



HAL
open science

**Les sages-femmes vues par les femmes : représentation
du métier de sage-femme dans la population féminine
française : étude réalisée auprès de 104 femmes à Metz
de septembre à décembre 2017**

Célia Morel

► **To cite this version:**

Célia Morel. Les sages-femmes vues par les femmes : représentation du métier de sage-femme dans la population féminine française : étude réalisée auprès de 104 femmes à Metz de septembre à décembre 2017. Médecine humaine et pathologie. 2018. hal-03870421

HAL Id: hal-03870421

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870421>

Submitted on 24 Nov 2022

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 de METZ

Les sages-femmes vues par les femmes.

Représentation du métier de sage-femme
dans la population féminine française.

*Étude réalisée auprès de 104 femmes à Metz
de septembre à décembre 2017.*

Mémoire présenté et soutenu par

Célia MOREL

Née le 23 octobre 1994

Directeur de mémoire : Laure BERNARD
Sage-Femme Enseignante

Promotion 2014 - 2018

Université de Lorraine
École de Sages-Femmes de METZ

Les sages-femmes vues par les femmes.
Représentation du métier de sage-femme
dans la population féminine française.
*Étude réalisée auprès de 104 femmes à Metz
de septembre à décembre 2017.*

Mémoire présenté et soutenu par

Célia MOREL

Née le 23 octobre 1994

Directeur de mémoire : Laure BERNARD
Sage-Femme Enseignante

Promotion 2014 - 2018

REMERCIEMENTS

J'adresse mes remerciements à toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à cette étude et qui ont été présent pour moi durant ces années de formation.

A Madame Laure Bernard, sage-femme enseignante à l'école de Metz, directrice de mon mémoire, pour son aide, sa disponibilité et ses précieux conseils tout au long de ce projet.

A Madame Hélène Mangin, sage-femme coordinatrice de PMI, pour avoir acceptée d'être mon experte de mémoire, pour ses relectures et ses conseils.

A toutes les sages-femmes enseignantes de l'école de Metz, qui m'ont encadrée durant ces quatre années de formation.

A tous les professionnels de santé rencontrés durant mes stages, qui m'ont énormément appris.

A mes parents, qui ont toujours été là pour moi. Je les remercie pour avoir toujours soutenu tout ce que j'ai voulu entreprendre.

A ma famille et à mes proches qui m'ont toujours accompagnée et encouragée.

A mes amis de promotion, sans qui ces années d'études n'auraient pas été les mêmes. Merci pour leur bonne humeur et leur entraide.

ABREVIATIONS :

AMP :	Aide médicale à la procréation
ANAES :	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
CPEF :	Centre de planification et d'éducation familiale
DIU :	Diplôme inter universitaire
HAS :	Haute autorité de santé
HPST :	Hôpital, patient, santé, territoire
IST :	Infections sexuellement transmissibles
IVG :	Interruption volontaire de grossesse
PRADO :	Programme d'accompagnement du retour à domicile
PMA :	Procréation médicalement assistée
PMI :	Protection maternelle et infantile

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	4
ABREVIATIONS :	5
INTRODUCTION	7
1. PREMIERE PARTIE : CONTEXTE	8
1.1. SAGE-FEMME : D'HIER A AUJOURD'HUI.....	8
1.2. REPRESENTATION SOCIALE DES SAGES-FEMMES.....	11
1.3. UNE PROFESSION REGLEMENTEE	14
1.4. ... MAIS A LA RECONNAISSANCE INCERTAINE	16
2. DEUXIEME PARTIE : METHODE ET RESULTATS	18
2.1. METHODOLOGIE	18
2.2. QUESTIONNAIRE	20
2.3. RESULTATS.....	21
3. TROISIEME PARTIE : DISCUSSION	28
3.1. LES LIMITES DE L'ETUDE	28
3.2. LES ATOUS DE L'ETUDE	28
3.3. HYPOTHESES ET RESULTATS	28
3.4. PROJETS D'ACTION	36
CONCLUSION	38
BIBLIOGRAPHIE.....	39
ANNEXES	43

INTRODUCTION

Donner naissance est un don que possèdent les femmes depuis l'apparition de l'Homme sur Terre. Bien que banal, cet évènement affecte toujours autant les émotions et les sentiments de chacun. Et parce que la naissance d'un enfant est pour beaucoup de couples un des plus beaux jours de leur vie, en être témoin et acteur est un cadeau. Voilà sûrement pourquoi « *c'est le plus beau métier du monde* » est une phrase qui revient souvent lorsque l'on évoque la profession de sage-femme. Exercé depuis la nuit des temps, ce métier a bien évolué et connu divers changements dans ses fonctions. Souvent limité à l'art d'accoucher les femmes, les compétences des sages-femmes sont mal connues du grand public. L'idée actuelle du métier de sage-femme dans la population est influencée par son histoire et mériterait d'avoir une image plus juste tant cette profession a évolué dans le temps.

Aujourd'hui en France le domaine de compétence des sages-femmes s'élargit de plus en plus et elles acquièrent de plus en plus de responsabilités. Dans un pays où le taux de fécondité est le plus haut d'Europe, le métier de sage-femme a toute son importance [1]. La société attend de ces professionnels à la fois une qualité de compétence médicale mais aussi une approche humaine et une capacité d'accompagnement. Avec l'allongement de la durée des études, la diversification du programme universitaire et l'approfondissement des pratiques techniques, les sages-femmes « s'arment » de mieux en mieux pour répondre aux attentes de la société. Malgré tout, un manque de reconnaissance de ce métier subsiste.

Nous pouvons donc nous interroger, les femmes connaissent-elles vraiment leur possibilité en matière de suivi de grossesse mais aussi de suivi gynécologique ? C'est pourquoi ce mémoire s'articulera autour de la problématique suivante : En quoi la connaissance des femmes sur les compétences et sur le métier de sages-femmes induit un choix libre et éclairé du professionnel de santé qui assure leur suivi génésique ?

Une étude sera menée directement auprès des femmes pour faire un état des lieux de leur connaissance du métier et de leurs attentes. La première partie pose le contexte en rappelant les origines historiques du métier ainsi que les compétences et la reconnaissance actuelle. La méthode d'étude et la présentation des résultats sont regroupées dans une deuxième partie. A la lumière des deux premières parties, les résultats obtenus sont discutés et analysés dans une troisième partie amenant à s'interroger sur des axes de progression pour faire reconnaître le métier aux femmes.

1. PREMIERE PARTIE : CONTEXTE

1.1. SAGE-FEMME : D'HIER A AUJOURD'HUI

1.1.1 Antiquité

Dans l'Égypte antique, la naissance est entourée de rites, d'incantations, de prières et de breuvages « magiques ». Exclusivement féminine, les accoucheuses possèdent le statut de « prêtresses » et leur pouvoir vient directement des Dieux. Cela leur confère un prestige et une vénération particulière.

Dans la Grèce antique, les accoucheuses ou Olympias doivent impérativement ne plus pouvoir concevoir et enfanter pour pouvoir accoucher d'autres femmes. Les rites magiques et les incantations laissent rapidement place à une pratique plus empirique. Elles se basent sur leur propre expérience pour accompagner les femmes en couches et certaines commencent à recevoir un apprentissage plus médical.

Dans la Rome antique on parle d'*obstetricie medicae* pour parler des accoucheuses. Ces femmes sont instruites et respectées dans la société. Le Traité sur les maladies des femmes de Soranos d'Ephèse, est l'ouvrage antique le plus précis en matière de grossesse, d'accouchement et d'allaitement. Cependant dans l'antiquité, les hommes n'ont pas un accès direct au corps des femmes enceintes, leurs connaissances proviennent exclusivement des accoucheuses. [2]

1.1.2 Moyen-âge

Les accouchements sont réalisés par les « matrones » ou « ventrières ». Leur savoir-faire se transmet presque exclusivement de façon orale. Usant de plantes, de gestes magico-religieux, elles disposent de peu de connaissances théoriques. A cette époque, la pratique de l'accouchement repose sur des croyances magiques et astrales. Elles procèdent par erreur et essai et se fient à leur expérience plutôt qu'à une foi religieuse.

Les hommes de pouvoir ont une grande méfiance envers ses « guérisseuses ». Accusées de pratiquer des avortements et de diminuer la fertilité par leurs plantes, elles sont pour certaines inculpées de sorcellerie.

Il faut attendre le XVIème siècle pour que la médecine se sépare progressivement de la religion notamment grâce aux nombreuses dissections pratiquées et aux découvertes qui en découlent. On assiste à la désacralisation du corps humain. Néanmoins ces nouvelles connaissances restent interdites aux femmes. [3]

Il existe un grand décalage entre les villes et les campagnes dans la pratique des accouchements. En ville, le mot sage-femme apparaît et elle constitue un corps de métier

reconnu officiellement. On assiste à l'émergence d'un début de formation. En effet en 1630, les sages-femmes pouvaient faire un stage de 3 mois à l'Hôtel-Dieu à Paris. Leur formation est reconnue et elles sont rémunérées.

Dans les campagnes, ce sont toujours les matrones qui transmettent leur art de génération en génération. L'apprentissage se base exclusivement sur l'expérience, avec une formation purement pratique. On peut devenir matrone par « hasard » d'un service rendu, dans l'urgence en apprenant « sur le tas ». Aucune rémunération n'est exigée et elles sont payées au bon vouloir de l'habitant. De par le manque d'hygiène et les lacunes des matrones, la mortalité maternelle et infantile est très élevée. A la fin du XVIIème siècle, l'Eglise instaure alors une surveillance des matrones et nomme une sage-femme dans chaque commune.

Au XVIIIème siècle, par crainte de dépopulation, l'Etat instaure des cours d'accouchement et souhaite remplacer la matrone jugée incompétente, par une sage-femme formée. Jusqu'alors l'obstétrique n'est pas jugée comme une spécialité noble, un adage est souvent évoqué : « *si ton fils est intelligent, fais-en un médecin ; s'il est adroit, fais-en un chirurgien ; s'il est idiot, fais-en un accoucheur* ». [3]

Un tournant dans la formation apparaît grâce à Mme Du Coudray, sage-femme diplômée de Paris en 1739. Elle invente le premier mannequin grandeur nature d'obstétrique, fait de bois et de tissus. Durant 25 ans, elle sillonne les routes de France pour donner des cours sur l'art de l'accouchement. Elle souhaite former, enseigner son savoir pour remplacer les matrones et leur pratiques empiriques.

1.1.3 XIXème siècle

Le pouvoir exercé par l'État et l'Eglise sur les sages-femmes s'amenuise. Durant ce siècle, le statut des sages-femmes est progressivement redéfini.

Mme Lachapelle, sage-femme française née en 1769, instaure la première école nationale de sages-femmes en 1802 à l'Hôtel Dieu de Paris. Son programme est basé sur un apprentissage illustré et technique de l'obstétrique par des cours et de la pratique sur des mannequins, en adéquation avec la méthode de Mme Du Coudray. Initialement d'une durée de 6 mois, les études passent à 1 an.

Des écoles départementales s'ouvrent peu à peu dans toute la France. Environ 20 000 sages-femmes sont formées au XIXème siècle et exercent principalement dans les milieux ruraux en manque de médecins. Tant que la majorité des accouchements est faite à domicile, la notoriété des sages-femmes demeure. L'insalubrité des hôpitaux et le manque d'hygiène est

dangereux pour les parturientes. La fièvre puerpérale fait des ravages dans toutes les maternités. Et le taux de mortalité peut atteindre 70% des femmes dans certaines structures. Longtemps restées sans solution, ce n'est que vers la fin du XVIIIème siècle que de nouvelles règles d'hygiène apparaissent notamment le lavage des mains, le port de blouse, ... réduisant ainsi les épidémies d'infections.

Par la suite, les parturientes viennent accoucher de plus en plus à l'hôpital du fait de l'industrialisation croissante et de l'insalubrité des logements en milieu surpeuplé. En 1881, la création de corps médical des accoucheurs des hôpitaux met fin à la suprématie des sages-femmes sur les accouchements. Les études et les conditions d'exercice sont modifiées : formation sur deux ans, emploi d'instruments interdit, ... Les matrones deviennent de plus en plus rares, laissant la place aux sages-femmes formées. Avec l'avancée médicale, les progrès en matière d'hygiène et d'asepsie, ... les mortalités maternelle et fœtale sont en baisse. [4-5]

1.1.4 XXème siècle

La fonction des maternités évolue, ce n'est plus seulement un lieu pour accoucher mais c'est aussi un lieu pour les consultations de grossesse et les soins de suite de couches. La formation de sage-femme se renforce pour répondre aux besoins de santé de la population. Elle passe de deux à trois ans en 1943 : une première année commune avec les infirmières pour apprendre les bases en soins généraux et deux années de spécialités en pédiatrie, obstétrique et gynécologie. En 1973 les études de sage-femme deviennent indépendantes des autres formations en santé. Ce n'est qu'en 1982 que la formation s'ouvre aux hommes. Le baccalauréat devient obligatoire pour intégrer la formation qui passe à une durée de 4 ans en 1985. [6]

A partir du XXIème siècle, la formation de sage-femme passe à 5 ans. Il est obligatoire de valider l'examen de première année du premier cycle des études médicales (PCEM1) commune avec les médecins et les dentistes, pour pouvoir rentrer à l'école de sage-femme. En 2014 à lieu la réforme universitaire des études de sages-femmes. A la fin des 5 ans d'études, l'obtention du diplôme s'accompagne du grade Master. [7]

1.2. REPRESENTATION SOCIALE DES SAGES-FEMMES

1.2.1 Définition représentation

Représentation vient du latin *repraesentatio* qui signifie « *l'action de replacer devant les yeux de quelqu'un* ». Selon le « Larousse » une représentation est « *l'action de rendre sensible quelque chose au moyen d'une figure, d'un symbole, d'un signe* » [8]

La notion de représentation sociale est introduite en France par le sociologue Émile Durkheim et son concept de représentation collective. Produit de l'interaction entre le monde extérieur et la société, les représentations collectives regroupent les images, les idées, les croyances d'un groupe d'individus. Ces représentations donnent aux choses leur signification et leur valeur.

Un groupe social se fait une idée sur quelque chose grâce à un ensemble d'informations, de croyances, d'opinions ... [9]

En France, Serge Moscovici, psychologue social français, élabore véritablement le concept de représentation sociale. Selon lui, les représentations sociales partagées par une société ne concernent pas obligatoirement tous ses membres et elles peuvent se modifier au fil du temps. Il définit une représentation sociale comme « *un ensemble d'idées, d'images, d'informations, d'opinions, d'attitudes, de valeurs, ...* » porté par un groupe social à propos d'un objet.

La représentation sociale du métier de sage-femme influence l'image de la profession pour chaque individu. [10]

- Une histoire d'Histoire ?

Entouré d'une forte symbolique, la venue au monde d'un enfant témoigne de notre foi en l'avenir et remet en question le sens même de notre existence.

Depuis aussi loin que l'on puisse remonter dans l'histoire de l'humanité, la fécondité et l'accouchement s'apparentent à de nombreuses croyances. L'art de « donner la vie » s'entoure d'une aura mystique et le caractère sacré des accoucheuses fait l'unanimité à travers les époques. De par l'importance du rôle qu'elles occupent, elles jouissent d'une grande considération dans toutes les sociétés de l'Histoire. Selon le psychologue français Michel-Louis Rouquette « *une représentation sociale a pour propriété fondamentale d'être historique* ». De ce fait, l'image des sages-femmes d'aujourd'hui s'alimente aussi de l'histoire du métier. [11]

- Une histoire de nom ?

Plusieurs noms sont donnés pour désigner cette profession : accoucheuse, ventrière, matrone, sage-femme, ...

Ventrière est le premier nom français pour ce métier. Il désigne le « ventre » qui grossit tout au long de la grossesse pour donner naissance au « fruit », à l'enfant qu'il renferme, une « ventrée ». Ce terme est utilisé pendant près de trois siècles jusqu'à la fin du XIV^{ème} siècle.

Le terme matrone existe en France depuis le XIV^{ème} siècle. Matrone, *mater* en latin désigne la « mère ». Le terme sage-femme apparaît quant à lui au XV^{ème} siècle. Toutes ces dénominations sont féminines, montrant ainsi la prédominance féminine du métier.

Certains pourraient croire que la simple dénomination « sage-femme » écarte automatiquement les hommes de la profession. En effet, ce terme peut porter à confusion et certains peuvent penser à tort que ce métier est exclusivement féminin.

« Sage » vient du latin « sapiens » dérivé du verbe « savoir » et signifie « qui a la connaissance des choses » en l'occurrence, la Sage-Femme est une professionnelle qui a la connaissance des femmes. On désigne par « femme » la patiente et non le soignant. Un homme peut donc tout à fait être une sage-femme.

Le terme anglais « midwife » définit bien la profession.

« mid » en vieil anglais signifie « avec » et « wife » femme. Nous en venons au sens même du métier en désignant une personne qui accompagne la femme, qui est avec elle.

La confusion de genre est telle qu'un nouveau terme est apparu en 1980, forgé par l'Académie française, « Maïeuticien » dérivé du grec *maieutikê* (l'art de faire des accouchements) pour désigner les hommes de la profession. Mais ce terme n'a jamais été accepté par le conseil de l'ordre des sages-femmes jugé trop réducteur pour la profession. [12]

1.2.2 Image de la sage-femme

Pour la majorité de la population, le métier de sage-femme n'évoque pas une image professionnelle précise mais plutôt une idée vaguement familière, imprécise. Pour ceux qui ont été confrontés à la naissance d'un enfant, ils peuvent se rappeler une présence rassurante, aidante, un visage gravé dans leur mémoire ou une voix ancrée dans leur souvenir.

En sa qualité de femme, l'expérience de la maternité est subjective. Chaque expérience est unique et chaque femme la vit de façon différente. La sage-femme, témoin de ce moment, éclaire de son savoir et accompagne chaque couple. Parce les sages-femmes sont présentes pendant l'une des périodes les plus importantes d'une vie, elles marquent les esprits de tous.

Ce métier porte à questionnement, parce qu'il touche en chacun leur intimité physique et émotionnelle. [13]

- La féminité comme compétence

« Une histoire de femmes » qui concerne les femmes. En effet ce sont elles qui détiennent le « pouvoir de mettre au monde un être vivant, capacité que ne possèdent pas les hommes ». Mais pour autant, l'obstétrique est-elle une discipline seulement réservée aux femmes ? Comme vu précédemment, ce n'est plus le cas depuis 1982.

La loi du 17 mai 1943 explique le caractère sexué de la profession, 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* ». [14]

Il est vrai que cette profession est une des plus féminisée. En effet, elle n'est ouverte aux hommes que depuis une trentaine d'années et à ce jour, ils représentent 2,6% des sages-femmes en France. [15]

Cette évolution est donc récente et la sage-femme semble encore historiquement représentée par une femme. Nous pouvons nous demander si cette image va changer au fil des années par l'arrivée progressive des hommes dans la profession.

1.2.3 Représentations des sages-femmes par les acteurs de la périnatalité

Le domaine de la santé regroupe de nombreux professionnels de santé notamment les gynécologues-obstétriciens, les pédiatres et les anesthésistes. De par leur interaction directe avec les sages-femmes, ils possèdent une représentation professionnelle de ce métier. Une étude a mis en évidence les qualités attribuées aux sages-femmes par les professionnels de la périnatalité. Du côté médecins, la technicité et l'accouchement sont au premier plan. Pour les sages-femmes, le relationnel et l'émotion président. Ces divergences montrent la méconnaissance du métier au sein même du réseau périnatal. [16]

Selon un mémoire de fin d'année sur la connaissance du métier de sages-femmes par les internes, seuls 50% d'entre eux ont les connaissances suffisantes sur les compétences sages-femmes. Ces informations viennent renforcer l'idée de méconnaissance du métier. [17]

La santé selon l'OMS est « un état de bien-être complet physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie » [18] De par cette définition, on peut en déduire la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire où tous les professionnels travaillent en collaboration. Il est donc important que tous sachent reconnaître les compétences de chacun.

1.3.UNE PROFESSION REGLEMENTEE ...

1.3.1 Une formation universitaire

La formation de sage-femme a beaucoup évolué au fil des années, elle dure maintenant cinq ans et aboutit à un Diplôme d'État de sage-femme, grade Master, indispensable pour exercer. Elle s'intègre progressivement dans le système universitaire et s'ouvre à l'enseignement supérieur, à la recherche et à l'international.

Selon l'article Art. L. 4151-7-1 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients à la santé et aux territoires (HPST) « *la formation initiale des sages-femmes peut être organisée au sein des universités* ». [19]

Depuis 2011, la formation initiale intègre le système LMD (Licence-Master-Doctorat) et se compose d'une Première Année Commune aux Études de Santé (PACES) et de quatre années d'études au sein d'une école de sage-femme.

La PACES s'effectue dans une des 36 universités de France qui proposent cette filière. Elle réunit quatre filières : maïeutique, médecine, odontologie et pharmacie. Cette première année aboutit à un concours spécifique pour chaque spécialité. Le nombre de places à l'entrée de l'école de sage-femme est régulé par le « numérus clausus » qui s'adapte aux données démographiques de la profession.

Après la réussite du concours, les étudiants intègrent une des 34 écoles de sages-femmes de France pour 4 années d'études où se mêlent stages pratiques et cours théoriques. [20]

D'après le code de la santé publique, les sages-femmes ont une obligation de formation continue, dont le but est de parfaire leurs connaissances professionnelles et d'améliorer la prise en charge des patients. Des diplômes complémentaires sont ouverts aux sages-femmes volontaires. Moyennant un coût, ils permettent aux sages-femmes d'ouvrir leur champ de compétences. Nous pouvons retrouver par exemple : acupuncture, échographies obstétricales, homéopathie, ... [21]

1.3.2 Des compétences sages-femmes aux contours précis

La profession de sage-femme est définie dans le code de santé publique dans les professions médicales selon l'article L4151-1 qui stipule que « *L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant* »

La sage-femme est experte en physiologie. Selon l'article L4151-3 du code de la santé publique, « *en cas de pathologie maternelle, fœtale ou néonatale pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, et en cas d'accouchement dystocique, la sage-femme doit faire appel à un médecin* » [22]

Outre la physiologie, elle doit aussi être formée à la pathologie pour permettre le dépistage et l'orientation des femmes vers un médecin adapté.

Définie comme une profession médicale à compétences définies, la sage-femme exerce de manière autonome et à des compétences partagées avec entre autres, les gynécologues-obstétriciens, les pédiatres, les médecins généralistes ... Elle est munie d'un droit de diagnostic et de prescription. Son champ d'activité, souvent méconnu du grand public, a pourtant des directives strictes. Ses compétences sont précisées dans « le référentiel métier et compétences des sages-femmes » et son champ d'intervention est établi dans « le code de la santé publique ».

1.3.3 Des compétences en constante évolution

La sage-femme trouve sa place tout au long de la vie d'une femme, en anté, per et post natal mais aussi en dehors des grossesses, pendant tout leur suivi gynécologique de prévention.

Traditionnellement, on associe la sage-femme à l'accouchement. En effet, une sage-femme peut suivre l'intégralité d'une grossesse physiologique et assurer la surveillance du travail et de l'accouchement. Elle assure également les soins post partum de la mère, les soins du nouveau-né, s'assure du bon déroulement d'un allaitement et de l'établissement d'un lien mère-enfant. Elle réalise des préparations à la naissance ainsi qu'à la parentalité, et pratique la rééducation périnéale. Elle a aussi un rôle primordial en matière de prévention sur les addictions notamment sur le tabac. Des substituts nicotiques peuvent être prescrits aux femmes et à leur entourage. En se trouvant au premier plan dans un moment particulier de la vie d'une femme, la sage-femme peut repérer des violences. Elle doit les informer et les orienter au mieux dans des structures spécialisées. Elle participe également aux activités d'assistance médicale à la procréation dans les limites de ses compétences. [23-24]

L'histoire connaît depuis longtemps les sages-femmes et pourtant ce métier est aujourd'hui encore en construction. Toujours en évolution, cette profession connaît des réformes régulières dans ses compétences et son champ d'action.

Depuis la loi du 21 juillet 2009, les sages-femmes peuvent assurer le suivi gynécologique de prévention et le suivi de contraception chez toutes les femmes tout au long de leur vie. En cas de pathologie, le suivi doit être réorienté vers un médecin. [19]

Elle peut également prescrire et vacciner les femmes ainsi que les bébés et, depuis le 2 juin 2016, cette compétence est élargie à l'entourage dans les limites de la loi. Depuis ce décret, les sages-femmes sont également autorisées à réaliser des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse. [25]

1.3.4 Démographie des sages-femmes

Les modes d'exercices de la profession sont multiples. Que ce soit en cabinet libéral seul ou en collaboration mais encore en tant que salariées dans le secteur hospitalier public ou privé, dans les collectivités territoriales ou dans l'enseignement, les sages-femmes peuvent exercer dans plusieurs secteurs.

Selon l'Ordre des sages-femmes, en 2014 les sages-femmes libérales représentent 21% de la profession contre 57% pour les sages-femmes hospitalières (publiques et privées). [26]

En 2017, la France comptait 28932 sages-femmes inscrites à l'ordre.

Le nombre de sages-femmes est en constante augmentation alors que le nombre de naissances est quasi-constant. En vingt ans, selon une enquête du gouvernement, l'effectif de sages-femmes a augmenté de 70% alors que le taux de natalité n'a augmenté que de 11%. [27]

L'accès à l'emploi devient de plus en plus difficile à l'obtention du diplôme. On assiste alors depuis plusieurs années à une augmentation du nombre de sages-femmes libérales. Les emplois en établissement de santé ont changé, la titularisation devient difficile et les contrats à durée déterminée s'enchaînent pendant plusieurs années. Ces difficultés d'accès à l'emploi posent question, et une proposition de baisse progressive du numérus clausus sur 5 ans, en fonction des régions pour la rentrée 2017, a été proposée par le conseil de l'Ordre. [28]

1.4. ... MAIS A LA RECONNAISSANCE INCERTAINE

1.4.1 Grève, statut médical

Profession médicale non reconnue, manque de visibilité auprès de la population, non valorisation de leurs compétences, les sages-femmes tirent le signal d'alarme en octobre 2013. Débutant par un sit-in sur le parvis du Ministère de la santé, les sages-femmes entament alors une grève qui va durer plus d'un an. Elle concerne 70% des maternités, des milliers de sages-femmes et d'étudiants. Grévistes invisibles, elles continuent pour la majorité à travailler, l'hôpital n'ayant aucun jour de fermeture. Leurs revendications sont basées essentiellement

sur la reconnaissance de leur métier : avoir un statut de personnel médical hospitalier au même titre que médecin et dentiste, être reconnu comme praticien de premier recours auprès des femmes, avoir une revalorisation salariale, ... Des manifestations sont organisées, les sages-femmes descendent dans les rues. [29]

Essoufflée, la grève se tarit et les résultats qui en découlent ne sont pas à la hauteur des attentes. Les mesures prises, sont pour la plupart, sans vraie conséquence sur l'exercice du métier. Cependant, ce mouvement de grève a au moins eu le mérite de les rendre visibles du grand public.

1.4.2 Plan de campagne 2016 sur la reconnaissance de la profession

Parce que la méconnaissance du métier de sage-femme par les femmes est un fait, Marisol Touraine, Ministre des affaires sociales et de la santé en 2016, lance une campagne d'information nationale sur le métier. [30] Cette campagne se développe sur internet mais aussi sur des affiches et dépliants. Selon elle, « *Une profession de sages-femmes reconnue, modernisée, médiatisée, c'est un système de santé plus performant et des Françaises et Français mieux protégés. Avec cette campagne, nous permettons à chacune et chacun de mieux connaître la richesse et la diversité de cette profession.* ». Par cette mesure, l'État souhaite faire connaître au grand public les diversités de ce métier et les différentes possibilités de choix dans les professionnels de santé. Pour autant, peut-on dire que cette campagne a eu l'impact souhaité dans l'esprit des français ? (Annexe I) [31]

2. DEUXIEME PARTIE : METHODE ET RESULTATS

2.1. METHODOLOGIE

2.1.1 Problématique

Au regard de ma première partie, il en résulte que la profession de sage-femme bien qu' ancestrale est aujourd'hui définie par un cadre bien délimité. Les compétences qui leur sont attribuées ne cessent d'évoluer. Cependant ce métier souffre d'un manque de reconnaissance comme le montrait les mouvements de grève en 2013-2014. Au milieu de leur statut médical un peu "ambigu", des différents décrets sur les modifications de leurs compétences, les sages-femmes peinent à acquérir la reconnaissance voulue. Le grand public se perd aussi et ceci peut expliquer son manque de connaissance sur ce métier.

Notre étude est partie de cet état de fait. Nous avons pu ainsi nous questionner : « En quoi la connaissance des femmes sur les compétences et sur le métier de sages-femmes induit un choix libre et éclairé du professionnel de santé qui assure leur suivi gynécologique ? »

Cette étude s'est articulée autour de cette problématique

2.1.2 Objectifs

L'objectif principal de notre étude était :

1. Faire un état des lieux des connaissances des femmes sur les compétences et le métier de sage-femme.

Les objectifs secondaires étaient :

2. Informer les femmes sur les différents professionnels pouvant assurer leur suivi gynécologique et obstétrical.
3. Mettre en évidence les facteurs qui déterminent le choix du professionnel de santé pour le suivi gynécologique des femmes.

2.1.3 Hypothèses

Nous avons émis les hypothèses suivantes :

- 1 : Peu de femmes connaissent les actes que peuvent réaliser les sages-femmes
- 2 : Les femmes assimilent le métier de sage-femme surtout aux gestes techniques de l'accouchement
- 3 : Peu de femmes connaissent le droit de prescription des sages-femmes
- 4 : Le métier de sage-femme est méconnu du grand public
- 5 : Peu de femmes se font suivre par une sage-femme pour leur suivi gynécologique de prévention
- 6 : Peu de femmes savent qu'elles peuvent faire leur suivi gynécologique de prévention chez une sage-femme.

7 : Les femmes sans enfant font moins appel à une sage-femme pour leur suivi gynécologique de prévention que les femmes avec des enfants

8 : Les femmes habitant en milieu rural se font plus suivre par une sage-femme pour leur suivi gynécologique de prévention que les femmes citadines.

2.1.4 Type d'étude

Ce mémoire s'est basé sur une étude épidémiologique observationnelle descriptive analytique et comparative par questionnaire dans les rues de Metz en 2017.

Elle a été réalisée par micro-trottoir et la population cible a été interrogée directement. Le projet de mémoire a été présenté à la population cible avant la réalisation du questionnaire.

2.1.5 Population

La population cible de l'étude a eu pour critères d'inclusion les femmes de plus de 18 ans. Les critères de non inclusion ont donc été les hommes, les femmes mineures et les femmes non francophones.

Le recrutement de la population cible a été fait par catégorisation.

Au total, 105 femmes ont été recrutées :

- 35 femmes entre 18 et 25 ans c'est-à-dire des femmes qui pour la plupart sont nullipares
- 35 femmes entre 26 ans et 40 ans c'est-à-dire des femmes qui pour la plupart sont en pleine activité reproductrice.
- 35 femmes de plus de 40 ans c'est-à-dire des femmes qui pour la plupart sont en fin d'activité reproductrice et/ou ne souhaitent plus d'enfants.

Sur ces 105 femmes, 50% ont été issus de milieu urbain et 50% de milieu rural

2.1.6 Lieu et période de l'étude

L'étude a été réalisée dans les rues de Metz en centre-ville de septembre 2017 à décembre 2017.

2.1.7 Critères de jugement

Dans cette étude, nous avons pu noter 4 critères de jugement

1 : Le type de professionnel de santé qui assure le suivi gynécologique de prévention

2 : La parité (nullipare ou non)

3 : Le lieu de vie (rural ou urbain)

4 : Les connaissances des femmes à propos de la profession de sage-femme et de ses compétences.

2.1.8 Biais

Lors de cette étude nous pouvions nous attendre un biais de sélection, minimisé par la catégorisation des femmes interrogées pour arriver à une représentation la plus juste possible de la population féminine française. Cette étude s'est basée sur le volontariat, les personnes refusant d'y participer ont représenté aussi un biais.

2.1.9 Obligation réglementaire

Ce mémoire a été soumis à l'autorisation d'un comité consultatif de protection des personnes. Le « CPP Est 1 » a émis un avis favorable le 21 septembre 2017 pour la réalisation de l'étude.

Déclaration de conflit d'intérêt : Étude épidémiologique – observationnelle de catégorie 3 : Recherche non interventionnelle.

2.2 QUESTIONNAIRE

2.2.1. Recueil des données

Le questionnaire à destination des femmes majeures utilisé pour cette étude a été composé de 20 questions. Il s'est divisé en 3 parties.

Dans une première partie intitulée « généralités », les renseignements récoltés ont été à caractère individuel et ont permis la catégorisation de la population. La seconde partie a exploré les connaissances des femmes sur le métier de sage-femme, à la fois sur la formation mais aussi sur les lieux d'exercice, ...

Enfin, dans une dernière partie, les compétences sages-femmes ont été questionnées.

(Annexe II)

2.2.2. Gestion des données.

Les données ont été recueillies par questionnaire. Elles ont été recueillies anonymement, avec l'attribution d'un numéro d'anonymat en fonction de la réception et saisie des données. Celles-ci seront détruites après l'analyse et la publication des résultats.

Les résultats seront publiés après la validation par la soutenance devant un jury d'examen.

Les données recueillies ont été analysées par le logiciel « Excel ». Pour les tests de comparaison de Fischer et de Chi², nous avons utilisé le logiciel « biostaTGV ».

2.3 RESULTATS

Sur les 105 questionnaires donnés, 104 ont été exploitables.

2.3.1 Descriptif de la population

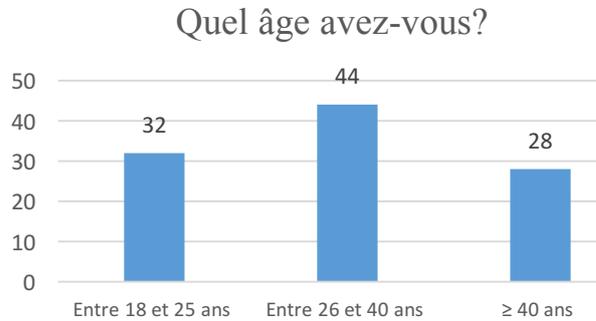


Figure 1 : Age des 104 femmes interrogées à Metz en 2017



Figure 2 : Lieu de vie des 104 femmes interrogées à Metz en 2017

La moyenne d'âge de la population est de 33,3 ans et la médiane est de 30 ans.

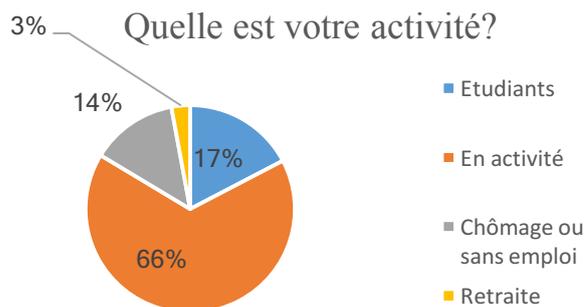


Figure 3 : Catégories socio-professionnelles de 104 femmes à Metz en 2017.

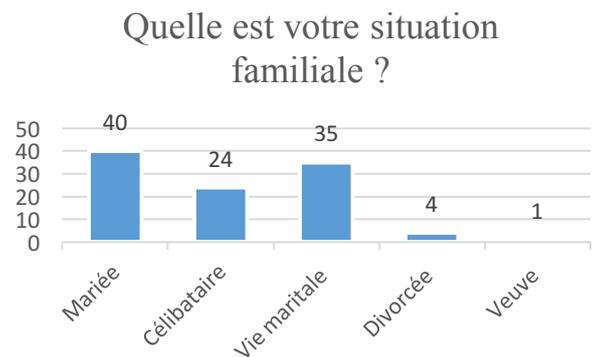


Figure 4 : Situation familiale de 104 femmes à Metz en 2017

Dans la population étudiée (n=104), 28% des femmes sont célibataires et 72% sont en couple

2.3.2 Information sur la vie obstétricale de la population

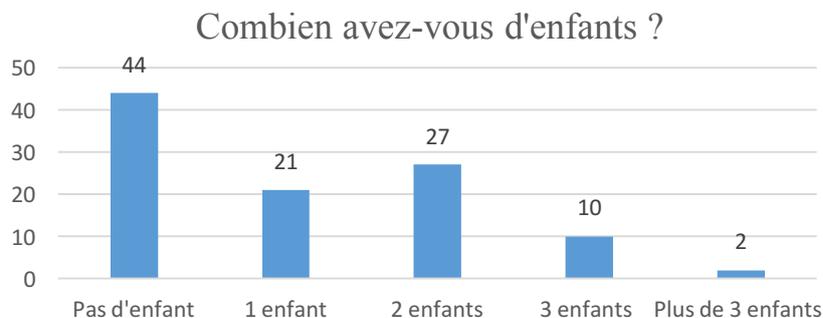


Figure 5 : Nombre d'enfants pour les 104 femmes interrogées à Metz en 2017

Dans la population étudiée (n = 104) , 42% des femmes n'ont pas d'enfants.

Quel professionnel de santé a assuré votre suivi de grossesse ?



Figure 6 : Choix du professionnel ayant assuré le suivi de grossesse des 60 femmes interrogées ayant eu des enfants

2.3.3 Suivi gynécologique de la population

Vous faites-vous suivre régulièrement sur le plan gynécologique ?



Figure 7 : Régularité du suivi gynécologique des 104 femmes interrogées à Metz en 2017

Tableau I : Professionnels de santé assurant le suivi gynécologique de prévention des 104 femmes interrogées à Metz en 2017

	Nombres de femmes (%)
Professionnels de santé assurant le suivi gynécologique de prévention	
Sage-femme	22 (21%)
Gynécologue	71 (68%)
Médecin traitant	4 (4%)
Personne	7 (7%)
Total	104 (100%)

Tableau Ia : Professionnels de santé assurant le suivi gynécologique de prévention des 104 femmes interrogées à Metz en 2017 en fonction du lieu d'habitation

	Nombre de femmes vivant en ville (%)	Nombre de femmes vivant à la campagne (%)
Professionnels de santé		
Sage-femme	10 (18%)	12 (24%)
Gynécologue	38 (69%)	33 (67%)
Médecin traitant	3 (6%)	1 (2%)
Personne	4 (7%)	3 (6%)
Total	55 (100%)	49 (100%)

Tableau Ib : Professionnels de santé assurant le suivi gynécologique de prévention en fonction de la parité des 104 femmes interrogées à Metz en 2017

	Femmes avec enfant (%)	Femmes sans enfant (%)
Professionnels de santé		
Sage-femme	14 (23%)	8 (18%)
Gynécologue	43 (72%)	28 (63%)
Médecin traitant	2 (3%)	2 (5%)
Personne	1 (2%)	6 (14%)
Total	60 (100%)	44 (100%)

Pourquoi avoir choisi ce professionnel de santé ?



Figure 8 : Choix du professionnel de santé pour les 104 femmes interrogées à Metz en 2017

Pour quelle raison avoir choisi ce professionnel de santé ?

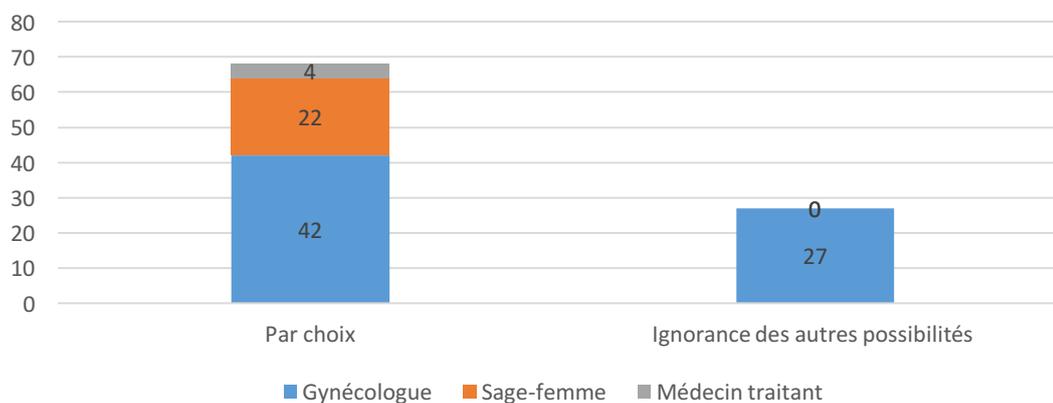


Figure 9 : Justification du choix de suivi gynécologique en fonction des professionnels de santé pour les 104 femmes interrogées à Metz en 2017

Tableau II : Justification du choix du professionnel de santé assurant le suivi gynécologique de prévention en fonction du pourcentage de réponses recensées chez 104 femmes à Metz en 2017

Professionnels de santé assurant le suivi gynécologique			
	Sage-femme	Gynécologue	Médecin traitant
Justification du choix de professionnel de santé	Disponibilité (40%) Plus d'écoute (60%) Plus intime (10%) Plus humaine (22%) Plus d'échanges, d'informations (4%) Plus douce (14%) Moins chère (10%) Connue pendant la grossesse (45%)	Relation de confiance (7%) Spécialiste (6%) Plus rassurant (4%) Pathologies (endométriose, fibromes, ...) (15%) Suivi depuis toujours (20 %) Médecin de famille (20 %) Ignorances des autres possibilités (40%) Ma sage-femme ne pose pas de stérilet (2%)	Proximité (100%) Prise de rendez-vous rapide (75%)
	Total (n)	22	71

n = effectif

2.3.4 Connaissance sur le métier de sage-femme

A quel type de professionnel les sages-femmes appartiennent-elles ?

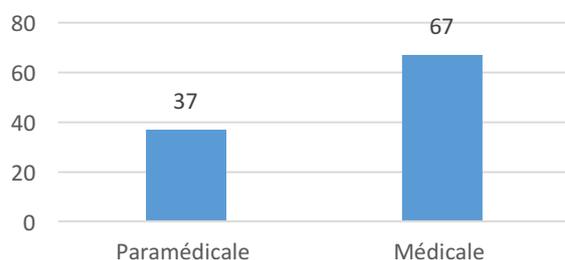


Figure 10 : Sage-femme une profession médicale ? Réponses de 104 femmes interrogées à Metz en 2017

Combien d'année post baccalauréat dure la formation de sage-femme ?

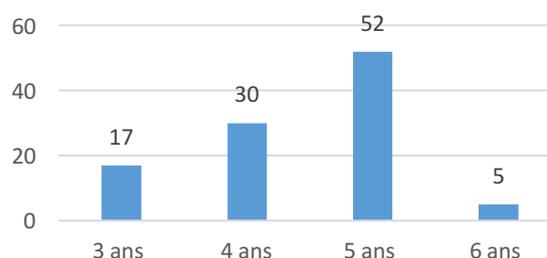


Figure 11 : Nombre d'années d'étude dans la formation de sage-femme selon 104 femmes interrogées à Metz en 2017

64% des femmes interrogées pensent que le métier de sage-femme est une profession médicale et 50% pensent que les études de Sage-Femme durent 5 ans.

Existe-il des sages-femmes hommes ?

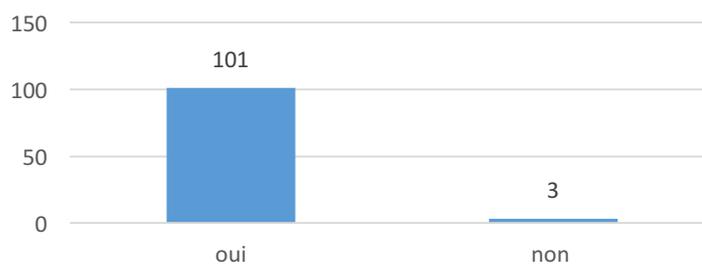


Figure 12 : Les hommes dans la profession de sage-femme. Réponses de 104 femmes interrogées à Metz de septembre à décembre 2017

Dans quels lieux exercent les sages-femmes ?

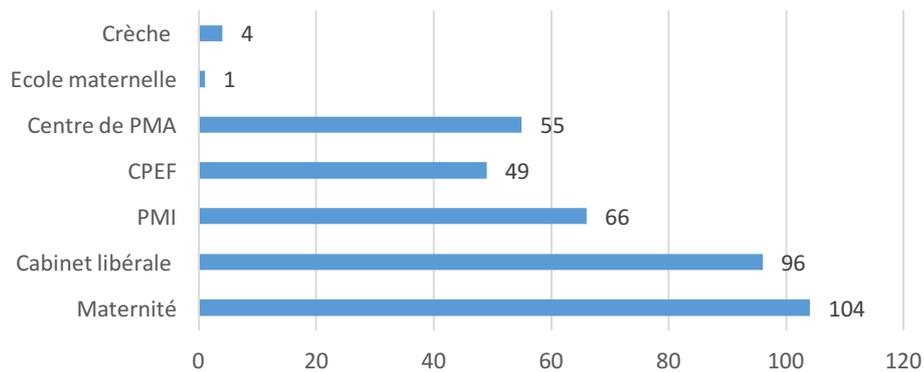


Figure 13 : Lieu d'exercice des sages-femmes. Réponse de 104 femmes à Metz en 2017
(PMA = procréation médicalement assistée ; CPEF = Centre de planification et d'éducation familiale ; PMI = protection maternelle et infantile)

2.3.5 Qualités indispensables pour être sage-femme selon la population

Sur les 104 questionnaires, 93 femmes ont répondu à la question suivante : « Selon vous quelles sont les qualités indispensables pour être sage-femme ? »

Les réponses sont organisées en 2 tableaux :

- Un tableau regroupe les qualités humaines citées par les femmes
- Un tableau concerne les qualités professionnelles citées par les femmes

Tableau IIIa : Qualités humaines des sages-femmes recensées chez 104 femmes à Metz en 2017

	Nombre de fois cité par les femmes
Qualités humaines	
Écoute	48
Empathie	20
Calme	7
Douce	18
Rassurante	6
Bienveillante	7
Patiente	15
Bon relationnel avec les patients	8
Courage	1
« Amour du métier »	1
« Ne pas avoir peur »	1
« Aura chaleureuse »	1
« Aimer les enfants »	2
Total	135

Plusieurs réponses possibles

Tableau IIIb : Qualités professionnelles recensées chez 104 femmes à Metz en 2017

	Nombre de fois cité par les femmes
Qualités professionnelles	
Professionalisme	8
Bonne connaissance de la grossesse	15
Compétences	2
Perfectionniste	2
Réactivité	1
Savoir anticiper	1
Savoir faire	1
Autonomie	1
Esprit scientifique	1
Sang froid	3
Total	35

Plusieurs réponses possibles

Rapports entre les qualités professionnelles et humaines citées par la population

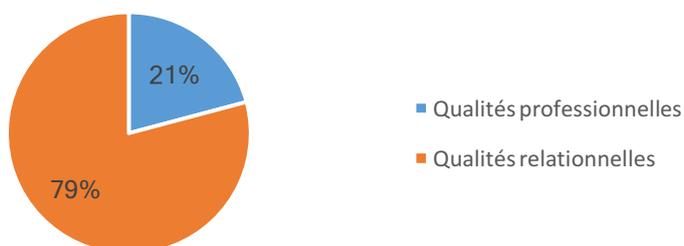


Figure 14 : Rapport entre les qualités humaines et professionnelles des sages-femmes citées par 104 femmes interrogées à Metz en 2017

2.3.6 Connaissances sur les compétences sages-femmes

Quel professionnel de santé peut vous prescrire et vous poser une contraception ?

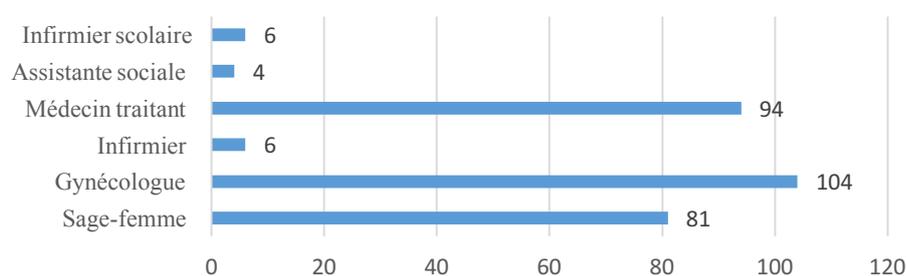


Figure 15 : Prescription et pose de contraceptif par les sages-femmes selon 104 femmes interrogées à Metz en 2017

78% des femmes pensent qu'une sage-femme peut prescrire et poser une contraception.

100% des femmes pensent que le gynécologue possède ce droit de prescription et de pose.

90% des femmes pensent que le médecin traitant est à même de prescrire et de poser un contraceptif.

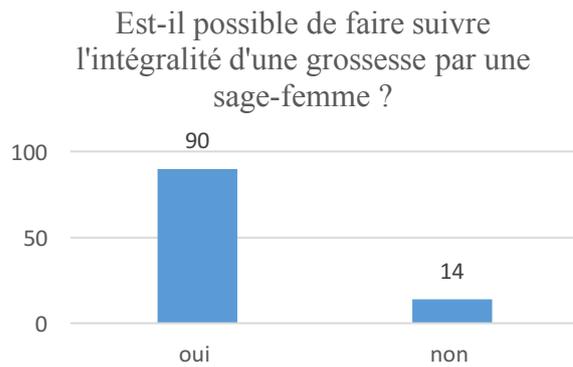


Figure 16 : Suivi de grossesse par les sages-femmes. Réponses de 104 femmes interrogées à Metz en 2017

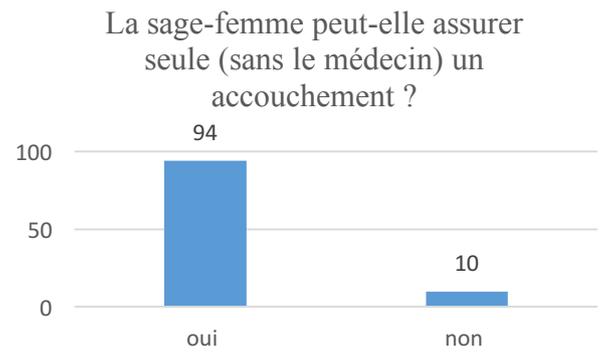


Figure 17 : Prise en charge d'un accouchement par une sage-femme. Réponses de 104 femmes à Metz de en 2017

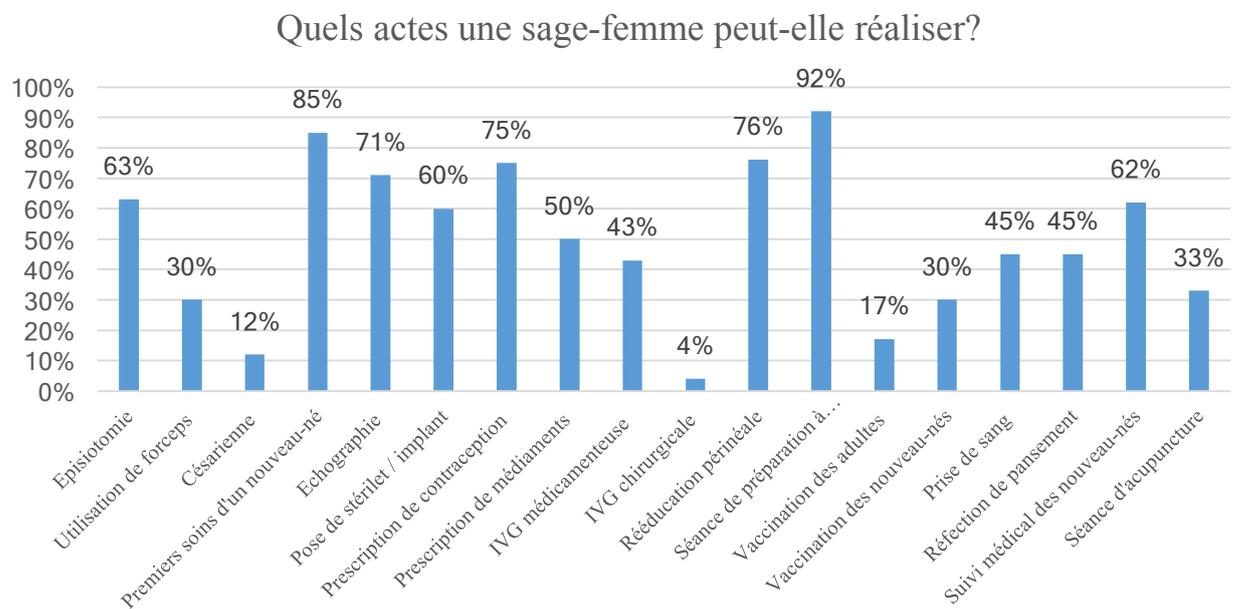


Figure 18 : Actes réalisés par les sages-femmes selon 104 femmes interrogées à Metz en 2017

2.3.7 Qualification des connaissances sur les sages-femmes par la population

Comment jugez-vous vos connaissances sur le métier de sage-femme ?

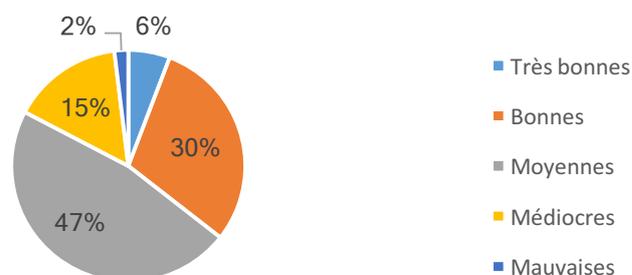


Figure 19 : Auto-évaluation des 104 femmes interrogées à Metz en 2017 sur le métier de sage-femme

3 TROISIEME PARTIE : DISCUSSION

3.1 LES LIMITES DE L'ETUDE

3.1.1 La population de l'étude

Cette étude présente un biais de sélection. En effet, la population interrogée a été choisi arbitrairement dans les rues du centre-ville de Metz. Ce choix de méthode a été fait pour que l'échantillon de population représente au mieux la totalité des femmes françaises. Cependant, il est faux de penser que les 104 femmes questionnées dans cette étude soient la représentation parfaite de la population féminine française. De plus certaines femmes interrogées étaient en groupe et remplissaient le questionnaire en même temps tout en discutant, de ce fait certaines de leurs réponses ont pu être biaisées ou influencées par le choix de leurs amies.

3.1.2 Rédaction du questionnaire

La population a été interrogée directement et leurs réponses ont été immédiates. Nous avons, de ce fait été présents durant le remplissage des questionnaires. Ce facteur a pu influencer certaines de leurs réponses notamment lors des questions ouvertes. De même, notre présence a pour certaines, constituée un frein dans leur participation à l'étude. Le sujet du mémoire étant pour certaines jugé « trop intime et personnelle » pour y répondre directement dans la rue.

3.2 LES ATOUTS DE L'ETUDE

En interrogeant directement les femmes dans la rue, le nombre de questionnaire nécessaire à l'étude a été facilement atteint. Sur les 105 questionnaires imprimés, 104 ont été exploitables.

En allant directement au contact de la population, cela créé une relation plus humaine et plus directe qu'un questionnaire que l'on remplit seule. Nous avons pu remarquer que cette étude a suscité de la curiosité et de l'intérêt de la part des femmes sur le métier de sage-femme. De plus à la fin de l'échange, nous avons pu leur transmettre des réponses à leurs questionnements.

3.3 HYPOTHESES ET RESULTATS

3.3.1 Une méconnaissance reconnue

L'hypothèse avait été faite que « *le métier de sage-femme est une profession méconnue du grand public* ». Dans l'étude, une auto-évaluation sur les connaissances de ce métier a été demandée. Il en ressort que selon la *Figure 19* des résultats, seulement 36% des

femmes jugent avoir une bonne voire très bonne connaissance du rôle de la sage-femme, 17% jugent avoir de médiocres voire de mauvaises connaissances du métier et 47% pensent avoir des connaissances moyennes. De plus, certaines femmes ont avoué avoir rempli certaines questions « au hasard », ne connaissant pas la réponse. En prenant en compte que seulement un tiers des femmes interrogées pensent avoir de bonnes connaissances sur le métier de sage-femme, nous pouvons dire que la méconnaissance de la profession est un fait que la population reconnaît elle-même.

Dans cette étude, selon les *Figures 10 et 11* environ deux tiers des femmes savent que la profession de sage-femme est médicale et environ la moitié de la population connaît le nombre d'années d'étude nécessaire à la formation.

Si les lieux d'exercices « traditionnels » des sages-femmes tels que la maternité ou les cabinets libéraux sont connus du grand public, les CPEF, la PMI ou encore les centres d'AMP restent moins populaires. En effet, selon la *Figure 13*, seulement environ la moitié des femmes interrogées savent que les sages-femmes peuvent exercer dans des centres de PMA et dans les CPEF et 63% d'entre elles connaissent les sages-femmes de PMI. Il est vrai que minoritaires, les sages-femmes exerçant dans ces lieux ne représentent que 5% des sages-femmes en activité. [26]

Les connaissances des femmes sur le métier de sage-femme loin d'être catastrophiques ne sont tout de même pas parfaites et surtout demeurent dans leurs esprits encore trop imprécis. **Nous pouvons donc invalider l'hypothèse 4.**

3.3.2 Des acquis pour la population

Selon la *Figure 12*, 97% de la population estime que les sages-femmes peuvent également être des hommes. Ouverts aux hommes depuis une trentaine d'années comme vu dans la première partie, il semble que cette notion soit claire dans l'esprit des femmes d'aujourd'hui. Cela peut être expliqué par le fait que le nombre de sage-femme homme a légèrement augmenté ces dernières années passant de 1% en 2006 à 2,6% aujourd'hui. [15]

En France, l'accouchement reste dans l'esprit des femmes, le rôle par excellence des sages-femmes. Selon la *Figure 17*, 90% des femmes interrogées pensent qu'une sage-femme peut réaliser seule un accouchement. Les 10% de femmes assurant qu'une sage-femme assure l'accouchement avec le médecin peut s'expliquer en partie par la pratique des cliniques privées. En effet dans certaines maternités privées, la sage-femme accueille les femmes et suit leur travail mais au moment de l'accouchement, c'est le gynécologue qui est présent. De plus, les femmes ayant répondu « non » n'ont pour la majorité jamais eu d'enfant. **Nous pouvons donc valider l'hypothèse 2.**

Si à 86% les femmes ont répondu qu'une sage-femme pouvait suivre l'intégralité d'une grossesse, sur les 60 femmes interrogées ayant eu des enfants seules 24% ont été suivies par une sage-femme. Le suivi de grossesse par une sage-femme est donc une compétence connue par la population, cependant peu de femmes sont suivies par elles. On peut penser que la majorité des femmes ayant un suivi gynécologique par un gynécologue depuis toujours assurent leur suivi de grossesse par lui. Il faut également compter les suivis de grossesses pathologiques où seul le gynécologue est habilité à le réaliser.

3.3.3 Les actes d'une sage-femme

Il a été émis l'hypothèse que « *peu de femmes connaissent les actes que peuvent réaliser les sages-femmes* ».

Selon les résultats de la *Figure 18*, les actes prioritaires de la sage-femme sont majoritairement tournés vers la grossesse et les bébés. En effet la plupart des femmes considèrent que les premiers soins du bébé sont réalisés par une sage-femme et deux tiers d'entre elles pensent que le suivi médical des nouveau-nés est assuré par une sage-femme. S'il est vrai que les sages-femmes réalisent les premiers soins au bébé à la maternité et font des visites à domicile à la suite de l'accouchement pour s'assurer de la bonne santé de la mère et de l'enfant, cette visite ne peut aller que jusqu'à 28 jours de vie du bébé et ne remplace pas un suivi médical régulier chez un pédiatre ou chez le médecin traitant. En 2004, l'ANAES nouvellement appelé HAS depuis 2005, émet des recommandations sur les sorties précoces après un accouchement, de plus en plus de mesures sont prises afin de proposer des retours à domicile précoces pour la mère et son enfant, comme par exemple la création du PRADO initié par l'assurance maladie en 2010 [32-33] Ces démarches mettent en avant les sages-femmes libérales qui ont un rôle de plus en plus important dans le suivi post-natal.

Les actes liés à la grossesse en cabinets libéraux semblent plus ancrés dans l'esprit des femmes. En effet, 92% de celles-ci considèrent que les sages-femmes pratiquent des séances de préparation à l'accouchement et 76% d'entre elles pensent que les sages-femmes peuvent pratiquer la rééducation périnéale. L'échographie est un acte réalisé par les sages-femmes pour 71% des femmes. Cependant un DIU est nécessaire pour en pratiquer dans le cadre de la surveillance d'une grossesse. De même, la pratique de l'acupuncture, possible pour une sage-femme pour 33% des femmes, nécessite une formation supplémentaire.

En ce qu'il concerne l'épisiotomie, environ les deux tiers des femmes savent qu'une sage-femme peut en réaliser au cours de l'accouchement. Un tiers des femmes estiment cependant que la sage-femme utilise des forceps et 12% pensent qu'elle peut réaliser une

césarienne, or ces actes ne constituent pas une compétence sage-femme. Si dans l'esprit des femmes, l'accouchement est l'acte par excellence des sages-femmes, les actes techniques qui l'entourent ne sont pas complètement clairs. Une partie de ces résultats erronés peut s'expliquer du fait que la majorité de ces femmes n'ont pas eu d'enfant et donc ne sont jamais allées dans une salle de naissance.

Concernant les soins infirmiers, ceux-ci ne semblent pas bien connus du grand public. Moins de la moitié des femmes savent qu'une sage-femme est à même de faire une prise de sang ou de réaliser un pansement. Encore une fois la sage-femme s'assimile à la grossesse et les actes annexes ne sont, pour la plupart pas pris en compte.

Les actes nouvellement acquis par les sages-femmes sont quant à eux moins bien connus des femmes. Moins de la moitié des femmes connaissent le droit de pratique des IVG médicamenteuses par les sages-femmes et moins d'un tiers connaissent le droit de vaccination. En effet, comme vu dans la première partie, le décret sur la vaccination et sur l'IVG médicamenteuse ne date que de 2016. Encore trop récentes, ces compétences n'ont pas encore eu le temps d'être intégrées par la population. [25]

Les actes des sages-femmes restent complexes pour les femmes. Si certains sont bien connus, d'autres demeurent incertains. Plutôt que d'affirmer que peu de femmes connaissent les actes des sages-femmes, il serait plus juste de dire que certains actes sages-femmes sont méconnus par les femmes. **Nous pouvons donc invalider l'hypothèse 1.**

3.3.4 Le droit de prescription

Concernant le droit de prescription des sages-femmes, la moitié des femmes savent qu'elles prescrivent des médicaments. Il faut préciser tout de même que le droit de prescription des sages-femmes est limité par une liste de médicaments. Cela a pu compromettre la réponse de certaines femmes. Malgré cela, on peut tout de même dire que le droit de prescription de médicaments n'est pas bien connu par les femmes.

L'étude a montré que 75% d'entre elles connaissent le droit de prescription des contraceptifs. Si la prescription de contraception semble plus connue, la pose l'est un peu moins. En effet 60% des femmes connaissent le droit de pose d'implant ou de stérilets des sages-femmes.

On aurait pu s'attendre à de plus faibles résultats et donc ***l'hypothèse 3 « peu de femmes connaissent le droit de prescription des sages-femmes » ne peut pas être validée.***

3.3.5 Des qualités relationnelles

Si l'acte technique de l'accouchement est majoritairement associé aux sages-femmes, lorsque l'on demande aux femmes de citer les qualités du métier, ce sont à 79 % des qualités humaines qui en ressortent.

En effet pour les femmes, la recette d'une bonne sage-femme réunit en grande partie une qualité d'écoute, d'empathie, de patience et de douceur. Cela renvoie à l'image de la sage-femme maternante, mère elle aussi, qui avec une « aura chaleureuse » comme cité par une des femmes interrogées, accueille une nouvelle vie. Les qualités d'écoute et l'empathie ont été citées 68 fois sur 93 réponses.

L'« amour du métier » cité une fois, interroge sur l'image de la profession. En effet, on ne peut pas s'épanouir dans ce métier qui est au cœur même de l'humain, sans aimer cela. « Aimer les enfants » a été cités 2 fois par la population. Faut-il vraiment aimer les enfants pour être sage-femme ? Cette réponse rappelle l'assimilation presque automatique des sages-femmes aux bébés. De même, l'image maternante et douce des sages-femmes est de nouveau mise en avant.

Les qualités professionnelles comme de bonnes connaissances obstétricales, un perfectionnisme, du sang froid, un professionnalisme, ... sont tout de même citées mais passent plutôt au second plan dans l'esprit des femmes. Les femmes n'ont pour certaines pas vraiment conscience des responsabilités du métier et de la technique demandée. Cela rappelle les dires d'une femme interrogée qui sans mal, après lui avoir rappelé le nombre d'année d'étude, nous a répondu avec étonnement : « Ah bon, il faut faire médecine pour être sage-femme ? ».

3.3.6 La place de la sage-femme dans le suivi gynécologique de prévention des femmes

Les femmes sont-elles toutes au courant des différentes possibilités de suivi gynécologique ? D'après la *Figure 8*, 28% des femmes étudiées ont choisi leur professionnel de santé par ignorance des autres possibilités. Sur un total de 104 femmes, 97 se font suivre régulièrement par un professionnel de santé et 7 ne se font pas suivre. Selon Opinion way, 1/5 des femmes ne font pas de suivi gynécologique régulier. [34] Ce fait doit aussi être soulevé. Certaines femmes par manque d'information ne ressentent pas le besoin de faire un suivi régulier. Il est important de les informer sur l'importance du suivi, par exemple en leur expliquant le but d'un frottis cervico-utérin. Ainsi peut-être se préoccuperaient-elles plus de leur santé gynécologique ? [35]

Selon l'hypothèse émise, « *peu de femmes se font suivre par une sage-femme pour leur suivi gynécologique de prévention* ». Au regard des résultats de l'étude et d'après le tableau I, sur 104 femmes interrogées, 22 se font suivre par une sage -femme pour leur suivi gynécologique de prévention. Ce qui représente 21% de la population étudiées. **On peut donc valider l'hypothèse 5.** Comme vu dans la première partie, les recommandations pour le suivi gynécologique par les sages-femmes sont récentes datant de la loi HPSP de 2009. [...] En 9 ans, ces nouvelles compétences ne sont pas encore bien intégrées par les femmes Selon une enquête de l'Open Médic, en 2016 seules 1,7% des prescriptions de pilules contraceptives sont réalisées par des sages-femmes libérales. De même, les actes relatifs aux suivi gynécologiques (pose d'implants, stérilets, frottis cervico-vaginal, ...) sont réalisés à 2,9% par des sages-femmes libérales. Si ce chiffre semble encore trop bas, il est tout de même en hausse de moitié depuis 2015. [36] Les sages-femmes acquièrent donc de plus en plus de patientes hors grossesse même si encore trop peu de femmes se font suivre par elles.

La survenue d'une grossesse est pour beaucoup de femmes la première rencontre avec une sage-femme. L'hypothèse a donc été émise que « *les femmes sans enfant font moins appel à une sage-femme pour leur suivi gynécologique de prévention que les femmes avec des enfants* ». Selon le *Tableau Ib*, 23% des femmes avec enfant se font suivre par une sage-femme contre 18% pour les femmes sans enfants. Nous avons effectué un test de comparaison grâce au logiciel « bioststgv », ce qui donne pour le test de Fisher : « p » = 0.107, ce qui n'est statistiquement pas significatif. Nous avons également effectué un test de Chi2, comparant sage-femme et gynécologue avec « p » = 0.795, ce qui n'est pas statistiquement significatif.

Nous ne pouvons donc pas conclure. **Nous ne pouvons ni valider, ni invalider l'hypothèse 7.** L'effectif de population semble être insuffisant pour répondre à cette hypothèse.

3.3.7 Vers une pénurie de gynécologues

En 10 ans, le nombre de gynécologue en France a chuté de 41,6%. Les femmes peinent à trouver un professionnel pour leur suivi. Si les déserts médicaux concernent principalement les campagnes, on trouve également de moins en moins de gynécologues dans les villes. Par exemple, Aulnay-sous-Bois, classée 56^{ème} ville en France en terme de population ne compte plus aucun gynécologue libéral. Cette diminution s'explique en partie par le nombre de départs en retraite croissant pour ces spécialistes. Ces départs n'arrivent pas à être compensés par les soixantaines de gynécologues formés chaque année. [37] Concernant les médecins traitants, on peut également observer une diminution de 5% des effectifs en 5 ans. [38]

La demande des femmes est grandissante et la place de la sage-femme doit prendre plus d'assurance dans ce domaine. Ces compétences souvent sous-estimées, doivent être réaffirmées comme l'explique Anne-Marie Curat, Présidente du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes : « *Il ne s'agit nullement de se substituer aux médecins généralistes ou spécialistes : le rôle des sages-femmes est centré sur la physiologie et l'orientation est naturelle dès qu'une maladie apparaît. Il est donc urgent que la répartition des rôles de chacun soit clarifiée car le nombre de professionnels autour de la santé des femmes en France est suffisant dès lors que chacun est en mesure d'exercer pleinement les missions pour lesquelles il a été formé. Ces rôles doivent être communiqués clairement au grand public afin de ne plus laisser les femmes désemparées face à des difficultés d'accès aux soins* ». [39]

Suite à la désertification médicale dans les milieux ruraux, le recours aux sages-femmes semble une alternative pour les femmes. [40] L'hypothèse avait été émise que « *les femmes habitant en milieu rural se font plus suivre par une sage-femme pour leur suivi gynécologique* ». Selon le *Tableau Ia*, pour les femmes vivant à la campagne, 24% se font suivre par une sage-femme contre 18% pour les citadines.

Nous avons réalisé un test de comparaison à l'aide du logiciel « bioststgv », ce qui donne pour le test de Fisher : « $p = 0.107$ », ce qui n'est statistiquement pas significatif. Nous avons effectué un test de Chi², comparant uniquement les données sages-femmes et gynécologues, avec « $p = 0.508$ », ce qui n'est pas statistiquement significatif.

Nous ne pouvons donc pas conclure. **Nous ne pouvons ni valider, ni invalider l'hypothèse 8.** L'effectif de population ne semble pas suffisant pour répondre à cette hypothèse.

3.3.8 Les facteurs déterminant le choix du professionnel de santé

Selon la *Figure 9*, la totalité des suivis sage-femme sont un choix des patientes. Ce choix est justifié pour certaines dans le *Tableau II*. Les sages-femmes permettent selon 40% des femmes interrogées plus de disponibilité et pour 60% d'entre elles, plus d'écoute. De plus, le suivi sage-femme est considéré pour 10% des femmes comme moins cher. Environ la moitié des femmes ont connu leur sage-femme et ont décidé de réaliser leur suivi chez elle à la suite de leur grossesse. La grossesse semble encore et toujours le moment le plus propice pour découvrir les sages-femmes.

Toujours selon le *Tableau II*, 40% des femmes ayant un suivi par un gynécologue ignoraient les autres possibilités de professionnel. Le choix d'un gynécologue comme professionnel de santé est justifié pour 20% des femmes comme un choix logique dans le sens où c'est le médecin qui a toujours assuré le suivi ou qui suit toutes les femmes de la famille.

15% des femmes suivent un gynécologue car elles souffrent d'une pathologie telle qu'un fibrome, de l'endométriose ... Dans ces cas, le gynécologue est le plus habilité à prendre en charge ces patientes. Les femmes justifient aussi leur choix par la relation de confiance qui s'est instaurée entre eux ou encore par la sûreté du suivi et par le fait qu'un gynécologue soit un spécialiste.

Le médecin traitant est choisi comme professionnel de santé notamment par la proximité du cabinet mais aussi par une prise de rendez-vous facile.

Les femmes ne connaissent donc pas bien leurs différentes possibilités de suivi et trop peu encore ignorent qu'une sage-femme est habilitée à effectuer leur suivi gynécologique de prévention. **Nous pouvons donc valider l'hypothèse 6.**

3.3.9 Des compétences pas toujours exercées par les sages-femmes

Selon le *Tableau II*, 2% des femmes ont choisi un suivi par un gynécologue car leur sage-femme ne posait pas de stérilet. En effet, ces nouvelles compétences ne datant que de 2009, la formation antérieure ne les prenait pas en compte. L'âge moyen des sages-femmes libérales étant de 40,7 ans, nombre d'entre elles ont été diplômées avant cette date. [41] Selon une étude menée sur 114 sages-femmes, seul un quart d'entre elles savent poser ou retirer un stérilet et 18% savent poser ou retirer un implant. [42] Selon une autre étude menée en 2014 sur 198 sages-femmes libérales, un peu plus de la moitié exerce des suivis gynécologiques de prévention. Parmi celles-ci, la majorité d'entre elles ont éprouvé le besoin d'avoir recours à une formation complémentaire à la suite de la formation initiale. Les trois quarts des diplômées après 2009 ressentent le besoin d'effectuer une formation plus poussée en gynécologie. On peut se demander si la formation initiale actuelle est correctement adaptée à ces nouvelles compétences. Les sages-femmes n'exerçant pas de suivi gynécologique le justifient par une formation insuffisante ainsi que par une faible demande de la part des femmes. [43] Malgré tout, on retient que la majorité des sages-femmes notamment libérales souhaitent se former pour pouvoir répondre au mieux à la demande des femmes pour leur suivi gynécologique de prévention. [44]

3.3.10 Une formation gynécologique jugée insuffisante

Pour pouvoir répondre à la demande des femmes concernant leur suivi gynécologique, les sages-femmes doivent se sentir en confiance et avoir les outils nécessaires à la bonne pratique de leur activité. Selon l'ordre des sages-femmes, « *les étudiants sages-femmes bénéficient d'un enseignement théorique de 170 heures en moyenne en gynécologie et au moins du même nombre d'heures en stages cliniques, qui pour un certain nombre sont*

réalisés auprès de gynécologues ». [39] Cependant selon une étude menée sur des étudiants sages-femmes en 2014, les stages de gynécologie sont aléatoires et sont surtout dépendants du professionnel. En libéral, de nombreuses sages-femmes ne pratiquent pas de suivi gynécologique et le stage libéral chez un gynécologue reste difficile d'accès de par la pénurie de spécialistes et n'est pas obligatoire. De plus il est rapporté par les étudiants que tous les gynécologues libéraux ne sont pas au courant des nouvelles pratiques sages-femmes et de ce fait, laissent moins pratiquer. Si la théorie est jugée satisfaisante par les étudiants, une pratique insuffisante est majoritairement rapportée. [42]

3.4 PROJETS D'ACTION

3.4.1 Informer les professionnels de santé

Faut-il attendre une première grossesse pour rencontrer une sage-femme ? Si cela est vrai pour la majorité des femmes, cela ne doit pas rester le cas. Alors, comment relayer l'information sur le métier de sage-femme ? Nous pensons que la société française fonctionne beaucoup sur les « on dit que ». En effet c'est souvent sur le conseil d'une amie, de la famille, d'une connaissance, ... que les femmes choisissent de prendre rendez-vous avec tel professionnel. C'est surtout le cas dans la santé. La collaboration entre les professionnels est primordiale. Il est important de pouvoir relayer des informations sur les compétences sages-femmes, au travers des médecins traitants par exemple. Ceux-ci sont souvent les plus au contact de la population. Il faudrait qu'ils puissent informer les femmes sur leurs différentes possibilités de suivi pour leur santé gynécologique. S'ils n'assurent pas eux même le suivi gynécologique de leur patiente, ils pourraient les informer de la possibilité de consulter une sage-femme. Pour ce faire, les médecins doivent être au courant des nouvelles compétences du métier. Des réunions interdisciplinaires pourraient être proposées ainsi que des rencontres entre professionnels de santé incluant les médecins traitants pour discuter et se tenir informés sur les compétences de chacun. On pourrait également proposer des travaux dirigés communs entre les étudiants Sage-Femme et les Internes en Médecine Générale, ce qui permettrait aux futurs professionnels de connaître les compétences de chacun.

3.4.2 Un plan de campagne plus ciblé ?

Le plan de campagne sur le rôle et les missions des sages-femmes lancé en juin 2016 a-t-il eu un impact sur la population française ? Cette question aurait pu être rajouté au questionnaire de cette étude. Composée d'affiches et de vidéo internet, cette campagne s'appuyait sur un fort relais médiatique. Selon une étude d'aout 2016 sur 9 femmes, aucune d'entre elles n'en avaient entendu parler. [45] Il faudrait renforcer ce genre de campagne en

distribuant des affiches chez les médecins traitants par exemple et dans les établissements scolaires comme les lycées ou les facultés.

Il faut cibler la jeune génération, celle qui n'a pas encore de suivi gynécologique et les jeunes adultes qui commencent une vie commune, qui commencent à vouloir fonder une famille ...

Il faudrait sensibiliser les jeunes aux compétences des sages-femmes dans leur suivi génésique lors d'interventions de prévention sur la sexualité, la contraception, ... dans les collèges et lycées. Des informations dans les facultés chez les étudiants seraient également bénéfiques pour renforcer la visibilité de la profession auprès de la jeune génération. En effet, en tant que professionnels de santé, les sages-femmes ont aussi un devoir d'éducation et d'information. Ces interventions dans les établissements scolaires doivent être renforcées pour sensibiliser les jeunes à l'importance du dépistage des IST mais aussi à l'importance de la contraception par exemple. En allant directement au contact de la jeune génération, les sages-femmes se mettent en avant et peuvent prôner les compétences du métier. Ce moyen de communication plus ouvert et plus ludique semble être un bon moyen de fidéliser la patientèle dès l'adolescence.

Si notre étude n'a pas porté sur les mineures, il serait tout de même intéressant de tester leur connaissance sur le métier de sage-femme afin de leur diffuser des informations claires basées sur leurs lacunes et leurs questionnements.

CONCLUSION

Souvent assimilé à la grossesse et à l'accouchement, le métier de sage-femme est bien plus que ça. Cette étude avait pour but de faire un état des lieux des connaissances des femmes sur le métier de sage-femme. Les compétences variées du métier, se modifient continuellement pour répondre au besoin de la population. Au regard de son histoire et de son évolution perpétuelle, ce métier demeure « flou » dans l'esprit des femmes.

Pourtant profession médicale, ce n'est pas les procédures et les compétences techniques que les femmes retiennent le plus mais les qualités de bienveillance, d'écoute, ... jugées essentielles. Même si depuis quelques temps, une revalorisation de la profession semble se profiler notamment depuis les mouvements de grève de 2013-2014 qui ont su mettre en lumière ce manque de reconnaissance, l'image de la profession reste attachée à des valeurs humaines et laissent un peu de côté les responsabilités et l'aspect scientifique du métier. C'est pourquoi, il est important d'accentuer les campagnes d'information sur la profession. L'amélioration des connaissances des femmes sur la profession permettrait aux sages-femmes de préserver leur place dans le suivi gynécologique des femmes et ainsi d'optimiser la prise en charge de leur santé.

Si le versant hospitalier du métier est plutôt bien intégré dans l'esprit des femmes, le côté libéral se cantonne plus à tout ce qui entoure la grossesse. Encore trop peu ignorent qu'une sage-femme peut suivre une femme tout au long de sa vie gynécologique et de ce fait encore peu de femmes se font suivre chez elle. L'augmentation importante des effectifs dans le secteur libéral tend vers une amélioration progressive des connaissances des femmes sur les compétences sage-femme en matière de suivi gynécologique. Face à la pénurie de gynécologues notamment dans les campagnes, c'est vers les médecins traitants et les sages-femmes que les femmes vont devoir se tourner pour assurer leur suivi gynécologique de prévention.

Dans l'étude, il est rapporté souvent que le gynécologue est choisi parce que c'est le médecin de famille. Le suivi a toujours été assuré par lui, une relation de confiance est instaurée, il est compétent, tout se passe bien alors pourquoi changer ? La fidélisation de la patientèle est cruciale pour les professionnels de santé. Il en va de même pour la sage-femme. Alors à quand dira-t-on « la sage-femme de famille » ?

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Eurostat statistics explained. Statistiques sur la fécondité, [en ligne]. (Consulté le 25/09/2017). Disponible sur : http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Fertility_statistics/fr
- [2] Lecomte MS. Histoire des Sages-Femmes [mémoire]. Metz : Ecole de sages-femmes Pierre Morlanne du CHR de Metz-Thionville, Université de Lorraine. 2015 ; 81p.
- [3] Leonard E. Evolution de l'image et de la pratique des sages-femmes : Un nouvel équilibre à trouver ? [mémoire]. Paris : école de sages-femmes, université Pierre et Marie Curie. 2015 ; 57p.
- [4] Sage Pranchère N. L'école des sages-femmes. Tours : presses universitaires François Rabelais ;2016.
- [5] Knibiehler Y. Accoucher Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XX^e siècle. Rennes : ed. ENSP; 2007.
- [6] Campus.cerimes. Histoire de la formation des Sages-Femmes en France, [en ligne]. (Consulté le 1/10/2017). Disponible sur : http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-sante-societe-humanite/profession_SF/site/html/1.html#1
- [7] Ordre des sages-femmes. La formation initiale, [En ligne]. (Consulté le 02/02/2018). Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/formation/initiale/>
- [8] Larousse. Dictionnaire de français. Représentation, [En ligne]. (Consulté le 10/12/2017). Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/representation/68483>
- [9] Fregonese C. Le processus de professionnalisation de la profession de sage-femme au travers de la dynamique des représentations de 2 objets : la profession de sage-femme et la profession de médecin [mémoire]. Toulouse : Sciences de l'éducation et de la formation, université de Toulouse. 2013 ; 149p
- [10] Pomar L. Le choix d'un homme sage-femme, au regard des représentations sociales et des facteurs socio-culturels. [mémoire]. Nancy : école de sages-femmes Albert Fruhinsholz, université de Lorraine. 2013 ; 99p.
- [11] Petard JP. Temporalité : continuité et changement. In : Petard JP. Psychologie sociale. Rosny : Bréal ; 2007. p.126.
- [12] Université libre de Bruxelles. Les dessous étymologiques de la sage-femme, [en ligne]. (Consulté le 02/02/2018). Disponible sur : <http://www.ulb.ac.be/facs/medecine/sbhm/documents/fernandleroy.pdf>
- [13] Hibrand N. Image de la sage-femme chez la nullipare [mémoire].Paris : Ecole de sages-femmes de Baudelocque, Faculté de médecine de Paris. 2010 ; 73p.
- [14] Université de Lausanne. Le métier de sage-femme ou la féminité comme compétence, [en ligne]. (Consulté le 05/03/2018). Disponible sur : <https://www.unil.ch/files/live/sites/ceg/files/shared/TexteBeatriceJacques.pdf>

- [15] Ordre des sages-femmes. Nombre de sages-femmes par genre en France au 01/01/2017, [en ligne]. (Consulté le 02/02/2018). Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2017/11/Nombre-de-SF-par-genre.pdf>
- [16] Frégonèse C, Ratinaud P. Connaissance des représentations professionnelles de la profession de sage-femme. La revue Sage-Femme. 2014 février ;14 :7-13.
- [17] Roche AL. Connaissances des compétences des sages-femmes par les internes de médecine générale [mémoire]. Limoges : Ecole de sages-femmes, faculté de médecine de Limoges. 2017 ; 43p
- [18] Organisation mondiale de la santé. Constitution de l’OMS : ses principes, [en ligne]. (Consulté le 05/03/2018). Disponible sur : <http://www.who.int/about/mission/fr/>
- [19] Legifrance. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, [en ligne]. (Consulté le 29/11/2016). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
- [20] Legifrance. Arrêté du 19 juillet 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques, [En ligne]. (Consulté le 02/02/2018). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024454241&dateTexte&categorieLien=id>
- [21] Ordre des sages-femmes. Listes des titres de formations que le CNOSF autorise à mentionner sur les plaques, annuaires et imprimés professionnels, [en ligne]. (Consulté le 15/03/18). Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2018/03/Mise-à-jour-Mars-2018.pdf>
- [22] Legifrance. Code de la santé publique – Article L4151-1, [en ligne]. (Consulté le 02/02/2018). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006688926&dateTexte=&categorieLien=cid>
- [23] Ordre des sages-femmes. Référentiel métier et compétence des sages-femmes, [en ligne]. (Consulté le 20/09/2016). Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIEL-SAGES-FEMMES-2010.pdf>
- [24] Keller MJ. Les compétences sages-femmes et le code de déontologie. Conseil national de l’ordre des sages-femmes. Paris ; 2012.
- [25] Journal officiel de la République française. Décret n° 2016-743 du 2 juin 2016 relative aux compétences sages-femmes en matière d’interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse et en matière de vaccination, [En ligne]. (Consulté le 02/02/2018). Disponible sur : https://www.mesvaccins.net/textes/joe_20160605_0130_0022.pdf

- [26] Ordre des sages-femmes. La démographie de la profession. Données statistiques, [En ligne]. (Consulté le 02/02/2018). Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/la-demographie-de-la-profession/>
- [27] Santé.gouv. Les sages-femmes : une profession en mutation, [en ligne]. (Consulté le 02/02/2018). Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_ouvrage_sur_les_sagesfemmes_mai2016.pdf
- [28] Ordre des sages-femmes. L'ordre des sages-femmes propose de réduire progressivement le numéus clausus à partir de la rentrée 2017, [en ligne]. (Consulté le 02/02/2018). Disponible sur ; <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/lordre-des-sages-femmes-propose-de-reduire-progressivement-le-numerus-clausus-a-partir-de-la-rentree-2017/>
- [29] Organisation nationale syndicale des sages-femmes. Synthèse du mouvement des sages-femmes 2013-2014 à l'usage des parlementaires, [en ligne]. (Consulté le 02/02/2018). Disponible sur : http://www.onssf.org/wp-content/uploads/2015/04/SAGE_FEMME_Synthese_parlementaires_SNS_20141012.pdf
- [30] Ministère des affaires sociales et de la santé. Sages-femmes, [en ligne]. (Consulté le 30/09/2016). Disponible sur : <http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/sages-femmes/>
- [31] Ordre des sages-femmes. Proposition 11 : renforcer la représentation des sages-femmes au sein des instances de gouvernance, [en ligne]. (Consulté le 16/12/2016). Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/proposition-n11/>
- [32] Haute autorité de santé. Sortie de maternité après accouchement : Conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés, [en ligne]. (Consulté le 05/01/2018). Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/recommandations_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf
- [33] Ameli.Prado, le service de retour à domicile, [en ligne]. (Consulté le 05 /01/2018). Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado>
- [34]Opinionway. Les femmes et l'accès à la santé. Sondage réalisé pour les mutuelles étudiantes MGEN et LMDE, [en ligne]. (Consulté le 29/11/2016). Disponible sur : http://opinionlab.opinionway.com/dokumenty/opinionway_mgen_lmde_acces_sante_femmes_2011.pdf
- [35] Gambiez-Joumard A, Vallée J. Approche de la vision des femmes sur le suivi gynécologique systématique et des difficultés éprouvées pour le frottis cervico – utérin. La revue française de médecine générale ; 22(98)122-8.
- [36] Le monde, gynécologie qui fait quoi ?, [en ligne]. (Consulté le 05/03/2018). Disponible sur : http://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2017/12/27/gynecologie-qui-fait-quoi_5234867_4355770.html
- [37] Le monde, consulter un gynécologue, la grande galère, [en ligne]. (Consulté le 05/03/2018). Disponible sur : http://www.lemonde.fr/sante/article/2017/12/27/consulter-un-gynecologue-la-grande-galere_5234776_1651302.html

- [38] Champeaux R. Analyse des freins et facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale : point de vue de médecins généralistes et de patientes [thèse]. Poitiers : Faculté de médecine et de Pharmacie, Université de Poitiers. 2013 ; 116p.
- [39] Ordre des sages-femmes. Suivi gynécologique et de prévention des femmes : l'ordre réaffirme le rôle fondamental des sages-femmes, [en ligne]. (Consulté le 05/03/2018). Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/suivi-gynecologique-et-de-prevention-des-femmes-lordre-reaffirme-le-role-fondamental-des-sages-femmes/>
- [40] France 3, Yonne, une pénurie de gynécologue en milieu rural, [en ligne]. (Consulté le 05/03/2018). Disponible sur : <https://france3-regions.francetvinfo.fr/bourgogne-franche-comte/yonne/auxerre/yonne-penurie-gynecologues-milieu-rural-1392253.html>
- [41] Akouka C. Dossier : l'exercice libéral, nouvel enjeu pour la profession. Contact sages-femmes. 2016 Mar ;(46) :4-7
<http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2016/01/CONTACT-N45.pdf>
- [42] Corne A. Suivi gynécologique et contraception : point sur la formation initiale et continue des sages-femmes [mémoire]. Nancy : école de sages-femmes Albert Fruhinsholz, université de Lorraine. 2014 ;81p
- [43] Guellec C. La pratique des consultations de gynécologie de prévention et de contraception par les sages-femmes libérales [mémoire]. Nantes : école de sages-femmes, université de Nantes UFR de médecine. 2014 ; 69p
- [44] Pleurmeau M. Impact de la loi HPST sur la mission des sages-femmes vis-à-vis de la contraception et du suivi gynécologique [mémoire]. Angers : école de sages-femmes René Rouchy, Université d'Angers. 2012 ; 72p.
- [45] Chiummo O. Le suivi gynécologique de prévention et de contraception réalisé par les sages-femmes libérales : choix et vécu des femmes [mémoire]. Brest : école de sages-femmes, UFR de médecine et des sciences de la santé. 2017 ; 34p

ANNEXES

Annexe I : Dépliant sage-femme

Le rôle méconnu des sages-femmes et leurs compétences

Nous connaissons toutes (et tous) le rôle essentiel d'une sage-femme au moment d'une grossesse et d'un accouchement : ce sont elles qui réalisent 80% des accouchements normaux en France. **La sage-femme vous accompagne et vous prend en charge, du début de la grossesse à la période postnatale.** On connaît moins bien en revanche toute l'étendue des compétences médicales des sages-femmes. Présentes non seulement en maternité mais aussi près de chez vous, en cabinet, en service de Protection maternelle et infantile (PMI), en Centre de planification ou d'éducation familiale (CPEF), **elles accompagnent et prennent en charge de façon globale la santé des femmes et orientent vers un autre praticien en cas de situation particulière.**

Le saviez-vous ?

5 ans de formation

La formation au métier de sage-femme est une formation universitaire de cinq ans dont la première année est commune à toutes les études en santé (médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens).

Accompagner les jeunes filles

La sage-femme peut assurer l'information de la jeune fille en matière d'éducation sexuelle, de contraception, de prévention des infections sexuellement transmissibles. Elle prescrit tous les moyens de contraception et pratique les vaccinations nécessaires.

Un métier d'hommes aussi !

Parmi les sages-femmes qui exercent, 2% sont des hommes. Ils sont appelés également « sages-femmes » car le terme signifie « qui connaît les femmes ».

L'accès aux sages-femmes

Les sages-femmes sont des professionnels médicaux qui participent à l'offre de soins de premier recours. Leurs actes font l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie. Elles exercent très majoritairement sans dépassements d'honoraires.

CONTACTS UTILES

L'Ordre national des sages-femmes
Pour plus d'information sur les sages-femmes rendez-vous sur www.ordre-sages-femmes.fr

L'Assurance Maladie
Pour trouver votre sage-femme rendez-vous sur www.ameli.fr

Les Centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF)
Retrouvez le CPEF le plus proche de chez vous sur www.choisirsacontraception.fr

—

Pour en savoir plus, rendez-vous sur www.social-sante.gouv.fr/sages-femmes

5 ANS POUR DEVENIR SAGE-FEMME

UN ENGAGEMENT POUR LA SANTÉ DES FEMMES

Illustration : AGS/Graphicart/1000 - 40 - Laetitia Lemoine - DOCKNER/1000



**Au moins
6 bonnes raisons de consulter
une sage-femme**

5 ANS POUR DEVENIR SAGE-FEMME

UN ENGAGEMENT POUR LA SANTÉ DES FEMMES

www.social-sante.gouv.fr/sages-femmes

POURQUOI CONSULTER UNE SAGE-FEMME ?



Pour un suivi gynécologique de prévention, chez la femme en bonne santé

La sage-femme assure le suivi gynécologique de la femme en bonne santé et l'oriente vers un médecin lorsqu'elle dépiste une pathologie. De consultation en consultation, vous pourrez aborder avec elle toute question concernant la sexualité, la contraception, les infections sexuellement transmissibles. La sage-femme réalise un examen clinique et procède à des dépistages (frottis de col, examen des seins...).

Pour un suivi médical de la grossesse et de l'accouchement

La sage-femme assure les consultations de suivi médical, de la déclaration de grossesse à l'examen postnatal réalisé dans les 2 mois suivant la naissance. Dans le cadre de ses compétences, la sage-femme peut réaliser des échographies. Elle adresse les femmes aux médecins en cas de situation pathologique et peut ainsi participer à la surveillance de la grossesse.

Elle accompagne également la femme et le couple tout au long de la grossesse, en proposant au premier trimestre un entretien prénatal, puis des séances de préparation à la naissance et à la parentalité.

La sage-femme pratique l'accouchement normal et assure, après la naissance, les soins médicaux de la mère et de son bébé. Elle participe à la réalisation des examens cliniques de la mère et du nouveau-né. Elle pratique les premiers dépistages chez le nouveau-né (maladies rares et vérification de l'audition).



Pour une prise en charge de la mère et du bébé

La sage-femme assure le suivi médical de la mère et du bébé au retour à la maison. Ce suivi peut être réalisé au domicile ou en cabinet et comprend l'examen clinique de la maman, l'accompagnement de l'allaitement et la surveillance du bon développement du nouveau-né. Elle réalise également l'examen postnatal de la mère dans les 2 mois qui suivent la naissance. Elle peut pratiquer également la rééducation périnéale, dans les semaines qui suivent l'accouchement mais aussi à distance de celui-ci.



Pour une prescription et un suivi de contraception

La sage-femme prescrit et assure le suivi de tous les moyens contraceptifs. Elle accompagne les femmes dans le choix de leur contraception. Elle pose et retire les implants contraceptifs et les dispositifs intra-utérin (stérilets).



Pour la réalisation d'une IVG médicamenteuse

La sage-femme peut désormais réaliser les IVG par méthode médicamenteuse. À cet effet, elle informe, accompagne et prend en charge tout au long de ce parcours les femmes qui souhaitent interrompre leur grossesse.

Pour se faire vacciner^[1]

La sage-femme pratique des vaccinations chez les femmes et les nouveau-nés. Elle peut désormais aussi vacciner l'entourage de votre bébé afin de le protéger de certaines maladies infectieuses.

[1] Femme: PDR, tétranos, diphtérie, polio, coqueluche, hépatite B, grippe, infection à papillomavirus (HPV), méningocoque C. Nouveau-né: BCG, Hépatite...

Pour avoir un soutien face à l'alcool, au tabac...

La sage-femme informe les femmes et les couples sur les comportements à risque qui peuvent nuire à leur santé ou à celle de leur enfant. Si elle détecte des problèmes de consommation excessive, voire d'addiction (alcool, tabac, cannabis, etc.), elle peut alors vous prendre en charge et vous accompagner, en lien avec les spécialistes de ces addictions, vers un arrêt de votre/vos consommation(s).



REPRESENTATION DU METIER DE SAGE-FEMME DANS LA POPULATION FEMININE FRANCAISE

Je m'appelle Célia Morel, je suis actuellement étudiante sage-femme à Metz. En vue de l'obtention de mon diplôme de fin d'étude, je réalise un mémoire sur le métier de sage-femme.

Mon étude s'articule autour d'un questionnaire qui s'adresse à toutes les femmes majeures. Les réponses à ces questions seront totalement anonymes et ne serviront que pour l'étude de mon mémoire.

Acceptez-vous de participer à cette étude ?

Je vous remercie pour le temps et l'intérêt que vous m'accordez.

Célia Morel

Généralités

1. **Quel âge avez-vous ?** ans

2. **Situation familiale :**
 - Célibataire
 - Vie maritale
 - Mariée
 - Divorcée
 - Veuve

3. **Où habitez-vous ?**

4. **Catégorie socio professionnelle**
 - Étudiants
 - En activité, salarié
 - Chômage ou sans emploi
 - Retraite

5. **Avez-vous des enfants ?**
 - Oui
 - Non

6. **Si oui, combien ?**

7. **Si vous avez des enfants, quel professionnel de santé à assurer votre suivi de grossesse ?**
 - Sage-femme
 - Gynécologue
 - Médecin généraliste
 - Autres :

8. **Est-ce que vous vous faites suivre régulièrement sur le plan gynécologique ?**
 - Oui
 - Non

9. **Si oui, quels professionnels de santé assure votre suivi gynécologique de prévention ?**
 - Médecin traitant
 - Gynécologue
 - Sage-femme

10. Pourquoi avoir choisi ce professionnel de santé ?

- Par choix
- Justifiez :*

- Ignorance des autres possibilités

Connaissance sur le métier de sage-femme

11. Selon vous, les sages-femmes appartiennent à quel type de profession ?

- Paramédicale (infirmière, kinésithérapeute, ...)
- Médicale (médecin, dentiste, ...)

12. Savez-vous combien d'année après le baccalauréat dure la formation de sage-femme ?

- 3 ans
- 4 ans
- 5 ans
- 6 ans

13. Existe-il des sages-femmes homme ?

- Oui
- Non

14. Dans quels lieux exercent les sages-femmes ?

- Maternité
- Cabinet libéral
- PMI (protection maternel et infantile)
- Centre de planification et d'éducation familiale
- Crèche
- Ecole maternelle
- Centre de PMA (Procréation médicalement assistée)

15. Selon vous, quelles sont les deux qualités indispensables pour être sage-femme ?

Connaissance sur les compétences sages-femmes

16. Selon vous, quel professionnel de santé peut vous prescrire et vous poser une contraception ?

- Sage-femme
- Gynécologue
- Infirmier
- Médecin traitant
- Assistante sociale
- Infirmier scolaire

17. Est-il possible de faire le diagnostic et de faire suivre l'intégralité d'une grossesse par une sage-femme ?

- Oui
- Non

18. La sage-femme peut-elle assurer seule (sans le médecin) un accouchement ?

- Oui
- Non

19. Quels actes une sage-femme peut-elle réaliser ?

- | | | | |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| Episiotomie / suture | <input type="checkbox"/> | IVG chirurgicale | <input type="checkbox"/> |
| Utilisation de forceps | <input type="checkbox"/> | Rééducation périnéale | <input type="checkbox"/> |
| Césarienne | <input type="checkbox"/> | Séance de préparation à l'accouchement | <input type="checkbox"/> |
| Réaliser l'examen/premiers soins d'un nouveau-né | <input type="checkbox"/> | Vaccination des adultes | <input type="checkbox"/> |
| Echographie | <input type="checkbox"/> | Vaccination des nouveau-nés | <input type="checkbox"/> |
| Pose de stérilet, implant | <input type="checkbox"/> | Prise de sang | <input type="checkbox"/> |
| Prescription de contraception | <input type="checkbox"/> | Réfection de pansement | <input type="checkbox"/> |
| Prescription de médicament | <input type="checkbox"/> | Suivi médical des nouveau-nés | <input type="checkbox"/> |
| IVG médicamenteuse | <input type="checkbox"/> | Séance d'acupuncture | <input type="checkbox"/> |

20. Comment jugez-vous vos connaissances sur le métier de sage-femme ?

- Très bonnes
- Bonnes
- Moyennes
- Médiocres
- Mauvaises

Je vous remercie d'avoir participé à mon questionnaire

Université de Lorraine - École de sages-femmes de Metz
Mémoire de fin d'études de Célia MOREL
Promotion 2014-2018

Les sages-femmes vues par les femmes.
Représentation du métier de sage-femme dans la population féminine française.
Étude réalisée auprès de 104 femmes à Metz de septembre à décembre 2017.

RESUME:

Introduction : La France présente le taux de fertilité le plus haut d'Europe et les sages-femmes jouent un rôle clé dans ces naissances françaises. Les mouvements de grève de 2013-2014 ont mis en lumière le manque de reconnaissance du métier de sage-femme par l'État mais aussi par la population en général. Cette étude se base sur l'image de la sage-femme dans la société féminine française. Elle a pour but de faire un état des lieux des connaissances des femmes sur la profession de sage-femme.

Méthode : C'est une étude épidémiologique observationnelle descriptive analytique et comparative par questionnaire. 105 femmes françaises majeures ont été directement interrogées dans les rues de Metz de septembre à décembre 2017. Cette population regroupe toutes les tranches d'âge et vit pour la moitié à la campagne et l'autre moitié à la ville.

Résultats : L'étude montre que le métier de sage-femme est surtout assimilé à la grossesse et à l'accouchement. C'est souvent lors de ce moment particulier de la vie que les femmes rencontrent une sage-femme pour la première fois. Plus humaines et plus disponibles, les sages-femmes sont vues par les femmes comme un idéal de douceur et d'écoute.

Les nouvelles compétences des sages-femmes sont donc moins connues des femmes, seules 21% des femmes interrogées se font suivre par une sage-femme pour leur suivi gynécologique de prévention.

Conclusion : Si certaines compétences sage-femme sont bien populaires chez les femmes françaises, d'autres demeurent encore méconnues. Dans un métier en pleine mutation, il faut continuer à garder la population générale informée de ces changements. Les plans de campagne pour la reconnaissance des sages-femmes doivent prendre davantage d'ampleur et surtout cibler la jeune génération. Tout juste au début de leur suivi gynécologique, elles sont les mères de demain.

Mots clés : suivi gynécologique – sage-femme - compétences – représentation sociale – population féminine

ABSTRACT:

Introduction: France's fertility rate is the highest in Europe, and midwives play a key role in French births. The strikes of 2013-2014 have highlighted the lack of recognition of this profession by the state but also by the general public. This study focuses on the image of midwives in the French female population.

My research report aims to make an inventory of knowledge about the profession of midwife in the French female population. The objective is also to inform women about the different health professionals who can carry out gynecological follow-up.

Method: My study is an observational, descriptive, analytic and comparative epidemiological study. It is a questionnaire for women who are interrogated directly in the streets from September to December 2017. My study population is made up of 105 women above 18 years old. Half of them live in the countryside and the other half live in the city.

Results: The results show that midwifery is mainly focused on pregnancy and childbirth for the general public. It's often during this particular moment of life that women meet a midwife for the first time. More humane and more available, the image of the midwife refers to the idea of maternal sweetness. Other acts of midwives are less known.

21% of women are followed by a midwife for ongoing gynaecological care. This skill only dates from the HPST law in 2009 and is not yet known to most women.

Discussion: Some midwifery skills are well known in French women, others are still poorly known. In a rapidly changing profession, we must continue to keep the general population informed of these changes. On should not wait for pregnancy to meet a midwife. Political campaign on the recognition of midwifery plans need to be strengthened and targeted toward the younger generation, who are just starting with gynaecological care and are the mothers of tomorrow.

Keywords: midwife – gynecological follow-up – skills – social representations – female population