOUAULT, Marlaine, GARDEY, Delphine. *Genre, science et recherche. Regards et propositions en science sociale*. Colloque du 29 Novembre 2005, Cité des sciences et de l'industrie de Paris, p. 237-244.
- [38] HARTSOCK, Nancy. The Feminist standpoint. In : HARDING, S. (dir). *The feminist standpoint theory reader*. New-York : Routledge, 2003, p. 44.

- [39] 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 [en ligne]. Disponible sur:
<http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000880214>
 [consulté le 01 Janvier 2012]
- [40] DESNOYERS, Emeline. *Profession sage-femme et problématique de genre*. Mémoire de Sociologie. Toulouse : 2007, p. 11-16, 34, 39-44.
- [41] GÉLIS, Jacques. *La Sage-femme ou le médecin : une nouvelle conception de la vie*. Paris: Fayard, 1988, p. 560.
- [42] *Sage-femme, maitresse de la physiologie*. Congrès de l'Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes, 5-6-7 Juillet 2011 à Marseille.
- [43] Article 86 de la Loi HPST de 2009 modifiant les Art. L.2122-1, L.4151-1 et L.5134-1 du Code de la Santé Publique.
- [44] SCHWEYER, François-Xavier. La profession de sage-femme autonomie au travail et corporatisme protectionniste. *Sciences sociales et santé*. 1996, Volume 14, n°3, p. 67-102.
- [45] HAMMANI, Farida. Le mouvement féministe français et la maternité. *Les Dossiers de l'Obstétrique*. Juin 2003, n°317, p. 6-10.
- [46] Sécurité sociale 2011. *Cour des comptes. Chapitre VI: Le rôle des sages-femmes dans le système de soins* [en ligne]. Septembre 2011. Disponible sur <http://www.ccomptes.fr/> [consulté le 06 Janvier 2012]
- [47] Site du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes :
<http://www.cnosf.fr> [consulté le 20 Juin 2012]
- [48] CHARRIER, Philippe. « Comment envisage-t-on d'être sage-femme quand on est un homme ? » L'intégration professionnelle des étudiants hommes sage-femmes. *Travail, genre et sociétés*. 2004, n°12, p. 105-124. DOI : 10.3917/tgs.012.0105
- [49] CHARRIER, Philippe. « Des hommes chez les sages-femmes » Vers un effet de segmentation ?. *Sociétés contemporaines*. 2007, n° 67, p. 95-118.
- [50] CRESCINI, Céline. *Les hommes sages-femmes*. Mémoire de fin d'études. Sage-femme. Toulouse : Université Paul Sabatier, 2004, 65 p.

- [51] CHAMPENOIS ROUSSEAU, Bénédicte. La pratique des hommes sages-femmes et les modifications du partage des connaissances autour de la naissance. In : CACOUAULT, Marlaine, GARDEY, Delphine. *Genre, science et recherche. Regards et propositions en science sociale*. Colloque du 29 Novembre 2005, Cité des sciences et de l'industrie de Paris, p. 195-202.
- [52] *Cours sur le comportement des individus*. Université d'Amiens, UFR Eco-gestion, 2007
- [53] GODELIER, Maurice. Mythes et légitimations idéologiques de la dominance masculine. In : VIDAL, Catherine (dir). *Féminin Masculin. Mythes et idéologies*. France : Editions Belin, Février 2006, p. 25-33.
- [54] GUILLAUME, Sophie, KABORÉ, Alain. La pratique professionnelle de maïeuticien d'État, une expérience au Burkina Faso. *Vocation Sage-femme*. Octobre 2008, n°66, p. 16-19.
- [55] MACCOBY, Eleanor E. Le sexe, catégorie sociale. *Actes de la recherche en sciences sociales*. Juin 1990, Vol. 83, Masculin/féminin-1, p. 16-26.
- [56] NIETZSCHE, Friedrich. *Par-delà le bien et le mal*. Paragraphe 75
- [57] ANDRIEU, Bernard. *Corps, sport et genre*. Cours à l'UFR Staps de Nancy, le 05 Mars 2008
- [58] BOURDIEU, Pierre. *Questions de sociologie*. Paris : Les éditions de Minuit, 1984, p. 75.
- [59] FORES, S. W. A Man Midwife (London, 1793). *Journal of the history of medicine and allied sciences*. 1975, vol.30, n°3, p. 259.
- [60] RIZK, DE., EL-ZUBEIR, MA. Determinants of women's choice of their obstetricien and gynecologist provider in the UAE. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. Janvier 2005, n°84, p. 48-53.
- [61] MARRO, Cendrine. Évaluation de la féminité, de la masculinité, et auto-attribution des qualificatifs « féminin » et « masculin ». Quelle relation ?. *L'orientation scolaire et professionnelle*. 2002, p. 545-563. [en ligne]. Disponible sur : <http://osp.revues.org/index3421.html> [consulté le 04/12 /12]

TABLE DES MATIERES

Sommaire.....	3
Glossaire.....	5
Préface.....	6
Introduction.....	7
Partie 1.....	9
1. Genre et choix d'une sage-femme.....	10
1.1. « Sexe, genre et sexualités » [1].....	10
1.2. Quelles sont les attentes des patientes ?.....	11
1.3. Genre et choix en obstétrique.....	11
1.3.1. Le genre de la sage-femme est-il un critère de choix pour la patiente ?.....	12
1.3.2. Les représentations sociales influent-elles sur ce choix ?.....	13
1.3.3. Un choix qui dépend de certains facteurs propres à la patiente.....	13
2. Les représentations sociales	15
2.1. Représentations sociales, stéréotypes et préjugés.....	15
2.2. Représentation sociale de l'homme.....	16
2.2.1. Des représentations « phallogocentriques ».....	17
2.2.2. Une évolution des représentations de genre.....	18
2.2.3. Division sexuelle du travail.....	20
2.3. Représentation sociale de la sage-femme	22
2.3.1. Historique de la profession de sage-femme [13, 40].....	22
2.3.2. Sage-femme, une profession féminine ?.....	24
2.4. Représentation sociale de l'homme sage-femme.....	26
2.4.1. Généralités sur les hommes sages-femmes.....	26
2.4.2. Un genre et une fonction en partiel désaccord.....	27
2.4.3. Des représentations diverses de l'homme sage-femme.....	28
3. Facteurs personnels et socio-culturels.....	31
3.1. Les facteurs socio-culturels.....	31
3.2. Les représentations sociales et les stéréotypes dépendent des groupes sociaux d'appartenance [20].....	32
3.3. Les facteurs socio-culturels qui vont intervenir dans la représentation de l'homme sage-femme.....	32
3.3.1. L'âge de la patiente.....	33
3.3.2. L'origine ethnique.....	33
3.3.3. Le niveau socio-culturel.....	34
3.3.4. Le niveau socio-économique.....	34
3.3.5. La situation matrimoniale.....	35
3.3.6. Le genre de la patiente.....	35
3.3.7. La sexualité de la patiente.....	36

3.3.8. La religion de la patiente.....	36
3.3.9. Les loisirs.....	36
3.4. Les facteurs personnels.....	37
Partie 2.....	39
4. Méthodologie et caractéristiques de l'étude.....	40
4.1. Problématique et hypothèses.....	40
4.1.1. Objectifs de l'étude.....	40
4.1.2. Les hypothèses testées.....	40
4.2. Méthodologie.....	41
4.2.1. Type d'étude.....	41
4.2.2. Population ciblée.....	41
4.2.3. Choix de l'outil de recueil.....	42
4.2.4. Description de l'enquête menée.....	43
4.3. Analyse statistique.....	44
5. Présentation des résultats.....	45
5.1. Choix de la sage-femme.....	45
5.1.1. Préférences de genre.....	45
5.1.2. Autres critères de choix.....	46
5.2. Représentation sociale de l'homme sage-femme.....	47
5.2.1. Représentation sociale de la sage-femme.....	47
5.2.2. Rôle du masculin dans la naissance.....	49
5.2.3. Image de l'homme sage-femme.....	50
5.2.4. Genre de l'homme sage-femme.....	50
5.2.5. Pratique de l'homme sage-femme.....	51
5.2.6. Ressenti de la patiente.....	53
5.2.7. Présence et soutien du compagnon.....	55
5.3. Facteurs personnels et socio-culturels, au regard de la préférence de genre.....	55
5.3.1. Actes effectués.....	56
5.3.2. Age.....	56
5.3.3. Origine Ethnique.....	56
5.3.4. Situation matrimoniale.....	57
5.3.5. Catégorie socio-professionnelle.....	58
5.3.6. Niveau d'études.....	58
5.3.7. Sexualité.....	59
5.3.8. Genre.....	59
5.3.9. Confession.....	61
5.3.10. Loisirs et centres d'intérêt.....	61
5.3.11. Gestité.....	62
5.3.12. Précédente rencontre avec un homme sage-femme.....	63
6. Synthèse de l'étude et discussion.....	64
6.1. Genre et choix d'une sage-femme.....	64
6.1.1. Synthèse.....	64
6.1.2. Discussion.....	65
6.1.3. Validation de l'hypothèse.....	67
6.2. La représentation sociale de l'homme sage-femme.....	67

6.2.1. Synthèse et réponse à l'objectif principal.....	67
6.2.2. Discussion.....	69
6.2.3. Validation des hypothèses.....	72
6.3. Facteurs personnels et socio-culturels.....	73
6.3.1. Synthèse et réponse à l'objectif secondaire.....	73
6.3.2. Discussion.....	75
6.3.3. Validation de l'hypothèse.....	76
6.4. Les limites de l'étude.....	76
Conclusion.....	78
Bibliographie.....	80
TABLE DES MATIERES.....	85
Annexe 1.....	88
Annexe 2.....	89
Annexe 3.....	91
Annexe 4.....	95

ANNEXE 1

SEXE/GENRE, DIFFÉRENCES DES SEXES, DIFFÉRENCE SEXUELLE

gr. *genos* [zÄ"µ ?]

lat. *Genus*

all. *Geschlecht, Gender, Geschlechterdifferenz, Differenz der Geschlechter*

ang. *Sex, gender, sexual difference*

Gender devient un concept philosophique dans la pensée anglo-saxonne autour des années 1970. Malgré l'analogie, la traduction par « genre » (fr.) ou *genero* (esp.) se révèle ambiguë, cependant que la langue allemande adopte la forme anglaise *Gender* qu'elle laisse coexister avec *Gerschlecht*, qui peut se rendre aussi bien par *sexe* que par *genre*. Suscitant autant de questions qu'il tente d'en résoudre, le concept de *genre* est mis en balance avec les expressions classiques *différences des sexes* et *différence sexuelle*. La première s'emploie aisément en français, en allemand et en italien, mais elle n'existe pas dans la langue anglaise, qui n'a à sa disposition que *sexual difference* et *sex*.

Paru dans *Vocabulaire européen des philosophes*, sous la direction de Barbara Cassin, Paris, Seuil-Le Robert, 2004.

ANNEXE 2

BEM SEX ROLE INVENTORY (BSRI). 1974

Chaque item est scoré de un (jamais) à sept (toujours):

1	Jamais
2	Presque jamais
3	Assez rarement
4	Moyennement
5	Assez souvent
6	Presque toujours
7	toujours

Liste des items:

. Confiance en soi	. Esprit analytique	. Volonté de s'imposer, de se faire une place
. Complaisance, accommodant	. Sympathique	. Tendre
. Secourable, serviable	. Jaloux	. Amical
. Défend ses propres croyances	. Possède des capacités de leader, de chef	. Agressif
. Joyeux, gai	. Sensible aux besoins des autres	. Crédule
. Chagrin, maussade	. Vrai, authentique, dit toujours la vérité	. Incapable, incompetent
. Indépendant	. Compréhensif	. se comporte en leader, en chef
. Timide	. Réservé, dissimulé	. Infantile, naïf
. Consciencieux	. Prend des décisions facilement	. Capable de s'adapter
. Sportif	. Compatissant	. Individualisme
. Affectueux		. N'utilise pas un langage rude, dur

<ul style="list-style-type: none"> . Théâtral, affecté, spectaculaire . Plein d'assurance . Sensible à la flatterie . Heureux, content . Forte personnalité . Fidèle . Imprévisible . Fort, énergétique . Féminin . Digne de confiance 	<ul style="list-style-type: none"> . Sincère, franc . Indépendant . Désireux de calmer les blessures, la peine d'autrui . Suffisant, vaniteux . Dominant . Parle avec douceur . Aimable . Masculin . Chaleureux . Grave, sérieux 	<ul style="list-style-type: none"> . peu systématique . peu méthodique . Esprit de concurrence, de rivalité . Aime les enfants . Possède du tact . Ambitieux . Doux, gentil . Conventionne
--	--	--

ANNEXE 3

Questionnaire distribué aux patientes



Les hommes sages-femmes: quelle image auprès de leurs patientes?

Mesdames,

Je suis actuellement étudiant à l'école de sages-femmes de Nancy. En vue de l'obtention de mon diplôme de sage-femme, je réalise un travail de recherche sur l'identification de représentations sociales et de facteurs socio-culturels communs aux patientes suivies par des hommes sages-femmes libéraux. Cette étude s'articule autour de ce questionnaire, qui vous est distribué avec l'accord du sage-femme qui vous suit. Les réponses à ce questionnaire sont anonymes, et les questionnaires me seront renvoyés de manière anonyme également.

Si vous êtes intéressées par les résultats de cette étude, n'hésitez pas à me contacter aux coordonnées suivantes:

leo.pomar@live.fr

06.68.36.14.72

Je reste à votre disposition pour toute information supplémentaire et je vous remercie de prendre quelques minutes pour remplir ce questionnaire.

Léo Pomar

Facteurs personnels et socio-culturels

1) Pour quel(s) acte(s) consultez vous?

- Suivi de grossesse
- Suivi gynécologique
- Préparation à la naissance
- Rééducation périnéale
- Surveillance à domicile après l'accouchement
- Surveillance de grossesse à domicile
- Echographie
- Autre. Précisez:

2) S'agit il d'un suivi global? (suivi de grossesse, préparation à la naissance et accouchement réalisés par le même praticien)

- Oui Non

3) Quel âge avez vous?

4) Quelles sont vos origines ethniques ? (origines de vos parents)

- Afrique du nord (Maghreb, Lybie, Egypte)
- Afrique moyenne et du sud
- Amérique du nord (Canada, USA, ...)
- Amérique centrale (Belize, Guatemala, Mexique, Nicaragua, Panama, ...)
- Amérique du sud
- Antilles
- Asie centrale (kazakhstan, Tadjikistan, ...)
- Asie de l'est (Chine, Corée, Japon, Mongolie)
- Asie du sud (Afghanistan, Bangladesh, Cambodge, Inde, Indonésie, Iran, Pakistan, Thaïlande, Vietnam...)
- Asie de l'ouest (Arménie, Iraq, Israël, Jordanie, Koweït, Turquie...)
- Europe du nord (Danemark, Finlande, Irlande, Islande, Lituanie, Norvège, Suède, Grande-Bretagne, ...)
- Europe de l'est (Biélorussie, Bulgarie, Russie, Hongrie, Moldavie, Pologne, République Tchèque, Roumanie, Slovaquie, Ukraine)
- Europe du sud (Albanie, Andorre, Bosnie, Croatie, Espagne, Macédoine, Gibraltar, Grèce, Italie, Malte, Monténégro, Portugal, Serbie, Slovénie)
- Europe de l'ouest (Allemagne, Autriche, Belgique, France, Liechtenstein, Luxembourg, Pays-Bas, Suisse...)
- Océanie (Australie, Nouvelle Zélande, Polynésie...)

5) Quelle est votre catégorie socio-professionnelle?

- Agriculteurs exploitants
- Artisans, commerçants, chef d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- Professions intermédiaires
- Employés
- Ouvriers
- Retraités
- Etudiants
- Sans profession

6) Quel est votre niveau d'étude?

- Sans diplôme
- Brevet des collèges
- BEP
- CAP
- Baccalauréat professionnel
- Baccalauréat général
- BTS (BAC +2)
- Licence (BAC +3)
- Master (BAC +5)
- Doctorat (BAC +8)

7) Quelle est votre situation matrimoniale?

- Célibataire
- En couple
- Mariée ou pacsée
- Famille recomposée
- Veuve
- Séparée

Si vous vivez en couple, quelle est la catégorie socio-professionnelle de votre compagnon?

- Agriculteurs exploitants
- Artisans, commerçants, chef d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- Professions intermédiaires
- Employés
- Ouvriers
- Retraités
- Etudiants
- Sans profession

Si vous vivez en couple, votre compagnon vous soutient-il dans votre choix d'être suivie par un homme sage-femme?

- Oui
- Non
- Compagnon non consulté

8) Êtes-vous dans le cadre:

- d'un couple hétérosexuel
- d'un couple homosexuel

9) Pensez-vous avoir des traits de caractère féminins? (empathie, qualités humaines, compréhensive, parler avec douceur, chaleureuse...)

- Tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Pas du tout

10) Pensez-vous avoir des traits de caractère masculins? (confiance en soi, assurance, esprit d'analyse, tendance à diriger, individualisme, ambition...)

- Tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Pas du tout

11) Pensez-vous avoir des traits de caractère d'avantage masculins ou féminins dans les situations suivantes?

- Dans votre couple:

- Plutôt féminins
- Plutôt masculins
- Les deux

- Dans votre travail:

- Plutôt féminins
- Plutôt masculins
- Les deux

- Dans vos relations avec votre famille et vos amis:

- Plutôt féminins
- Plutôt masculins
- Les deux

- Concernant votre santé:

- Plutôt féminins
- Plutôt masculins
- Les deux

- Concernant votre maternité :

- Plutôt féminins
- Plutôt masculins
- Les deux

12) Dans votre entourage, avez vous d'avantage tendance à vous confier à :

- Des hommes
- Des femmes
- Les deux

13) De quelle confession êtes-vous?

- Christianisme (orthodoxie, catholicisme, protestantisme)
- Bouddhisme
- Islam
- Hindouisme
- Judaïsme
- Autre. Précisez :

Pratiquez-vous?

- Oui
- Non

14) Quels sont vos centres d'intérêt?

- Sport. Lequel?
- Artistique. Précisez:
- Intellectuel. Précisez:
- Autres. Précisez:

15) Combien de grossesses avez vous eu (en comptant une éventuelle grossesse en cours)?

Si vous avez eu des grossesses précédentes, quel(s) professionnel(s) les a (ont) suivi(s) :

- Médecin femme
- Médecin homme
- Sage-femme femme
- Sage-femme homme

Représentation de l'homme sage-femme

16) Aviez-vous rencontré un homme sage-femme lors d'une précédente grossesse (y compris échographies) ou lors de votre suivi gynécologique?

Oui Non

Si oui, pensez-vous que cette première rencontre vous a influencé dans votre choix d'être suivie par un homme sage-femme actuellement?

Oui Non

17) Concernant ces différentes professions, avez-vous une préférence pour:

- Une sage-femme: Homme Femme Sans préférence
- Un gynécologue: Homme Femme Sans préférence
- Un psychiatre: Homme Femme Sans préférence
- Un chirurgien: Homme Femme Sans préférence
- Un ORL: Homme Femme Sans préférence

18) Pour quelle(s) raison(s) avez-vous choisi de vous orienter vers un homme sage-femme plutôt que vers une femme sage-femme?

- Proximité du praticien: Oui Non
- Préférence pour un praticien homme : Oui Non
- Praticien déjà connu: Oui Non
- Disponibilité du praticien: Oui Non
- Recommandation par un autre praticien ou par quelqu'un de votre entourage: Oui Non
- Autres raisons, précisez:

19) Selon vous, est-ce que la profession de sage-femme est une profession qui nécessite des qualités techniques?

Tout à fait Plutôt oui
 Plutôt non Pas du tout

20) Selon vous, est-ce que la profession de sage-femme est une profession qui nécessite des qualités humaines?

Tout à fait Plutôt oui
 Plutôt non Pas du tout

21) Choisissez 5 critères qui, selon vous, correspondent à la profession de Sage-femme:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Doux | <input type="checkbox"/> Suffisant, vaniteux |
| <input type="checkbox"/> Respectueux | <input type="checkbox"/> Sincère, honnête |
| <input type="checkbox"/> Bienveillant | <input type="checkbox"/> Prend des décisions facilement |
| <input type="checkbox"/> Compréhensif | <input type="checkbox"/> Technicien |
| <input type="checkbox"/> Compatissant, à l'écoute des autres | <input type="checkbox"/> Esprit analytique |
| <input type="checkbox"/> Prêt à réconforter autrui | <input type="checkbox"/> Digne de confiance |
| <input type="checkbox"/> Aimable | <input type="checkbox"/> Disponible |
| <input type="checkbox"/> Compétent | <input type="checkbox"/> Entreprenant |
| <input type="checkbox"/> Confiance en soi, assurance | <input type="checkbox"/> Revendicateur |
| <input type="checkbox"/> Autonome | <input type="checkbox"/> Autre: |
| <input type="checkbox"/> Patient | |
| <input type="checkbox"/> Chaleureux | |
| <input type="checkbox"/> Dominant | |

22) Pensez-vous avoir une bonne connaissance de la profession et des compétences des sages-femmes?

Tout à fait Plutôt oui
 Plutôt non Pas du tout

23) Pour vous, le rôle masculin dans la naissance représente (plusieurs réponses possibles):

- La place du père
- La place de l'accoucheur
- Autre. Précisez:

24) Selon vous, la pratique des hommes sages-femmes est-elle différente de celle des femmes sages-femmes?

Oui. Pourquoi?
 Non

25) Pour vous, un homme sage-femme est:

- une sage-femme comme les autres
- un homme qui pratique une profession réservée aux femmes
- une sage-femme avec des traits de caractère masculins

26) Selon vous, un homme sage-femme doit-il posséder des traits de caractère féminins?

Tout à fait Plutôt oui
 Plutôt non Pas du tout

27) Choisissez 5 critères qui, selon vous, correspondent à l'homme sage-femme:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Doux | <input type="checkbox"/> Suffisant, vaniteux |
| <input type="checkbox"/> Respectueux | <input type="checkbox"/> Sincère, honnête |
| <input type="checkbox"/> Bienveillant | <input type="checkbox"/> Prend des décisions facilement |
| <input type="checkbox"/> Compréhensif | <input type="checkbox"/> Technicien |
| <input type="checkbox"/> Compatissant, à l'écoute des autres | <input type="checkbox"/> Esprit analytique |
| <input type="checkbox"/> Prêt à reconforter autrui | <input type="checkbox"/> Digne de confiance |
| <input type="checkbox"/> Aimable | <input type="checkbox"/> Disponible |
| <input type="checkbox"/> Compétent | <input type="checkbox"/> Entreprenant |
| <input type="checkbox"/> Confiance en soi, assurance | <input type="checkbox"/> Revendicateur |
| <input type="checkbox"/> Autonome | <input type="checkbox"/> Autre: |
| <input type="checkbox"/> Patient | |
| <input type="checkbox"/> Chaleureux | |
| <input type="checkbox"/> Dominant | |

28) Pour vous, les gestes d'un homme sage-femme sont:

- Professionnels
- Masculins
- Professionnels et masculins
- Féminins
- Professionnels et féminins

29) Selon vous, est-ce qu'un homme sage-femme met en réserve sa masculinité lorsqu'il est en présence d'une patiente?

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tout à fait | <input type="checkbox"/> Plutôt oui |
| <input type="checkbox"/> Plutôt non | <input type="checkbox"/> Pas du tout |

30) Selon vous, un homme sage-femme est-il plus hésitant lorsqu'il doit réaliser des gestes intimes?

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tout à fait | <input type="checkbox"/> Plutôt oui |
| <input type="checkbox"/> Plutôt non | <input type="checkbox"/> Pas du tout |

31) Accordez-vous d'avantage de confiance à un homme sage-femme:

- Sur le plan technique
- Sur le plan relationnel
- Les deux

32) Vous sentez-vous plus à l'aise pour vous confier auprès d'un homme sage-femme?

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tout à fait | <input type="checkbox"/> Plutôt oui |
| <input type="checkbox"/> Plutôt non | <input type="checkbox"/> Pas du tout |

33) Ressentez-vous d'avantage de pudeur quand vous êtes face à un homme sage-femme?

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tout à fait | <input type="checkbox"/> Plutôt oui |
| <input type="checkbox"/> Plutôt non | <input type="checkbox"/> Pas du tout |

34) La présence d'un homme sage-femme semble-t-elle faciliter celle de votre conjoint?

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tout à fait | <input type="checkbox"/> Plutôt oui |
| <input type="checkbox"/> Plutôt non | <input type="checkbox"/> Pas du tout |

Merci pour vos réponses!

ANNEXE 4

Présentation de l'échantillon

Actes pour lesquels les patientes (n=76) ont consulté un homme sage-femme

Suivi de grossesse	Suivi gynécologique	PNP	Rééducation périnéale
46,10%	23,70%	38,20%	73,70%
Examen du post-partum	Surveillance de grossesse pathologique	Echographies	Suivi global (suivi de grossesse + accouchement)
26,30%	19,70%	21,10%	25,30%

Age des patientes interrogées (n=75)

Minimum	5ème percentile	Moyenne	95ème percentile	Maximum
19 ans	24 ans	30 ans	37 ans	65 ans

Origines ethniques (n=76)

Europe de l'ouest	Europe du sud	Europe de l'est	Europe du nord	Afrique moyenne et du sud	Antilles	Amérique centrale	Afrique du nord
86,80%	6,60%	6,60%	3,90%	3,90%	2,60%	1,30%	1,30%

Situation matrimoniale (n=76)

Mariée ou pacsée	En couple	Célibataire	Famille recomposée	Séparée ou divorcée
57,90%	34,20%	3,90%	2,60%	1,30%

Catégories socio-professionnelles des patientes (n=76) et de leur conjoint (n=72)

Catégories socio-professionnelles	Patientes	Conjoints
Employés	50,00%	31,00%
Cadres et professions intellectuelles supérieures	26,30%	38,00%
Professions intermédiaires	9,20%	8,50%
Artisans, commerçants ou chefs d'entreprises	5,30%	7,00%
Sans profession	2,60%	0,00%
Retraités	2,60%	0,00%
Etudiants	2,60%	1,40%
Agriculteur exploitant	1,30%	1,40%
Ouvriers	0,00%	12,7%

Niveau d'études (n=76)

Sans diplôme	Brevet des collèges	BEP ou CAP	Bac pro	Bac général et techno	BTS	Licence	Master	Doctorat
1,30%	2,60%	7,90%	10,50%	6,60%	19,70%	34,20%	11,80%	5,30%

Sexualité (n=73)

Couple hétérosexuel	Couple homosexuel
93,20%	6,80%

Genre (n=76)

	Pas du tout	Plutôt non	Plutôt oui	Tout à fait
Féminine	0,00%	6,60%	53,90%	39,50%
Masculine	6,70%	29,30%	56,00%	8,00%

Traits de caractère genrés en fonction des situations (n=76)

Traits de caractères	Dans leur couple	Dans leur travail	Avec leur famille et leurs amis	Dans leur santé	Dans leur maternité
Féminins	44,40%	29,70%	47,30%	51,30%	69,90%
Masculins	5,60%	21,60%	1,40%	10,50%	1,40%
Féminins et masculins	50,00%	48,70%	51,40%	38,20%	28,80%

Confession (n=76)

Christianisme	Islam	Sans confession
61,80%	2,70%	35,50%

Loisirs et centres d'intérêt (n=76)

Activité sportive	Activité artistique	Activité intellectuelle	Autres activités (informatique, jardinage, bricolage, tricot, vie associative...)
59,20%	52,30%	38,20%	13,20%

Gestité (n=76)

Minimum	5ème percentile	Moyenne	Médiane	95ème percentile	Maximum
0	0	1,7	2	3	5

Professionnel(s) ayant suivi la ou les grossesse(s) précédente(s) (n=52)

Médecin homme	Médecin femme	Sage-femme homme	Sage-femme femme
40,40%	23,10%	17,30%	19,20%

Précédente rencontre avec un homme sage-femme (n=76) et influence sur le choix actuel (n=31)

Précédente rencontre avec un homme sf	Influence sur le choix actuel
42,10%	64,50%

Université de Lorraine - Ecole de sages-femmes A.Fruhinsholz

Mémoire de fin d'études de sage-femme de POMAR LÉO - Année 2013

Le choix d'un homme sage-femme, au regard des représentations sociales et des facteurs socio-culturels

Directeur de mémoire : Belgy Marie-Thérèse, Sage-femme enseignante

Expert : Le Goedic Benoit , Sage-femme enseignant / Sage-femme libéral

Résumé : L'arrivée des hommes dans la profession de sage-femme a fait apparaître un nouveau critère de choix pour les patientes suivies par une sage-femme libérale : son genre. La question du genre comme critère de choix semble être subjective et doit s'accompagner de nouvelles hypothèses, telles que l'identification des représentations sociales, des stéréotypes et des préjugés associés à l'homme sage-femme, et la mise en évidence de facteurs socio-culturels propres à la patientèle des hommes sages-femmes.

Pour cela, nous avons effectué une étude descriptive observationnelle transversale auprès de 76 patientes suivies par différents hommes sages-femmes libéraux. Cette étude nous a permis d'identifier des représentations sociales et des facteurs socio-culturels communs à ces patientes, pouvant expliquer leur choix d'être suivies par un homme sage-femme.

Mots clés : Genre – Choix – Représentations – Homme – Sage-femme

Abstract : The arrival of men in midwifery gave patients a new criterion on which to choose their private duty midwife: gender. The question of gender as a selection criterion seems to be subjective and it entails new hypotheses, such as identifying social representations, stereotypes and prejudices associated with man-midwives and revealing sociocultural factors specific to the practice population of man-midwives.

To that end we have completed an observational transverse descriptive study on 76 patients followed by different private man-midwives. This study enabled us to identify social views and sociocultural factors that were shared by these patients and could explain why they chose a man-midwife.

Keywords : Gender – Choice – Representations – Man – Midwife

