



Image de la sage-femme chez la nullipare

Nathalie Hibrand

► To cite this version:

Nathalie Hibrand. Image de la sage-femme chez la nullipare. Gynécologie et obstétrique. 2010.
dumas-00564314

HAL Id: dumas-00564314

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00564314>

Submitted on 8 Feb 2011

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 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 toute poursuite pénale.

Liens

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4
Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES



Faculté de Médecine de Paris

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE BAUDELLOCQUE

Groupe Hospitalier Cochin – Saint-Vincent de Paul

Mémoire pour obtenir le **Diplôme d'Etat de Sage-Femme**

Présenté et soutenu publiquement

le : 16 avril 2010

par

Nathalie HIBRAND

Née le 26 février 1969

Image de la sage-femme chez la nullipare



Figurine représentant une femme en train d'accoucher et une sage-femme

Chypre 5ème siècle av. J.C.

DIRECTEUR DU MEMOIRE :

BLANCHOT-ISOLA Christine

Sage-femme, coordinatrice HAD Val-de-France

GUIDE DU MEMOIRE:

MENINAT Catherine

Sage-femme enseignante, Ecole de Baudelocque

N° du mémoire 2010PA05MA15

REMERCIEMENTS

A mon conjoint, pour son précieux soutien.

A mes enfants, François, Clémence, et Amélie dont les regards ont été un formidable moteur pendant mes 5 années de formation.

A madame Christine Blanchot-Isola, ma directrice de mémoire, pour ses conseils avisés.

A madame Catherine Méninat pour sa disponibilité.

« On est rarement maître de se faire aimer, on l'est de se faire estimer »

Bernard Le Bovier de Fontenelle - Entretien sur la pluralité des mondes - 1686.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	Page 1
1^{ère} PARTIE	Page 4
1 - <i>Une profession aux contours précis</i>	Page 4
1-1 Définition	Page 4
1-2 Un cadre légal	Page 4
1-3 La démographie	Page 6
2 - <i>...mais à la reconnaissance identitaire incertaine</i>	Page 7
2-1 Un héritage historique remis en cause	Page 7
a) Le rôle joué par l'Eglise	Page 7
b) Le rôle joué par l'Etat	Page 8
2-2 Une question de genre	Page 8
2-3 Une formation professionnelle sous contrôle	Page 10
2-4 Un métier ou une profession	Page 12
3 - <i>Le prestige des obstétriciens ou le triomphe de la médecine, et les bases d'une concurrence</i>	Page 13
3-1 L'ordre naturel bouleversé par les progrès de la médecine	Page 13
3-2 L'intériorisation des normes médicales et mutations des mentalités	Page 14
3-3 Le transfert du lieu ancestral de la naissance et disqualification des sages-femmes	Page 15
3-4 L'adoption par les sages-femmes de la culture dominante	Page 18
3-5 Un habitus professionnel handicapant	Page 19
3-6 La conception française de la maternité	Page 20
4- <i>Un renouveau ?</i>	Page 21
4-1 Des initiatives politiques isolées	Page 21
4-2 Vers des lendemains qui chantent ?	Page 21
2^{ème} PARTIE	Page 24
1- <i>Problématique</i>	Page 24

2-	<i>Objectifs</i>	Page 25
3-	<i>Hypothèses</i>	Page 25
4-	<i>Méthodologie</i>	Page 25
4-1	Le cadre géographique de notre enquête	Page 25
4-2	Le cadre temporel	Page 26
4-3	La population ciblée	Page 26
4-4	L'approche par questionnaires	Page 27
5-	<i>Exploitation des résultats</i>	Page 28
5-1	Aspects quantitatifs	Page 28
5-2	Répartition des questionnaires par site	Page 28
5-3	Description des résultats	Page 29

3^{ème} PARTIE Page 47

1-	<i>Analyse de la démarche de recherche</i>	Page 47
1-1	Les limites de l'étude	Page 47
a)	Les sites choisis	Page 47
b)	La population intégrée à l'étude	Page 47
c)	Le nombre de questionnaires	Page 48
d)	La rédaction du questionnaire	Page 48
1-2	Les atouts de l'étude	Page 49
2-	<i>Objectifs et hypothèses</i>	Page 50
2-1	La connaissance de la profession, préalable à sa reconnaissance	Page 50
2-2	Nos hypothèses de travail	Page 51
a)	Les sages-femmes jouissent d'un capital sympathie mais restent méconnues du grand public	Page 52
b)	La féminité de la profession occulte les valeurs professionnelles qu'elle requiert	Page 53
c)	Leur autonomie professionnelle est insuffisante pour rendre compte de leur compétence professionnelle	Page 53
3-	<i>Nos propositions</i>	Page 54
3-1	Un terrain de connaissances propres	Page 54
3-2	Une amélioration de la communication	Page 55
3-3	La reconnaissance d'un héritage	Page 56

CONCLUSION

Page 58

BIBLIOGRAPHIE

Page 59

INTRODUCTION

Lorsque nous avons évoqué l'idée d'une reconversion professionnelle, et d'embrasser le métier de sage-femme, beaucoup de personnes de notre entourage se sont étonnées d'un tel choix, ignorant que cette activité existe encore.

Les plus perplexes considéraient que cette profession aussi vieille que la nuit des temps avait disparu et avait été supplantée par les médecins accoucheurs depuis que les femmes accouchaient à l'hôpital.

A contrario, les personnes qui en connaissaient l'existence (principalement les femmes) ne tarissaient pas d'éloges sur les qualités requises, à l'évocation de la sage-femme qui avait mis au monde un de leurs enfants.

Toutefois, si leur existence est encore connue de certains, elle reste néanmoins, très méconnue en regard des autres professions de santé.

Or, nous rappelons que notre pays affiche un taux de natalité qui le place au deuxième rang des pays européens selon les dernières données statistiques publiées par les services de l'INSEE, ce qui devrait laisser présager une meilleure connaissance de celles qui œuvrent au suivi et à l'issue de ces grossesses. [25]

Par ailleurs, cette profession est régulièrement secouée, depuis une décennie environ, par des mouvements de protestations ou de revendications dont la presse écrite et audiovisuelle se sont faites l'écho.

Des reportages diffusés sur des chaînes nationales ont pu rendre compte dans le cadre d'enquêtes réalisées « en immersion » de la réalité de l'exercice de cette profession. [15] [16] [17] [18].

Enfin, la formation et les compétences en obstétrique, en gynécologie de cette profession ont considérablement évolué ces dernières années.

Dans un tel contexte statistique et conjoncturel, il nous a semblé pertinent de vérifier l'état des connaissances de la population féminine immédiatement et nouvellement

concernée par la grossesse, soit les femmes enceintes pour la première fois c'est-à-dire primigestes, nullipares.

Nous avons organisé notre réflexion autour de la problématique suivante : les sages-femmes n'auraient-elles pas intérêt à dégager un corpus propre de connaissances et de compétences, en s'appuyant sur leurs connaissances médicales et leurs acquisitions en sciences humaines et sociales ?

Nos hypothèses de départ sont les suivantes :

Les sages-femmes jouissent d'un capital sympathie mais restent méconnues du grand public.

La féminité de la profession occulte les valeurs professionnelles qu'elle requiert.

Leur autonomie professionnelle est insuffisante pour rendre compte de leurs compétences professionnelles.

Notre présentation est organisée en première partie autour d'un plan thématique mettant en exergue les aspects importants de l'image de la profession de sage-femme du 18^{ème} siècle à nos jours.

En deuxième partie, nous rappelons notre problématique d'étude, les hypothèses de recherche, ainsi que nos objectifs, et présentons notre étude.

Enfin, dans une troisième et dernière partie, nous proposons une analyse réflexive ainsi que des pistes de prospection pour l'avenir.

PREMIERE PARTIE

1- Une profession aux contours précis...

1.1 Définition

Le terme de sage-femme a été élaboré au quatorzième siècle.

Ce mot composé est construit à partir du mot « sage », qui signifie « *qui a la connaissance juste des choses, qui a un jugement avisé dans sa conduite* », et de « femme » qui désigne la parturiente.

L'ensemble définissant celle dont le métier est d'accoucher les femmes : définition communément retrouvée dans les dictionnaires généralistes de langue française.

La définition donnée par l'Organisation Mondiale de la Santé, et reconnue internationalement fait état pour sa part,

«d'une personne qui a suivi un programme de formation reconnu dans son pays, a réussi avec succès les études afférentes et acquis les qualifications nécessaires pour être reconnue ou licenciée en tant que sage-femme. Elle doit être en mesure de donner la supervision, les soins et les conseils à la femme enceinte, en travail et en période de post-partum, d'aider lors d'accouchement, sous sa responsabilité de prodiguer des soins aux nouveaux nés et aux nourrissons. Ses soins incluent des mesures préventives, le dépistage des conditions anormales chez la mère et l'enfant, le recours à l'assistance médicale en cas de besoin et l'exécution de certaines mesures d'urgence en l'absence d'un médecin. Elle joue un rôle important en éducation sanitaire, non seulement pour les patientes mais pour la famille et la préparation au rôle des parents, et doit s'étendre dans certaines sphères de gynécologie, de la planification familiale et des soins à donner à l'enfant. La sage-femme peut pratiquer en milieu hospitalier, en clinique, à domicile ou en tout autre endroit où sa présence est requise ».

1.2 Un cadre légal.

Il s'agit d'une activité réglementée. Les sages-femmes françaises exercent dans le respect d'un cadre légal composé de lois, décrets et circulaires, codifiés dans les

codes de Sécurité Sociale, et de Santé Publique (livre premier, partie quatre, titre deux).

La profession de sage-femme est définie aux termes de l'article L4151-1 du Code Santé Publique, comme suit : *« 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 concernent la mère et l'enfant suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession. »*

En application de l'article L4111-15 *« nul ne peut exercer la profession de sage-femme s'il n'est pas titulaire du diplôme d'Etat de la profession, de nationalité française ou ressortissant de l'Union européenne et inscrit au tableau de l'ordre des sages-femmes. »*

Elles appartiennent à une profession médicale à compétence définie, ce qui fait d'elles des praticiens autonomes et responsables, en charge du suivi physiologique de la grossesse, de l'accouchement et de ses suites, compétentes pour le diagnostic de la pathologie.

Elles se soumettent aux règlements et obligations énumérés dans le code de déontologie (chapitre sept, section trois, du code de Santé Publique). [8]

Par ailleurs, elles répondent de leurs actes devant la loi et une chambre disciplinaire, elle-même émanation du conseil national de l'Ordre des sages-femmes créé en 1940 puis supprimé en 1943, et rétabli par ordonnance du 29 avril 1945.

L'exercice de leur art implique obligatoirement, conformément à l'article L374 du code de Santé Publique, leur inscription préalable au tableau départemental de l'Ordre des sages-femmes, sous peine d'exercice illégal. [9]

Il leur incombe de dispenser, dans l'intérêt de leurs patientes, les soins adaptés aux connaissances scientifiques du moment, et d'actualiser leurs connaissances théoriques et pratiques, dans le cadre de la formation médicale continue.

Dans un souci de régulation et de promotion de la profession, les organisations professionnelles de sages-femmes ont élaboré un document référençant les compétences : le référentiel métier, dont la diffusion et l'actualisation veulent promouvoir la recherche identitaire du corps des sages-femmes.

Elles exercent une activité salariée en milieu hospitalier du secteur public ou privé , au sein de la fonction publique territoriale, en clinique privée, ou encore en qualité de praticienne libérale.

Elles peuvent occuper des fonctions d'encadrement dans le cadre d'une activité salariée, et des fonctions d'enseignement et de direction au sein des écoles de sages-femmes.

1.3 La démographie.

Le dernier rapport de novembre 2004 rédigé par l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, à partir des données contenues dans les fichiers du Conseil National de l'Ordre des sages-femmes, et ADELI, de l'assurance maladie, a établi que 16 765 sages-femmes exerçaient sur le territoire métropolitain.

Parmi elles, 15% pratiquaient dans le secteur libéral, 19% dans le secteur privé, 59% dans le secteur public, 7% étaient à la fois libérales et salariées, 4% en protection maternelle et infantile, 3% dans d'autres activités. [38]

Ce total témoigne d'une croissance annuelle de 3% entre 1990 et 2003, malgré un numérus clausus à l'entrée des écoles jamais atteint (déficit de 2 à 5 lauréats à chaque promotion), et d'un taux d'abandon de 14% pendant les études. [38]

Cette augmentation globale a surtout bénéficié au secteur public (croissance de 23% entre 1990 et 1999), et dans une moindre mesure à l'exercice libéral avec une croissance de 5,61%.

La profession est essentiellement féminine puisque malgré l'ouverture en 1982 aux hommes, seulement 1% des sages-femmes sont des hommes en janvier 2004, soit un total de 156 professionnels.

Il est à noter que l'âge moyen des sages-femmes est de 41 ans et demi, et que les âges extrêmes ont diminué entre 1977 et 2002 passant de 43 à 15% pour les plus de 50 ans, et de 26 à 22% pour les moins de 30 ans.

2- ...mais à la reconnaissance identitaire incertaine.

2.1 Un héritage historique remis en cause.

a) le rôle joué par l'Eglise

Depuis des temps immémoriaux, les femmes accouchaient les femmes. Ce n'est qu'au dix-huitième siècle que les hommes se sont intéressés à cet art qui n'en était pas encore un.

Toutefois, la morale religieuse a d'abord réprouvé cet intérêt nouveau, et de nombreux candidats, déguisés en femmes, y ont perdu la vie. Le doyen de la faculté de médecine de Paris au dix-huitième siècle, Philippe Hecquet, a du reste rédigé un traité rappelant cette interdiction dans « De l'indécence d'accoucher les femmes ».

Puis, les contemporains de ces « audacieux » admirent l'idée, et il devint à la mode de se faire accoucher par un homme dans les milieux bourgeois car le coût en était plus élevé.

De sorte que, la bourgeoisie soucieuse d'afficher son statut en s'acquittant d'honoraires plus chers, permettait aux accoucheurs de gagner le leur.

Par ailleurs, la forte mortalité périnatale amène l'Eglise à s'intéresser aux conditions de la naissance. Elle préconise que les sages-femmes administrent le sacrement de l'ondolement qui permet la recommandation à Dieu des jeunes âmes défuntes en l'absence de baptême. Et elle exige un droit de regard sur la moralité des sages-femmes.

Néanmoins, la ruralisation prononcée de la France aux dix-huitième et dix-neuvième siècles a permis de préserver pour un temps encore l'influence de la sage-femme, restant ainsi le personnage central, la confidente de la majorité des femmes en couches.

b) le rôle joué par l'Etat

Les autorités gouvernementales mènent une politique résolument nataliste, garante de la puissance d'un état. Louis XV montre l'exemple en ayant lui-même une descendance légitime directe nombreuse.

2.2 Une question de genre.

Les femmes détiennent le pouvoir absolu de donner naissance à des êtres des deux sexes, un accomplissement que leur envient les hommes.

Alors que l'Etat souhaitait diminuer sensiblement la mortalité périnatale, et accroître la population, le monde médical a étendu le rôle joué par les accoucheurs au point que les femmes se sentirent dépossédées de leur solidarité féminine, de leur intimité, ce qu'Yvonne Knibiehler appelle « la réserve de l'intérieur ». [31]

Nous reconnaissons toutefois, que le problème démographique qu'a connu le royaume de France au dix-huitième siècle a contribué de manière déterminante à la prise de conscience, puis de possession, de l'obstétrique par les médecins.

Jusqu'alors cette « spécialité » médicale ne détenait aucune lettre de noblesse comme en témoigne cet adage de l'époque, « 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 ».

Il est possible d'expliquer ce proverbe de différentes façons. L'obstétrique est d'une part, une discipline médicale dédiée aux femmes, dont il est fait moindre cas. D'autre part, les connaissances sont encore très frustres en obstétrique. Au dix-huitième siècle, elles n'avaient guère progressé depuis l'héritage antique.

Les mortalités maternelle et infantile étaient importantes. L'accouchement était une situation à grand risque que les pratiques en cours pouvaient rendre encore plus dangereux pour les parturientes, comme le rapporte dans son journal monsieur Mauquest de la Motte, médecin accoucheur en Normandie sous Louis XIV. [21]

En dépit de ces incuries, les médecins accoucheurs prennent le pas. Cet ascendant revêt plusieurs aspects.

Des pratiques servent à démarquer la connaissance détenue par les médecins hommes, des sages-femmes plutôt qualifiées de matrones, leveuses d'enfants, analphabètes pour la plupart, et dangereuses dans leurs pratiques.

Il est moins tenu compte des usages locaux pour accoucher, les accoucheurs imposent la position gynécologique.

Les hommes portent un habit, marque de distinction entre les sages-femmes et eux. Elles sont privées du droit d'utiliser des instruments quand leurs confrères n'en maîtrisaient pas davantage l'utilisation.

Pour Madeleine Akrich, cette césure autour de l'autorisation de l'utilisation d'instruments est le signal du début de la domination définitive des médecins sur les sages-femmes.

L'obstétrique acquiert le statut de science médicale, les hommes qui la pratiquent sont formés à la faculté de médecine, tandis que les sages-femmes en sont exclues. En outre, un réseau européen existe et permet l'échange des connaissances. [44]

Au dix-huitième siècle nous observons l'émergence de cette domination.

Au vingtième siècle, l'anthropologue Françoise Héritier, explique « la valence différentielle des sexes », dans son ouvrage Masculin, féminin, La pensée de la différence, publié en 1996.

Il s'agit, selon elle, d'un rapport homme-femme qui justifie que l'accouchement effectué par un homme médecin coûte plus cher à la parturiente que celui effectué par une sage-femme.

Même si les modifications législatives de 1943 stipulent que désormais trois années de formation sont requises pour exercer la profession de sage-femme, il n'en demeure pas moins que la compétence de genre reste centrale. Cette activité est exclusivement féminine, car les femmes sont les mieux disposées pour connaître la féminité, l'intimité et accompagner la grossesse et l'accouchement.

De plus, l'abnégation, le dévouement sont présentés comme des qualités féminines qui ont davantage de valeur lorsqu'elles caractérisent des actes gratuits : cette vision a longtemps pesé (pèse encore) sur les métiers féminins.

L'ouverture de la profession de sage-femme aux hommes en 1982, la révision de la nomenclature des actes d'obstétrique en 1983, la nécessité d'être titulaire du baccalauréat, l'allongement de la durée des études de trois à quatre ans en 1985, visaient à conférer à la profession davantage de légitimité selon ses défenseurs.

La valorisation du rôle masculin, la revalorisation de la profession ensuite, après l'intégration des hommes, nous révèlent le cœur de la problématique de genre.

2.3 Une formation professionnelle sous contrôle.

C'est au dix-huitième siècle qu'est mise en place la première formation institutionnalisée des sages-femmes. Jusqu'alors celles-ci sont plutôt assimilées par leurs contemporains du corps médical à des matrones ignares, à l'hygiène douteuse, et soupçonnées pour certaines d'entre elles de sorcellerie.

En 1728, l'autorité royale lance une enquête sur l'état des connaissances des sages-femmes et tire la conclusion qu'elles sont insuffisantes.

Dès lors, l'enseignement de « l'art des accouchements » a été largement étendu au royaume et sa responsabilité confiée aux chirurgiens, nouveaux modèles sociaux.

Celles qui entrent en formation sont issues de la petite bourgeoisie et sont placées sous la coupe des médecins et chirurgiens. Elles détiennent un minimum d'instruction pour pouvoir poursuivre l'enseignement dispensé et exercer. Toutefois, afin de rester sous le contrôle médical, l'enseignement ne dépasse pas un certain plafond de connaissances.

Paradoxalement, la constitution du corps des sages-femmes a légitimé le statut des médecins.

Le recours aux instruments, pas toujours maîtrisé, procure néanmoins à leurs utilisateurs un statut social prépondérant : cohabitent désormais des soins profanes, ceux prodigués par la sage-femme et, des soins professionnels, ceux prodigués par les médecins.

Mireille Laget, utilise en 1982, le qualificatif de demi-dieux pour les désigner, et leur nom passe à la postérité : Tarnier, Mauriceau. [32]

L'utilisation d'instruments implique la mise en action de fonctions supérieures de l'esprit.

Cependant, les femmes restent exclues de l'enseignement de la chirurgie, et de l'enseignement universitaire en général.

Il fallut attendre la réforme de 2002, pour voir évoluer l'appellation d'élève en étudiant(e).

Selon la définition du dictionnaire, l'élève est « celui ou celle qui reçoit l'enseignement d'un maître », tandis que l'étudiant « fait des études supérieures, suit les cours d'une université, d'une grande école ».

Il nous apparaît, en l'occurrence, que cette distinction confère au deuxième un statut supérieur, en opposant le côté passif de l'élève au rôle actif joué par l'étudiant, acteur de sa formation.

Malgré cette reconnaissance estudiantine, les représentants des étudiants sages-femmes ainsi que leurs aînés ont réclamé inlassablement ces dernières années, l'attribution conjointe à la délivrance de leur diplôme d'état, celle d'un grade de master, conformément à la généralisation du système Licence-Master-Doctorat.

Cette requête a été acceptée sur le principe par les ministères de tutelle, soit les ministères de la Santé et de l'Enseignement supérieur, la réalité de la mesure devant prendre effet au cours de la prochaine rentrée universitaire.

Il reste à noter que, depuis la réforme statutaire de 2002, la durée des études a été portée à cinq années, déclinées comme suit : une première année de médecine et quatre années de formation en école de sages-femmes.

Le classement en rang utile est devenu obligatoire pour les candidats à l'école de sages-femmes, or seulement trois années de formation sont reconnues comme telles. Nous rappelons, que dans le cadre de leur cursus spécialisé en école de sages-femmes, les étudiants bénéficient d'un enseignement théorique complet en obstétrique, gynécologie, pédiatrie néonatale, génétique, embryologie ainsi que d'un enseignement général reposant sur plusieurs disciplines dont les sciences humaines, l'économie de la santé, la législation notamment.

Pour illustrer notre propos, considérons la rémunération des sages-femmes salariées du secteur public, qui est toujours calculée sur la base de trois ans de formation, et de

fait comparable à celle accordée aux professions paramédicales du même secteur, formées pour leur part, en institut de soins infirmiers.

Les sages-femmes restent associées à une profession peu savante, essentiellement pratique (enseignement aux deux tiers clinique), appliquant la majorité du temps des protocoles préétablis.

Dès lors, cette observation conduit notre raisonnement à évoquer la différence reconnue sociologiquement entre les termes de « métier » et de « profession ».

2.4 Métier ou profession.

Nous débuterons notre réflexion à partir de la définition de ces deux vocables donnée par le dictionnaire des noms communs.

Le métier se définit par « un genre d'occupation manuelle ou mécanique qui trouve son utilité dans la société permettant d'en tirer ses moyens de subsistance ».

La profession est définie comme étant « une occupation dont on peut tirer ses moyens de subsistance » mais aussi « un métier qui a un certain prestige par son caractère intellectuel, ou artistique, par la position sociale de ceux qui l'exercent. »

Eliot Freidson, sociologue américain, appartenant au nouveau courant de l'école de Chicago (courant interactionniste), et spécialiste en sociologie des professions donnait en 1984, dans son ouvrage intitulé La profession médicale, une définition précise de la profession qui est en substance autonome et indépendante.

Elle résulte « d'une formation longue et théorique sanctionnée par un diplôme délivré par l'Etat ». Elle possède « un système de cooptation à son entrée ». Pendant son exercice sont possibles « des contrôles internes portant sur les possibilités ». La profession est « protégée par des organismes puissants ». Enfin, elle détient « une reconnaissance par l'Etat et le public qui la reconnaît comme étant la seule légitime ». Considérant l'argumentation d'Eliot Freidson, la profession de sage-femme ne saurait être qu'une « para profession » puisqu'elle ne contrôle pas un secteur d'activité. La sage-femme dispose souvent d'une autonomie par délégation.

En pratique, les contours deviennent flous et laissés à l'appréciation du médecin, qui lui-même nourrit ses propres représentations de l'obstétrique.

A titre d'exemple, aucune sage-femme n'exerce de fonctions de conseil auprès de la caisse primaire d'assurance maladie.

Comme le souligne Marianne Mead, sage-femme belge, de formation britannique, le statut médical et l'indépendance de la sage-femme française, revendiqués par le conseil national de l'ordre des sages-femmes sont contestables pour plusieurs raisons.

Les directions des écoles sont duales : des directeurs techniques, obstétriciens de leur état, les partagent avec des sages-femmes cadres nommées par voie de concours dans cette fonction.

De la sorte, ils disposent d'un droit de regard sur le contenu des études et sur le mémoire de fin d'études.

En outre, elle reconnaît que même si la formation des sages-femmes françaises est de qualité, elle n'est pas nourrie, ensuite, par un travail de recherche.

Elle se demande enfin où se trouve le corps constitué des connaissances, socle d'une profession. [36]

3- Le prestige des obstétriciens ou le triomphe de la médecine, et les bases d'une concurrence.....

Il est loin l'adage du dix-huitième siècle qui ridiculisait les accoucheurs en comparaison du prestige reconnu à leurs pairs chirurgiens ou médecins.

En 1882, le corps des obstétriciens est officiellement créé. Au vingtième siècle, à compter des années soixante, cette spécialité acquiert ses lettres de noblesse : les effectifs sont multipliés par trois entre 1970 et 1984.

Enfin, les obstétriciens sont majoritairement des hommes.

3-1 L'ordre naturel bouleversé par les progrès de la médecine

La grossesse et son dénouement sont désormais présentés comme des prouesses scientifiques et techniques. La sexualité et la reproduction sont dissociées, la fécondité est un choix, la stérilité n'empêche pas forcément la maternité, la mortalité

périnatale est presque écartée. Les médecins ont triomphé, ils détiennent désormais un pouvoir sans partage.

Les inquiétudes traditionnelles de nos mères ont fait place à celles transmises par les biologistes.

Françoise Héritier y voit une manifestation de l'oppression des femmes et une expression du contrôle de leur fécondité.

Dans un champ plus général de la médecine, nous admettons également que des découvertes majeures ont servi le corps médical dans cette inexorable ascension.

Citons, pour mémoire, la découverte de la pénicilline et des antibiotiques en général, au milieu du vingtième siècle, la mise au point de l'imagerie médicale (échographie-Doppler), au service du diagnostic prénatal dans les années soixante-dix.

La loi adoptée le 17 janvier 1975 à l'initiative de madame Veil, dépénalisant l'avortement, autorise les médecins à mettre fin à une grossesse pouvant aboutir à la naissance d'un enfant atteint de maladie grave et incurable.

A cela, s'ajoutent les progrès dans la recherche bactériologique et virologique : la compréhension de la physiopathologie de la rubéole congénitale a conduit à une vaste campagne de sensibilisation et de vaccination des jeunes filles, au cours des décennies soixante, soixante-dix.

Enfin, la prévention et le traitement des incompatibilités dans le système Rhésus sont mis au point.

Notons pour finir, que dès la fin de la seconde guerre mondiale, le versement des allocations prénatales est subordonné à la consultation préalable d'un médecin. Les examens cliniques, sanguins et urinaires jalonnent désormais le suivi de grossesse.

3-2 Intériorisation des normes médicales et mutation des mentalités.

La vague féministe des années soixante, soixante-dix a favorisé indirectement le succès de la médecine, à travers la volonté des femmes d'enfanter uniquement si elles le voulaient et quand elles le voulaient.

En effet, leur décision prise, ces femmes exigeaient, parce qu'elles étaient les égales des hommes, des conditions optimales de suivi et d'accouchement. Elles accordent par voie de conséquence leur confiance à ceux qu'elles jugent les plus compétents : les médecins.

En outre, les manifestations psychosomatiques ou signes sympathiques de la grossesse ne suffisent plus à révéler l'état de grossesse. A l'aménorrhée et à l'interprétation du test urinaire, s'ajoute la confirmation du tiers autorisé, le médecin.

Il semble que cette validation assure à la mère une meilleure transition vers son rôle social désormais attendu.

L'Observatoire national de la démographie des professions de santé, dans un document daté de 2007, rapporte qu'au cours des années 2006-2007, dans 74% des cas, une grossesse a été déclarée par un gynécologue obstétricien, dans 23% par un médecin généraliste, dans 2% par une sage-femme et, dans 1% par un médecin de la protection maternelle et infantile.

Nous rappelons à cette occasion, que depuis la loi du 9 août 2004 les sages-femmes sont autorisées à effectuer les déclarations de grossesse qui sont ensuite adressées aux organismes prestataires. Bien qu'elles en possédaient les connaissances, la loi privait les sages-femmes de la possibilité de le faire.

Notons cependant que les organisations professionnelles de sages-femmes ont dû exiger que le mot de « sage-femme » soit mentionné sur le formulaire.

Le caractère récent de la loi explique en partie la faible valeur des chiffres.

Ce même rapport faisait également état d'un suivi majoritairement assuré par les gynécologues-obstétriciens.

3-3 Transfert du lieu ancestral de la naissance et disqualification des sages femmes.

Un nouveau déclin démographique porte une nouvelle fois atteinte aux sages-femmes. En effet, entre les deux guerres, l'état souhaite le combattre en créant de nouveaux corps de métiers : les puéricultrices et les assistantes sociales.

Elles exercent une concurrence très sévère à l'encontre des sages-femmes en convainquant les femmes d'aller accoucher en maternité, pour garantir les meilleures conditions de sécurité et d'hygiène.

La naissance est désormais attachée à une assistance technique de pointe, domaine de compétence des médecins.

Cette attitude nouvelle contribue à rendre plus floue la frontière entre la physiologie et la pathologie, les obstétriciens suivant les deux.

Du reste, dans ces nouvelles structures, les sages-femmes sont placées sous leur dépendance : l'activité hospitalière est protocolaire et normative.

Les sages-femmes exercent à l'hôpital à compter des années cinquante, soixante, en tant que salariées.

En 1972, est adopté le décret promu par Marie-Madeleine Dienesch, alors secrétaire d'Etat aux affaires sociales. Ce décret prévoit la fermeture des maternités privées pour non-conformité des lieux avec les nouvelles exigences de sécurité, qui reposent sur une activité minimale et sur une configuration spécifique des lieux d'accouchement.

Cette décision sonne le glas pour les sages-femmes libérales, qui la plupart du temps étaient en charge de ces établissements.

Elles sont reclassées en tant que sages-femmes hospitalières, corps d'emploi de la catégorie B de la fonction publique au mépris de leur connaissance et autonomie médicales acquises.

Par ailleurs, les modes de pensée des populations rurales, traditionnellement plus proches des sages-femmes opèrent une mutation dans les années soixante, en accédant aux nouveaux moyens de vie en cours de développement dans le reste du pays.

Cette population s'enrichit, s'instruit plus largement, bénéficie désormais d'une couverture sociale, pendant que les hôpitaux se modernisent, avec la création des centres hospitaliers universitaires qui jouissent d'un nouveau prestige. Elle est donc la dernière frange de la population à intégrer la maternité-hôpital.

La création de l'assurance maternité en 1928, avait déjà incité en son temps les salariées et les épouses de salariés, à faire suivre leur grossesse à l'hôpital plutôt que de verser des honoraires et d'avancer les médicaments à une sage-femme pour obtenir un remboursement ensuite.

Les sages-femmes sont autorisées à assurer également ce suivi, mais les médecins prennent le prétexte de dépister des maladies graves, la tuberculose et la syphilis en particulier pour capter cette clientèle.

Au point que, en ce milieu de vingtième siècle, certains médecins, s'appuyant sur la perte d'autorité des sages-femmes, prétendent que celles-ci devraient disparaître, car elles sont devenues inutiles.

Les années soixante-dix marquent le déclin des sages-femmes libérales qui pratiquent de moins en moins d'accouchements et que les médecins jugent dangereuses et anachroniques dans le contexte du moment.

En 1982, les sages-femmes libérales encore en activité, assurent essentiellement la préparation à l'accouchement et la rééducation périnéale dans le post-partum. Ces actes ne sont pas considérés comme des actes obstétricaux par la caisse d'assurance maladie, et sont donc mal remboursés.

Les sages-femmes libérales sont donc contraintes d'effectuer des actes infirmiers pour augmenter leurs revenus, contre l'avis du conseil de l'ordre.

De nouvelles spécialités font leur apparition en salle de naissance.

Ainsi, pour le plus grand confort des parturientes, la pose d'une analgésie péridurale se répand en salle de travail.

Les derniers résultats publiés montrent que dans six accouchements sur dix, voire huit en région parisienne, où la présence à temps plein d'un anesthésiste est plus fréquente compte tenu des activités des blocs opératoires, les patientes en bénéficient.

Par ailleurs, la salle de travail change de nom : elle est appelée désormais salle de naissance, ce qui contribue à rendre hommage aux progrès considérables réalisés dans le domaine de la médecine néonatale, et de la prise en charge de la douleur, dans les années cinquante, soixante.

La naissance occulte l'accouchement.

Désormais, la sage-femme interagit avec d'autres intervenants dans le sein des seins : la salle d'accouchement. Elle n'est plus l'unique partenaire de la femme en couches.

3-4 Adoption par les sages-femmes de la culture dominante.

La médicalisation approuvée majoritairement par la population en raison des nouvelles possibilités qu'elle proposait, a séduit également les sages-femmes qui y ont vu l'occasion d'être associées à ce progrès.

Il était important pour une majorité d'entre elles de faire disparaître l'image d'avorteuse qui leur était attachée.

En soixante ans, le taux de mortalité maternelle est passé de quatre-vingt-un pour cent mille à un niveau situé entre huit et douze pour cent mille pour la période 2001-2006. [3]

Le taux de mortalité infantile est passé de cinquante pour mille en 1950 à trois virgule huit pour mille en 2009. [25]

Par ailleurs, les sages-femmes ont trouvé dans cette évolution une forme de confort et de sécurité. Elles ont voulu bénéficier de l'aura nouvelle de la médecine, tout en ménageant une stabilité professionnelle à la faveur de l'intégration dans les équipes soignantes hospitalières. [6]

François-Xavier Schweyer, en 1996, développe l'idée selon laquelle, certaines sages-femmes, candidates malheureuses au concours organisé en fin de première année de médecine, et depuis 2002, celles classées dans ce même concours en rang utile autorisant l'accès à l'école de sages-femmes, adopteraient le mode de fonctionnement dominant. [11]

Elles intégreraient les propriétés et revendiqueraient les qualités purement médicales, au détriment de celles reconnues traditionnellement aux sages-femmes.

3-5 Un « *habitus* » professionnel handicapant.

S'il est vrai que la blouse portée par les sages-femmes est de couleur différente, il n'en demeure pas moins que celles-ci effectuent dans leur pratique quotidienne des gestes de soins technique ou de confort partagés avec les infirmières.

Au demeurant, la présence d'une infirmière dans le secteur d'une salle de naissance n'est pas systématique : et, en son absence, les soins infirmiers sont effectués en propre par la sage-femme.

Ce positionnement au carrefour des professions médicales et paramédicales contribue à semer la confusion chez les usagers, qui peuvent associer dès lors, la sage-femme à une infirmière spécialisée en obstétrique.

Dans un article publié dans La revue sage-femme, Marie-Josée Keller présidente de l'ordre national des sages-femmes rappelle que les règles d'emploi des sages-femmes sont issues pour l'essentiel des dispositions du titre quatre du statut général des fonctionnaires. Elle ajoute que l'arrêté du 21 juillet 2000 dans son article six dispose que les fonctionnaires du titre quatre dépendent de la sous-direction des professions paramédicales.

Dans un article du 13 septembre 2006, de Sylvaine Suire, publié sur le site de l'Association Nationale des Sages-femmes Libérales, est évoquée la chronique d'une mort annoncée. Les sages-femmes se comportent selon l'auteure comme des professionnelles paramédicales, qu'elles soient libérales ou salariées.

Elle argumente, en relevant la faible rémunération, la subordination, le manque d'autonomie, et le poids de la menace médico-légale dans un contexte de confusion entre physiologie et pathologie. [45]

Est-ce leur activité traditionnellement indépendante, un manque de discernement dans les mutations opérées, une confiance excessive, un manque d'organisation entre elles, ou a contrario une grande détermination chez leurs concurrents ?

Quoiqu'il en soit, le passage en établissement de santé, qu'il s'agisse du secteur privé ou bien du secteur public, n'a pas débarrassé la sage-femme de son isolement voire de son quant à soi.

Pierre Bourdieu, sociologue, évoque un manque de communication, un excès d'individualisme qui empêchent les sages-femmes de s'organiser. [31]

Les syndicats ou organisations professionnelles sont à la fois faiblement fréquentés, et divisés.

3-6 La conception française de la maternité.

La terminologie employée par les professionnels de la périnatalité, qu'ils soient médecins ou sages-femmes, est la prise en charge d'une grossesse, ou d'un accouchement. Même s'il n'exclut pas l'accompagnement de la patiente, il rend compte d'une démarche plus interventionniste que chez certains de nos voisins européens du nord.

Il en résulte une attitude active marquée par une surveillance sérologique, hématologique, échographique s'agissant du suivi et, l'adoption de conduites normées en salle de naissance empreinte d'une médicalisation marquée.

Ce positionnement médical participe à rendre plus imprécise la limite entre le physiologique et le pathologique et à renforcer potentiellement le second.

La tradition médicale récente a imposé l'idée de la dangerosité de l'accouchement. Les données épidémiologiques françaises font effectivement état de résultats médiocres en termes de mortalités maternelle -quatorzième rang- et périnatale – douzième rang- en comparaison de nos voisins européens. [23]

Dans un rapport rédigé en 1993, le professeur Emile Papiernik, gynécologue obstétricien, rend compte de mauvais diagnostics de départs et de retards de prise en charge, conduisant à ce constat.

Deux inconvénients majeurs ressortent de son analyse, les sages-femmes sont formées essentiellement à la physiologie, et la rareté des cas rend plus difficile la conduite adaptée.

Dès lors, le renforcement de l'appareil médical dans des structures spécialisées réservées aux situations à risques est préconisé.

La mise en place des maternités de type un, deux et trois en 1998 a, non seulement confirmé la hiérarchie entre les sages-femmes qui y exerçaient, mais aussi a renforcé leur rôle d'auxiliaires médicales perçu par le public.

4- Un renouveau ?

4-1 Des initiatives politiques isolées.

Dans une allocution prononcée devant l'assemblée sénatoriale le 14 avril 1982, monsieur Jack Ralite sénateur de la Seine Saint-Denis avait rappelé le rôle social important des sages-femmes et la description archaïque qui était donnée de leur profession dans le code de Santé Publique.

De la même manière, madame Simone Veil, ministre de la santé, en 1995 souhaite promouvoir l'autonomie de la profession de sage-femme et l'affranchir de la tutelle des médecins au sein du Conseil de l'ordre, en déclarant dans le cadre d'un projet de loi, que la présidence soit désormais assurée par une représentante de la profession.

Par extension, le pouvoir disciplinaire est dévolu au conseil interrégional nouvellement créé. L'éthique, l'honneur de la profession sont portés à la connaissance du plus grand nombre grâce à l'élaboration d'un code de déontologie.

4-2 Vers des lendemains qui « chantent » ...?

Les mouvements de protestation qu'a connus la profession au cours de l'année 2001 ont permis d'évaluer l'adhésion de la population aux problématiques des sages-femmes : reconnaissance et autonomie médicale.

Monsieur Bernard Kouchner, ministre de la santé de l'époque, a tenu compte des doléances et revendications portées par les grévistes.

En est résultée une refonte de la formation initiale, généralisée en 2003 à toutes les régions françaises, avec un passage obligé par le premier cycle d'études médicales, et le classement en rang utile pour les candidats désireux d'intégrer les écoles de sages-femmes.

Cette modification devait contribuer à consacrer le statut médical.

En corollaire, les grilles salariales de la fonction publique hospitalière – lieu d'exercice majoritaire des sages-femmes - ont été révisées à la hausse, et des reclassements dans les grades supérieurs ont pu être rendus effectifs.

Dans un souci de reconnaissance, des groupes de travail associant, conseil de l'ordre, organisations professionnelles et administration centrale, ont étendu leur réflexion au statut général de la profession, à sa démographie.

Ils se sont intéressés par ailleurs à la mise en place de trois centres physiologiques de naissance en Isère, dans le sud-ouest de la France, et en région parisienne attachés à des structures hospitalières mais capables d'offrir une alternative à la prise en charge médicale.

A distance de cette expérience pilote, nous constatons que celle-ci n'a pas été généralisée au reste du pays.

Aujourd'hui, et dans une large majorité, les patientes accouchent dans des structures hospitalières, que les politiques actuelles, par souci d'économie, rendent de plus en plus importantes en termes de capacité d'accueil et de performance de plateaux techniques.

Ces pôles, lieux d'excellence des pratiques médicales, proposent une offre de soins sensiblement différente du respect de la physiologie prôné dans les centres physiologiques de naissance.

Nous pouvons nous interroger sur la place qu'occupera la sage-femme au sein de ces structures ? La sage-femme saura t-elle valoriser ces atouts ?

DEUXIEME PARTIE

1- La problématique

A la lecture du cadre conceptuel du sujet que nous avons choisi, il ressort que la profession de sage-femme, bien qu' ancestrale a vécu de nombreux aléas pour finalement être confirmée dans un statut reconnu et clairement défini.

Il en résulte pour cette activité un accroissement de ses responsabilités, une confirmation de son rôle central dans le suivi des grossesses et leur issue. Une reconnaissance universitaire a été dernièrement acquise, ainsi qu'une extension des compétences dans le domaine de la contraception et plus généralement dans le suivi gynécologique des femmes, à l'exclusion de toute pathologie.

Nous observons toutefois, qu'en dépit de cette valorisation, la connaissance de cette profession auprès du public reste lacunaire.

De sorte que nous nous sommes interrogés sur la nature de ces obstacles et avons tenté de dégager une problématique pouvant non seulement expliquer ce constat mais aussi, capable d'ouvrir des voies de réflexion pour l'avenir.

Il est reconnu aux sages-femmes un statut de profession médicale à compétence définie, justifié par leur aptitude à suivre la physiologie et à diagnostiquer la pathologie. [9] [10]

Nous nous sommes demandés pourquoi les sages-femmes françaises n'ont pas rompu avec leur histoire chaotique par certains égards, aliénante par leur formation et par leur passage au statut hospitalier ; pourquoi elles n'ont pas développé un cadre de connaissances propres à la prise en charge de l'eutocie, en s'appuyant notamment sur leurs connaissances médicales (revalorisation du sens clinique), mais aussi sur la valorisation des sciences humaines qui sont désormais enseignées en faculté de médecine et en école de sages-femmes ?

2- Les objectifs

Nous souhaitons mettre en évidence dans notre travail, que bien qu'actrices principales du suivi des grossesses et des accouchements, les sages-femmes sont méconnues.

Nous voulons montrer que leur intérêt reposerait sur le développement de connaissances et de savoir-faire complémentaires des connaissances médicales, qu'elles reçoivent des médecins.

3- Les hypothèses.

Afin de cadrer notre démarche réflexive, nous avons décidé de poser les hypothèses suivantes :

- a) Les sages-femmes jouissent d'un capital sympathie mais restent méconnues du grand public.
- b) La féminité de la profession occulte les valeurs professionnelles qu'elle requiert.
- c) Leur autonomie professionnelle est insuffisante pour rendre compte de leurs compétences professionnelles.

4- La méthodologie

4-1- Le cadre géographique de notre enquête

Nous avons réalisé notre enquête dans trois maternités, en région parisienne, relevant du secteur public hospitalier, dont deux appartenant à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris.

Il s'agit des maternités de La Pitié-Salpêtrière située dans le 13^{ème} arrondissement de Paris, de Saint-Vincent-de-Paul dans le 14^{ème} arrondissement, et de la maternité de l'hôpital de Saint-Maurice dans le Val-de-Marne.

La maternité de La Pitié-Salpêtrière est un établissement de type 2B, selon la nomenclature mise en place en application du décret numéro 98-899 du 9 octobre 1998 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie, ou la réanimation néonatale. Elle prend en charge les accouchements au dessus de 32 semaines d'aménorrhées, réalise annuellement 2 300 accouchements, et dispose d'un service de néonatalogie.

La maternité de Saint-Vincent-de-Paul est un établissement de type 2A accueillant les patientes à partir de 34 semaines d'aménorrhées, assurant 2 200 accouchements par an, et disposant également d'un service de néonatalogie.

Enfin, la maternité de l'hôpital de Saint-Maurice est un établissement de type 2A, prenant en charge les patientes à partir de la 34^{ème} semaine d'aménorrhées, assurant environ 2 300 accouchements par an, et disposant d'un service de néonatalogie.

4-2- Le cadre temporel

Nous avons réalisé notre enquête de façon discontinue, au cours des mois d'octobre et décembre 2009, en consacrant 3 demi-journées à chacun des sites choisis.

Nous avons choisi de remettre, en personne, à chacune des patientes répondant à l'unique critère de sélection préalable, un exemplaire du questionnaire figurant en annexe.

Elles l'ont complété sans aide extérieure, et remis immédiatement après l'avoir renseigné.

4-3- La population ciblée

Notre enquête s'adressait aux primigestes nullipares.

Notre objet d'étude portant sur la connaissance de la profession de sage-femme par les futures mères, ainsi que sa représentation, nous avons estimé que le meilleur indicateur de notre enquête se situait chez les futures primipares, dont l'information sur ce thème ne pouvait relever que d'une recherche personnelle ou résultait de la communication générale de la profession.

Parmi elles, nous avons fait le choix de ne pas sérier les patientes suivies exclusivement par un médecin ou par une sage-femme, ou bien suivie alternativement par les deux.

Les patientes rencontrées dans les trois sites choisis appartiennent à des catégories socioprofessionnelles hétérogènes, aux origines géographiques multiples compte-tenu des caractéristiques démographiques de la population francilienne.

Nous tenons toutefois à préciser que toutes les patientes originaires de pays non francophones maîtrisaient suffisamment bien la lecture de la langue française pour comprendre la nature des renseignements demandés.

4-4- L'approche par questionnaires

Le questionnaire a été le support de choix de recueil des données utiles à notre enquête. Il a été distribué de façon anonyme et a demandé une participation volontaire des patientes (annexe 1).

Il comporte quatre pages, et s'articule autour de plusieurs grands chapitres : huit au total.

Dans le premier d'entre eux, nous avons choisi de récolter des renseignements à caractère général concernant les caractéristiques individuelles des patientes, afin d'établir des catégories socioprofessionnelles. Dans le deuxième, il est question de vérifier que les patientes appartiennent à la population cible.

Dans le chapitre trois, nous avons interrogé les patientes à propos de la formation professionnelle des sages-femmes.

Dans le quatrième chapitre est brièvement évoquée la démographie de la profession. Dans le cinquième volet, nous avons questionné les patientes au sujet des compétences professionnelles des sages-femmes, ainsi que de leur rémunération.

Une auto-évaluation leur a été demandée dans le chapitre six.

Dans le chapitre sept, nous avons sollicité des qualificatifs pouvant caractériser les sages-femmes en tant que professionnelles.

Enfin, le point de vue des patientes a été requis pour chacune des étapes de leur grossesse. Nous avons également demandé ce qui justifie la confiance qu'elles ont accordé respectivement aux médecins et aux sages-femmes à des moments déterminés en ante, per et post partum.

Au total, vingt-deux questions ont été posées aux participantes de cette étude : vingt questions comportent des réponses à choix multiples et deux nécessitent des réponses ouvertes. Les patientes ont été interrogées dans le cadre de leur suivi anténatal : soit en consultation prénatale classique, soit dans le cadre des consultations de fin de grossesse au service des explorations fonctionnelles, soit dans le cadre des séances de préparation à la naissance et à la parentalité, et enfin lors de rendez-vous d'échographies.

Nous avons mis à la disposition des patientes les réponses aux questions posées : toutes les patientes ont manifesté un grand intérêt aux réponses fournies, témoignant ainsi d'une curiosité certaine à l'égard de notre profession.

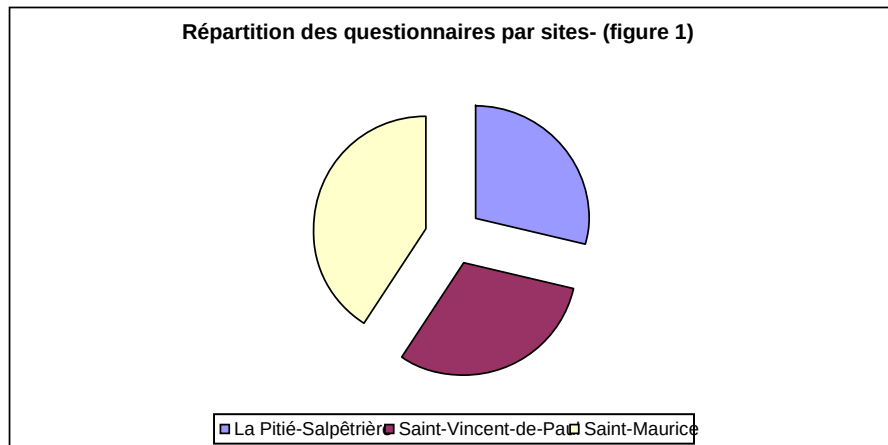
5 - Exploitation des résultats

5-1 Aspects quantitatifs

Au total, cent huit questionnaires ont été recueillis. Notons que parmi eux, six patientes ont souhaité répondre alors qu'il s'agissait pour elles d'une deuxième grossesse. Nous avons décidé de les maintenir dans notre étude étant donné qu'elles nous ont déclaré avoir préalablement accouché en clinique privée et avoir été à cette occasion suivies exclusivement par un gynécologue obstétricien.

5-2 Répartition des questionnaires par site.

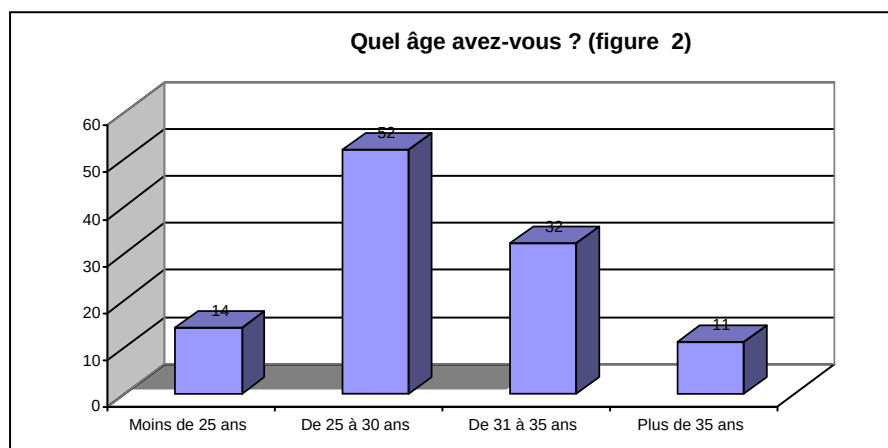
La répartition entre les sites est homogène : trente-et-un questionnaires ont été recueillis à la maternité de la Pitié-Salpêtrière, trente-trois auprès de celle de Saint-Vincent-de-Paul, et quarante-quatre à la maternité de l'hôpital de Saint-Maurice. (Figure 1)



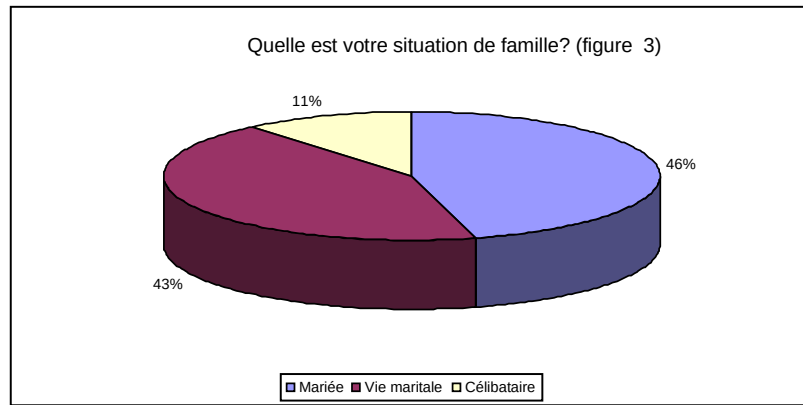
5-3 Description des résultats

5-3-1 Renseignements généraux concernant les patientes

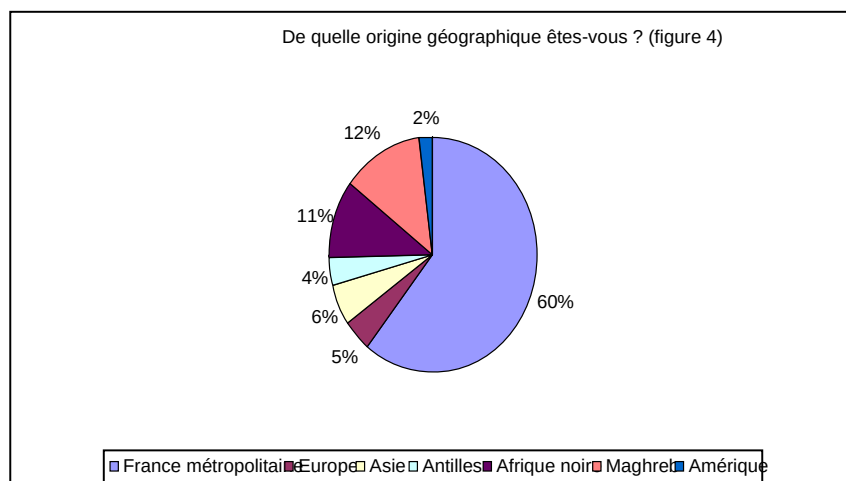
a) Âges des patientes (Figure 2)



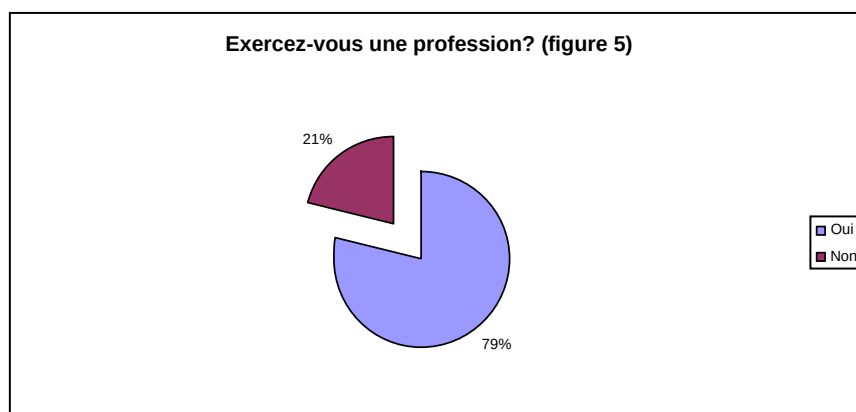
b) Situation matrimoniale – Figure 3.

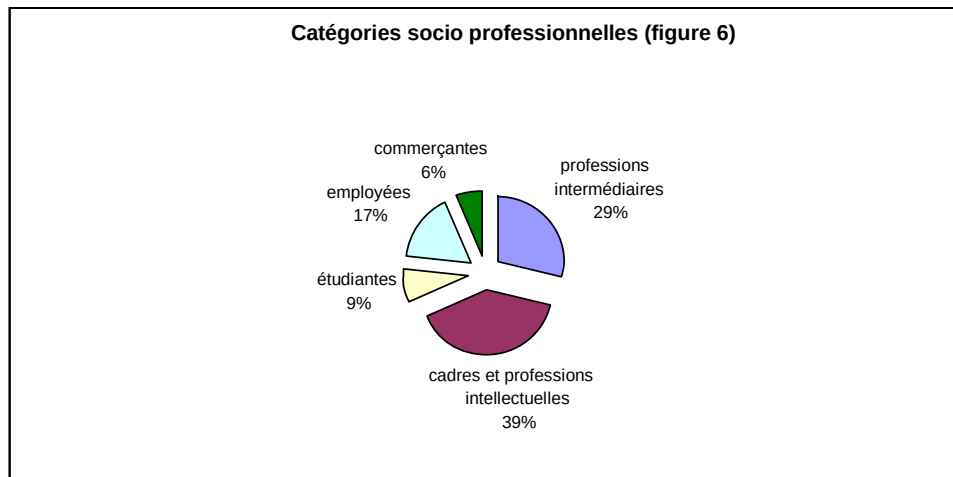


c) Origine géographique des patientes. Figure 4



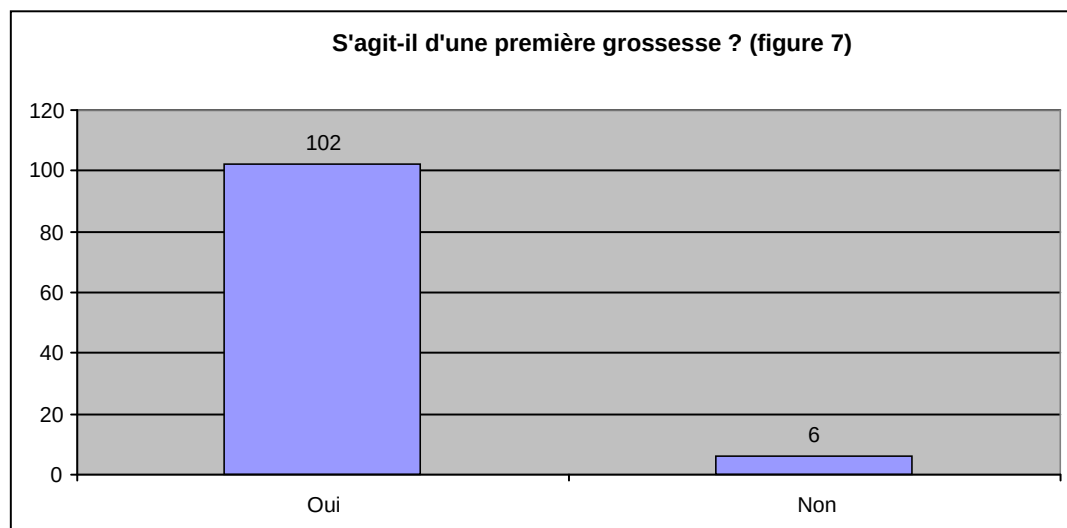
d) Catégories socioprofessionnelles Figures 5 et 6

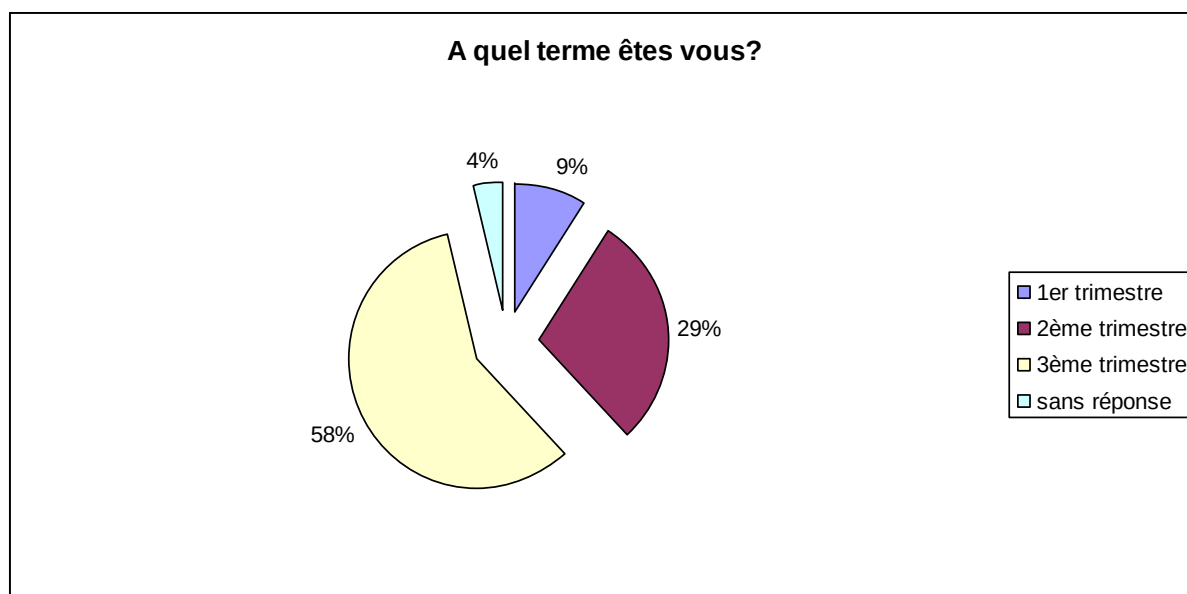




5-3-2 informations relatives à la grossesse (figures 7,8,9,10).

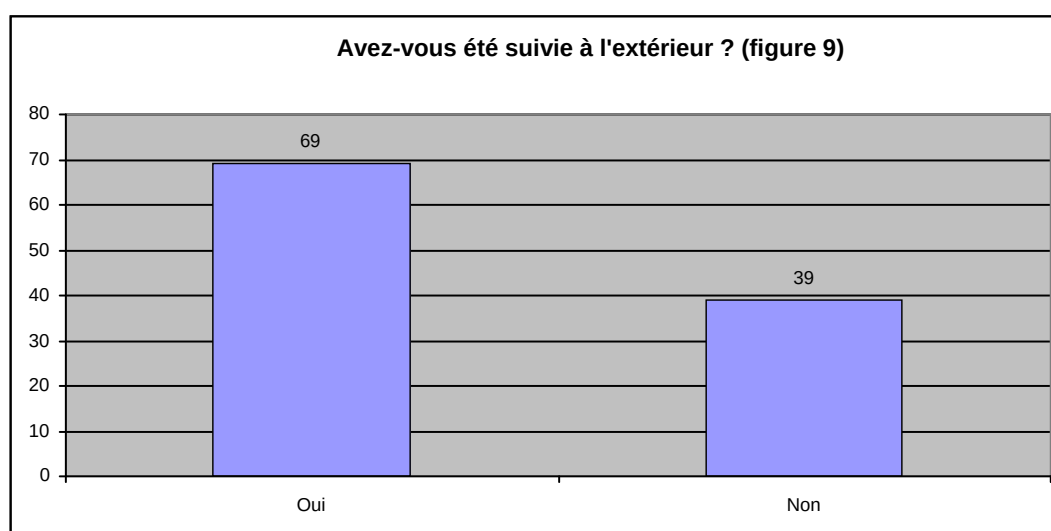
S'agissant de la grossesse en cours. Pour une large majorité des patientes rencontrées, il s'agissait d'une première grossesse, à l'exclusion de toute interruption volontaire, médicale de grossesse ou de fausses couches spontanées. (Figure 7)

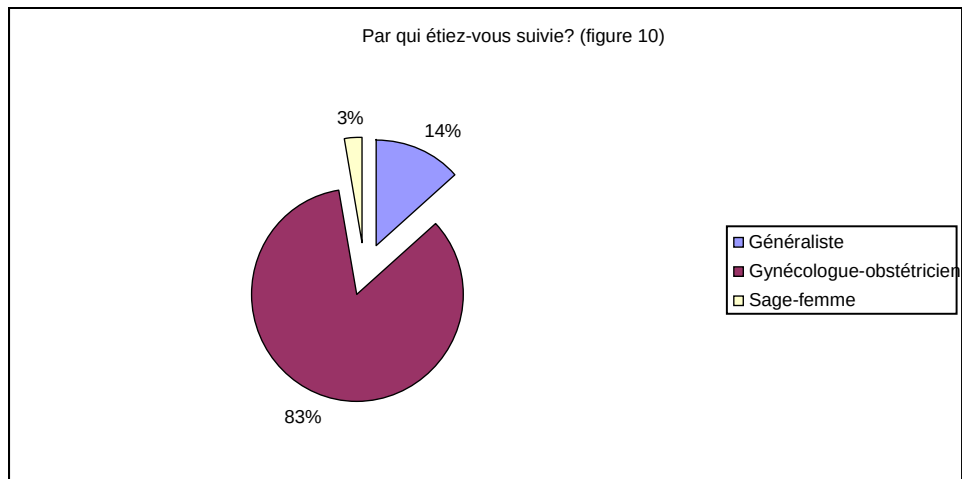




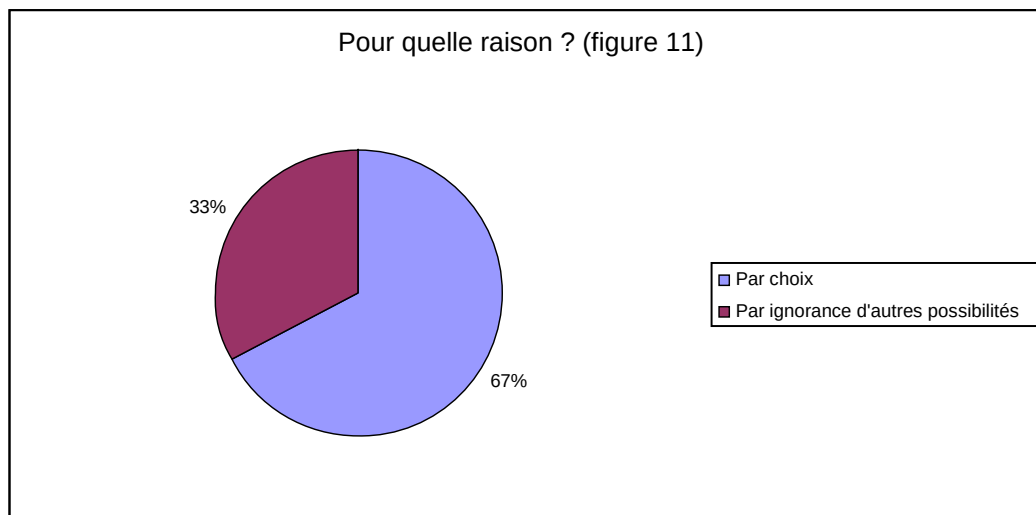
Le terme moyen est fixé à vingt-sept semaines d'aménorrhées et cinq jours. La médiane étant pour sa part fixée à vingt-six semaines d'aménorrhées et deux jours (Figure 8).

Deux tiers des patientes (63,88%) déclarent avoir été suivies à l'extérieur avant leur inscription à la maternité. (Figure 9)



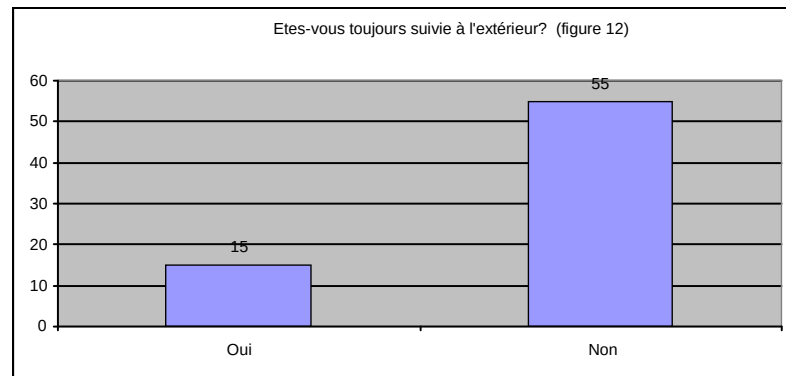


Nous observons que très majoritairement, ce sont les gynécologues obstétriciens de ville qui assurent le suivi des patientes. (Figure 10)

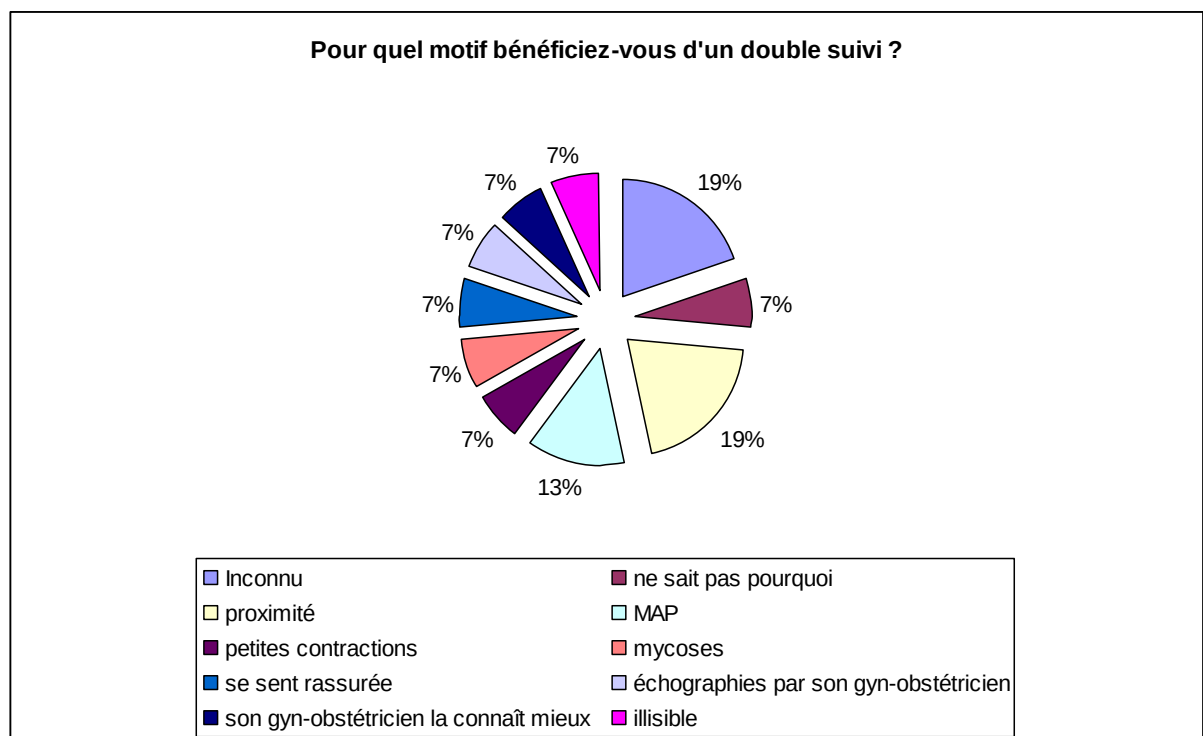


Pour une large majorité, les patientes bénéficient d'un suivi de ville de façon délibérée, tandis qu'une sur trois poursuit ce suivi en ignorant qu'il peut être assuré par l'équipe médicale de la maternité d'inscription.

S'agissant de l'évolution de ce suivi extérieur au fil de la grossesse en cours, il ressort que quinze patientes seulement bénéficient d'un double suivi.

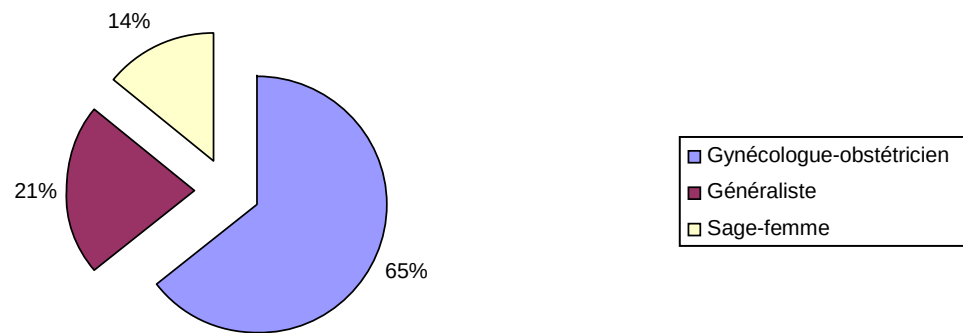


Les motifs invoqués par les patientes sont variables et ne relèvent pas nécessairement de pathologies médicales objectivées.



Très majoritairement, ce double suivi est assuré par un médecin, gynécologue-obstétricien, dans 65 % des cas, et par un médecin généraliste dans 21% des situations, la sage-femme n'assurant ce suivi que dans 14% des cas.

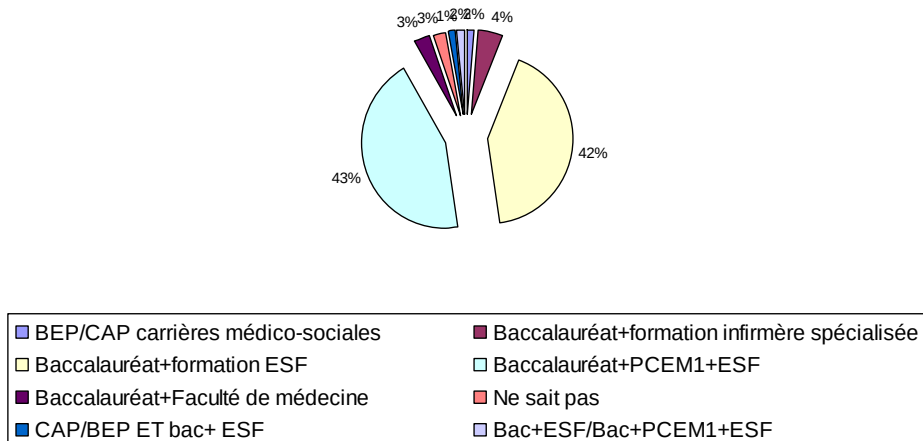
Par quel professionnel le double suivi est-il assuré? (figure 14)



5-3-3 A propos de la formation des sages-femmes.

a) A votre connaissance, quel est leur cursus ?

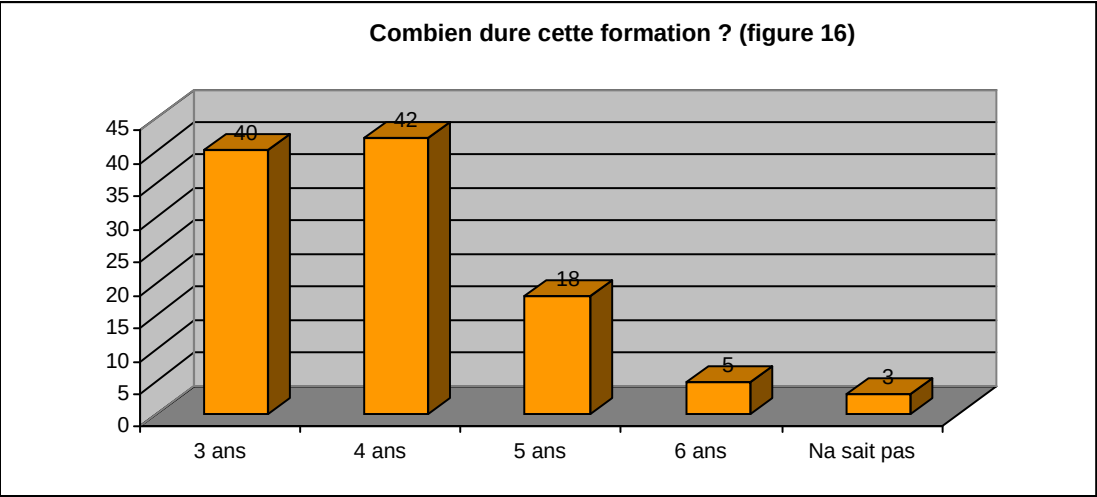
A votre connaissance, quel est le cursus de formation des sages-femmes?



Malgré la multiplicité des choix proposés, nous observons que les patientes ont donné principalement deux réponses (43% Baccalauréat+PCEM1+école de sages-femmes et 42% Baccalauréat+école de sages-femmes). Ces données témoignent de l'ambivalence de cette profession, au carrefour des professions médicales issue de la

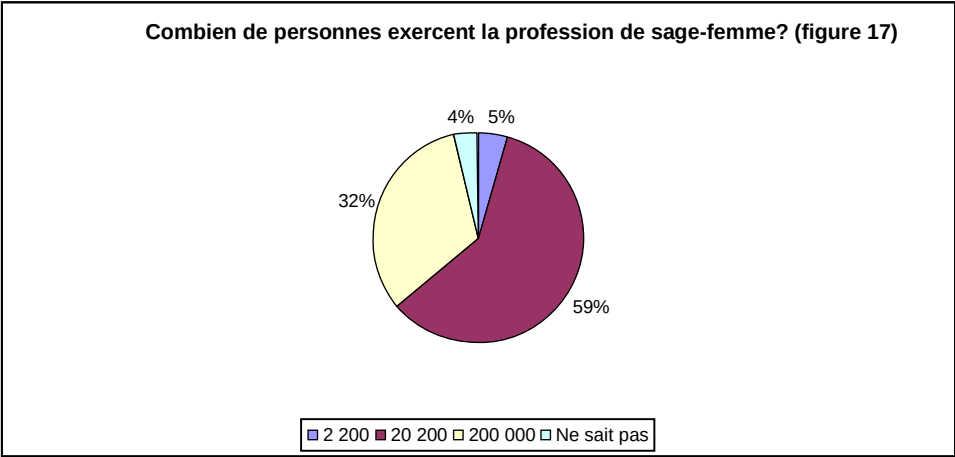
faculté de médecine et des professions paramédicales formées en écoles (personnels infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes).

b) A votre connaissance combien d'années dure cette formation ?



5-3-4 A propos de la démographie de cette profession.

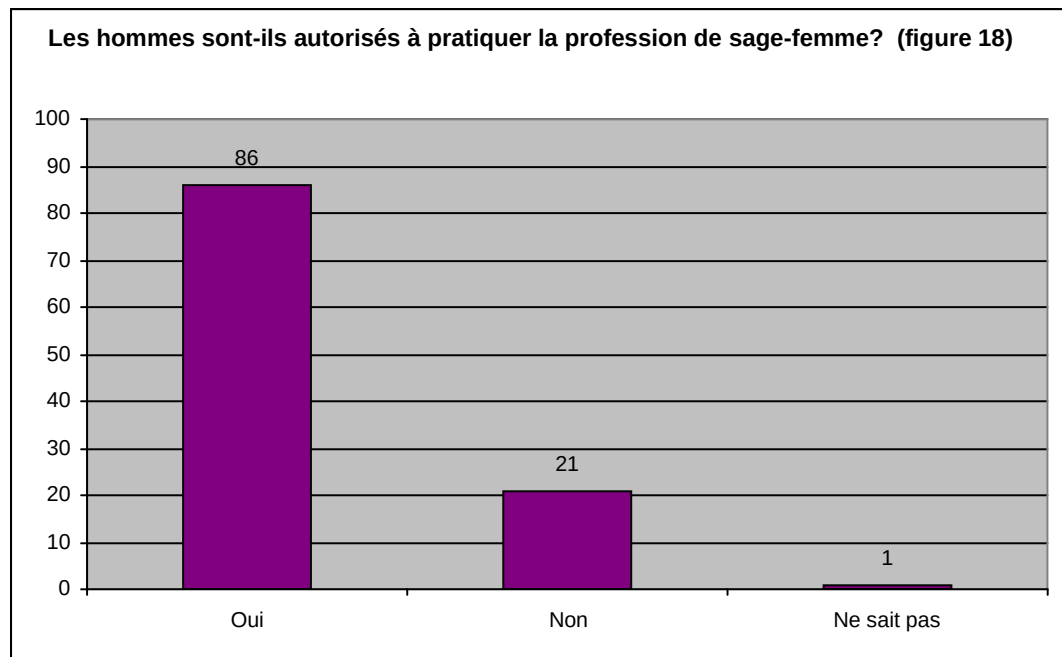
a) A votre avis combien de sages-femmes exercent cette profession actuellement ?



Nous avons délibérément proposé des valeurs improbables, et nous constatons que 37% des réponses fournies leur correspondent, 4% des patientes ne se sont pas prononcées.

Nous interprétons ce manque de réalisme par une méconnaissance évidente des compétences des sages-femmes et des besoins.

b) Les hommes sont-ils autorisés à exercer cette profession ?



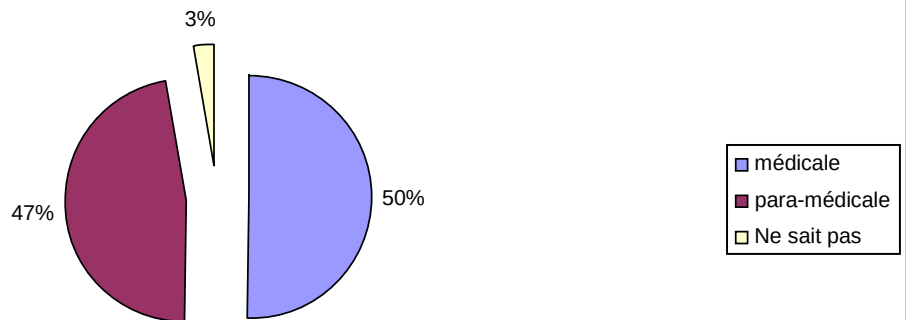
La formulation négative de cette question dans le questionnaire, a suscité des interrogations de la part des patientes. Lorsque les doutes sur la nature de la question ont été dissipés, les patientes ont répondu largement en faveur de la possibilité pour les hommes d'exercer cette profession.

Il est intéressant d'observer que les qualités à connotation féminine plébiscitées par les patientes ne constituent pas à leurs yeux un obstacle à l'exercice de la profession par des hommes.

5-3-5 A propos des compétences professionnelles des sages-femmes.

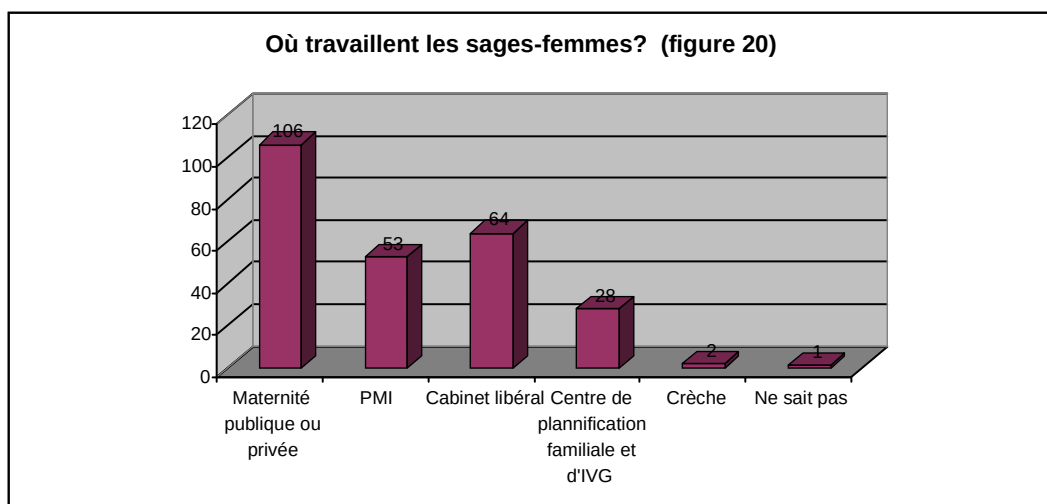
a) Selon vous, les sages-femmes appartiennent-elles à une profession :

Les sages-femmes appartiennent à une profession : (figure 19)



La position intermédiaire de la profession de sage-femme entre les professions paramédicales et les médecins génère de la confusion dans les esprits des patientes qui les placent de façon quasi égale dans les deux groupes.

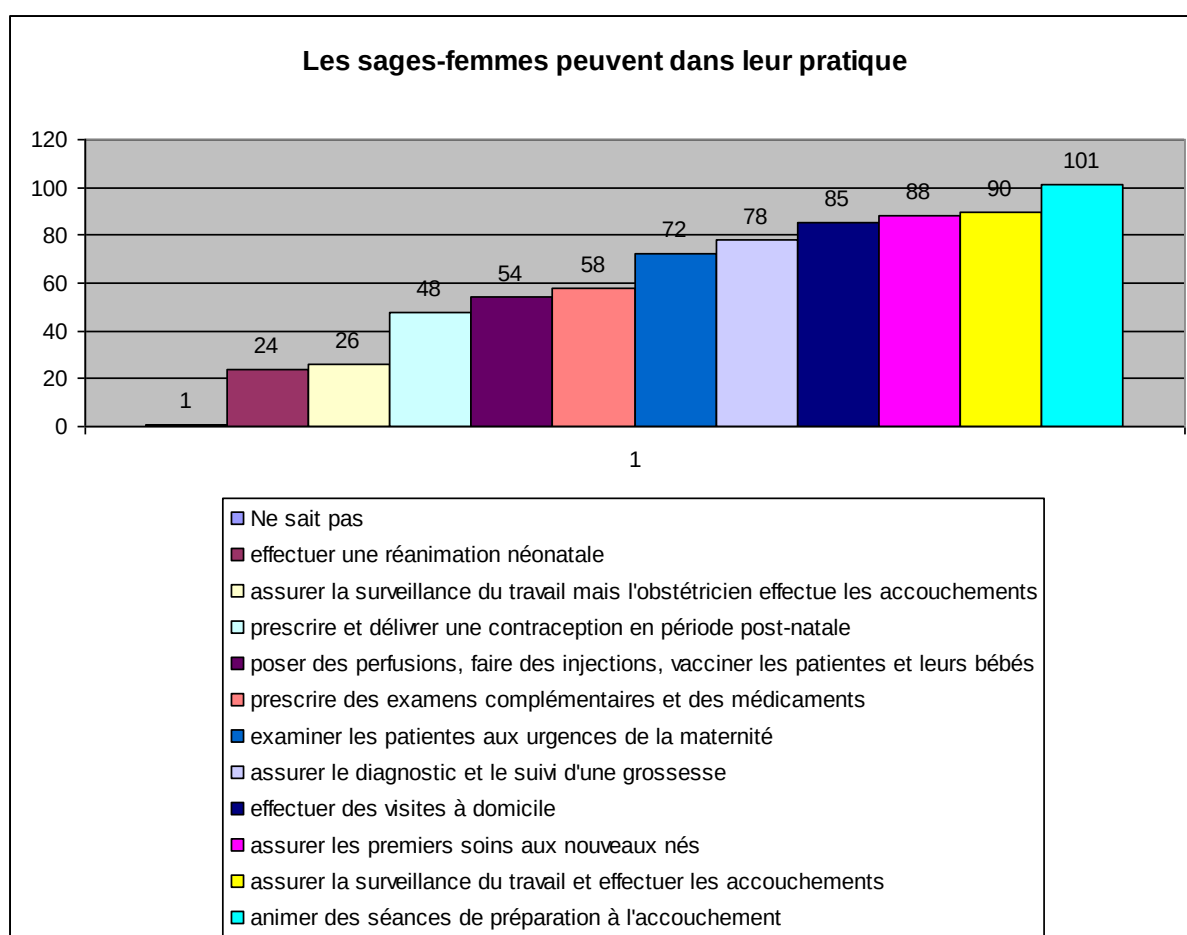
b) A votre avis où travaillent les sages-femmes ?



Plusieurs réponses étaient possibles à cette question. Nous constatons que les patientes répartissent les sages-femmes dans leurs modes d'exercice de manière proportionnelle à la réalité de la situation. Nous observons toutefois, que les patientes vues à la maternité de Saint-Vincent-de-Paul, ont régulièrement donné le centre de planification familiale comme lieu d'exercice. Il existe en effet, dans cette maternité,

une consultation de cette nature, ouverte dans le service des consultations prénatales.

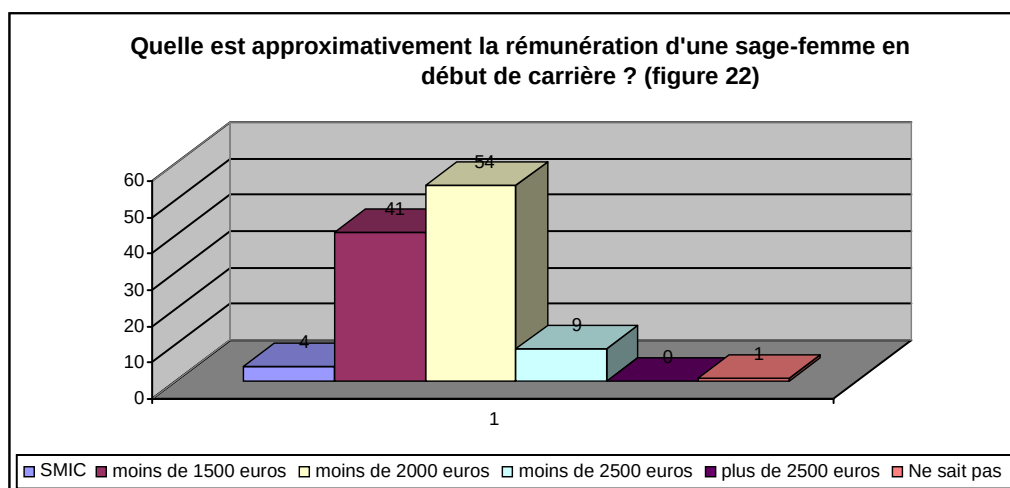
c) Selon vous, les sages-femmes peuvent dans leur pratique professionnelle effectuer les actes suivants :



A cette question, plusieurs réponses étaient possibles. Nous observons que plus des deux tiers des patientes (72% et plus) ont cité les compétences traditionnelles, constituant le cœur de métier. En revanche, les compétences périphériques de la profession (soins infirmiers, compétences en contraception, compétences pédiatriques, compétences médicales à travers le droit de prescription et l'interprétation des résultats et analyses) sont moins représentées.

Nous notons qu'un quart des patientes répondent que les sages-femmes assurent le suivi du travail et que les médecins effectuent les accouchements.

d) Selon vous, quelle est approximativement la rémunération d'une sage-femme en début de carrière ?

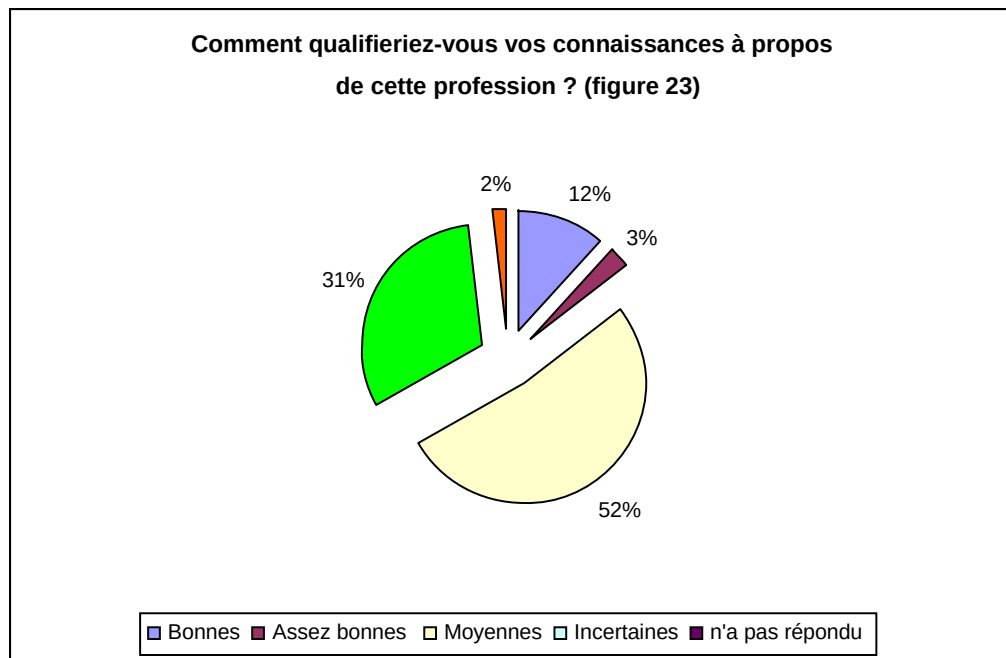


Nous avons choisi de proposer des valeurs symboliques s'agissant de la rémunération des sages-femmes en début de carrière.

Notre choix est discutable au sens où le traitement moyen d'une sage-femme en début de carrière avoisine 1 500 euros et dépend des indemnités versées au titre des gardes, nuits, dimanches travaillés.

Les patientes ont donné principalement deux réponses autour de cette somme. Il est probable que leur réponse ait été donnée par extrapolation, et en référence à des métiers connus (le leur ?), et non en référence à des caractéristiques objectives (durée de formation, contraintes inhérentes à l'exercice).

5-3-6 Comment qualifieriez-vous vos connaissances à propos de cette profession ?



Quinze pour cent des patientes déclarent posséder de bonnes ou assez bonnes connaissances au sujet de la profession de sages-femmes. Ce constat justifie l'effort de communication indispensable à la promotion.

5-3-7 En quelques mots, quelles qualités nécessitent selon vous cette profession ?

Nous avons décidé de classer en deux familles, l'ensemble des qualificatifs cités par les patientes.

Dans le premier groupe, nous avons reporté les termes renvoyant à des qualités humaines. (tableau 1)

Dans le deuxième, ceux qui concernent des qualités professionnelles. (tableau 2)

Dix-sept patientes n'ont pas répondu à cette question. (tableau 3)

Un dernier graphique donne le rapport entre les deux groupes.

ouverture d'esprit, écoute, empathie, compréhension	53
patience	43
sensibilité, douceur, délicatesse, gentillesse	33
disponibilité, accessibilité, altruisme, humanisme	17
sens du relationnel, contacts	16
rassurante, apaisante, sereine	14
calme, sang froid	12
amour pour les bébés	8
agréable, souriante, aimable	5
motivée, courageuse	2
sens de l'humour	2
relation de confiance	2
discrétion	2
psychologue	2
vocation	2
instinct maternel	1
sens de l'observation	1
abnégation	1
prudence	1
total qualités humaines citées	217

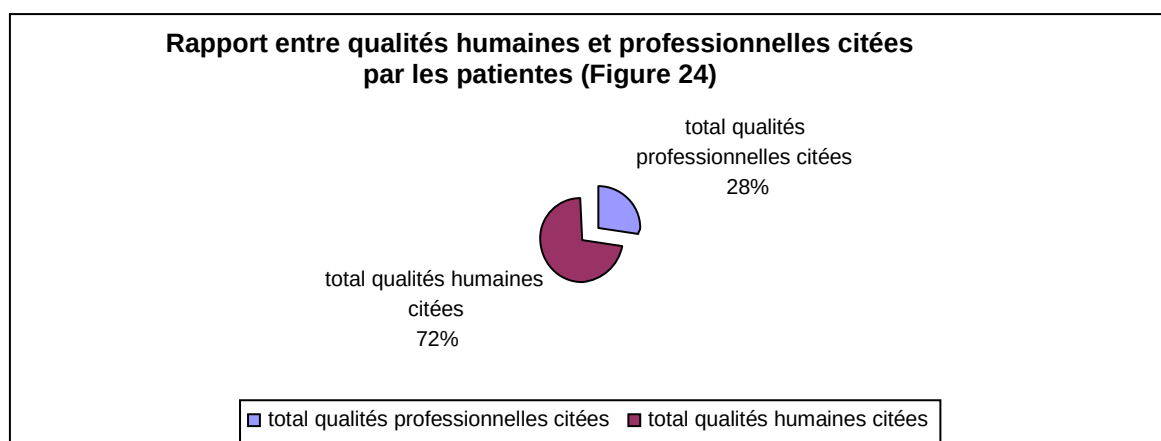
(tableau n°1)

compétences, connaissances médicales, diplômée, FMC	17
professionnelle, sérieuse	13
sens de l'initiative, réactivité dans urgence, pragmatisme, efficacité, adaptabilité	11
sens de la précision, rigueur	14
pédagogue	7
sens de la technique, expérimentée	6
logique, organisée	3
résistance au stress	3
doit faire connaître sa profession	3
respect de la déontologie	2
sens de la réflexion	2
sens des responsabilités	2
résistance physique	1
esprit d'équipe	1
total qualités professionnelles citées	85

(tableau n°2)

ne sait pas ce qu'est une sage-femme	1
n'a pas répondu	16

(tableau n°3)



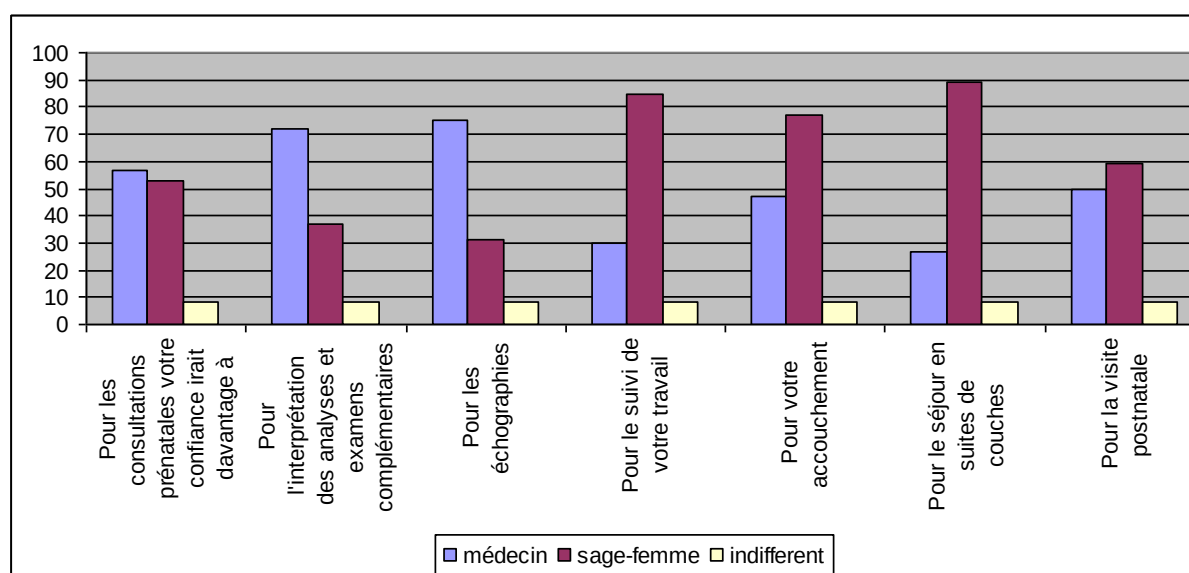
A la lecture de ce graphique, nous observons qu'à une large majorité les sages-femmes sont vues par les patientes, non pas en fonction de la valeur de leurs qualités professionnelles, mais davantage en fonction de leurs qualités personnelles.

Cette vision écrase les aspects techniques, cliniques, théoriques que nécessite sa pratique mais resitue la demande des patientes.

Peut-être pouvons-nous y voir une interpellation sur la manière d'envisager une pratique professionnelle ?

5-3-8 Votre point de vue.

a) A propos de votre grossesse, accorderiez-vous plutôt votre confiance à :
(figure 25)



Nous observons que de façon constante et faible, les patientes sont indifférentes à la qualité du praticien qui les suit.

En revanche, le graphique expose de manière significative que les médecins ont la confiance des patientes sur les aspects techniques, que la confiance est égale au regard du suivi en ante partum, et dans une moindre mesure en post partum.

Les patientes accordent leur confiance aux sages-femmes en per partum, ce qui nous renvoie à l'image traditionnelle de la sage-femme assistant la parturiente.

b) Pourquoi accorderiez-vous plutôt votre confiance à (tableau n°4)

médecin	sage-femme	n'ont pas justifié leur réponse	accorde indifféremment leur confiance sans justifier
1er bébé	écoute, réconfort, échange: travail, accouchement, consultation post natale		
connaissance des pathologies (2)	disponibilité, empathie, douceur, chaleur		
échographie= examen spécialisé (13)	en l'absence d'urgence accorde ma confiance		
prescription médicale	assure un suivi individuel		
en cas de complications	a des connaissances pratiques pour suivi du travail accouchement, suites de couches, consultation post natale		
par méconnaissance des compétences des sages-femmes	son domaine de compétences: suites de couches, consultation post natale		
a une formation adaptée	compétente pour tout		
plus qualifié	n'est pas compétente pour examen complémentaire, échographie		
a une expérience médicale	son domaine de compétences: suites de couches, consultation post natale		
a fait des études plus longues	si diplômée en échographie alors confiance accordée		
est plus sûr	mieux qualifiée qu'un médecin		
a une meilleure technique	expérience pour tout		
son domaine de compétences: suites de couches, consultation post natale			
compétent pour tout			
expérience pour tout			
36	27	52	8

TROISIEME PARTIE

1- Analyse de la démarche de recherche.

1-1 Les limites de l'étude.

a) Les sites choisis.

Bien que multicentrique, notre enquête n'a été réalisée que dans trois maternités de la région parisienne. Deux des trois établissements de santé appartiennent à l'Assistance Publique des hôpitaux de Paris, le dernier est pour sa part, un établissement public hospitalier.

Ce sont tous les trois des établissements de type II selon la nomenclature en vigueur.

Nous tenons à préciser que lorsque notre choix s'est porté sur la maternité de Saint-Vincent-de-Paul, celle-ci était encore un établissement de type III.

Il aurait été intéressant de recueillir des réponses de patientes suivies dans tous les types de maternités.

Aucun établissement ne relevait du secteur privé. Nous souhaitons, en effet, interroger des patientes suivies dans des établissements de santé relevant du secteur public dans les lesquels les sages-femmes semblent pouvoir mettre davantage à profit leurs compétences.

Nous n'avons pas intégré à notre étude des structures relevant de la Protection Maternelle et Infantile, des centres de planification familiale et d'interruptions volontaires de grossesses, ou bien des patientes suivies en cabinet libéral de sages-femmes.

Nous pouvons penser que cette prise en compte aurait peut-être modifié certains aspects des réponses.

b) La population de l'étude.

Nous avons conscience que la population francilienne participant à cette enquête ne constitue pas nécessairement un panel représentatif, au sens où beaucoup des

patientes interrogées sont d'origine étrangère ou de nationalité étrangère (40%), et n'ont pas, par voie de conséquence, une connaissance de ce que représente la profession de sage-femme en France.

Nous ne les avons pas interrogées sur la durée de leur séjour en France, et ne savons pas si leur installation est récente, si elles sont nées en France ou encore y ont suivi une scolarité.

Autant d'éléments qui peuvent influencer a minima la connaissance de la profession de sage-femme.

Par ailleurs 39% des patientes sont des cadres ou exercent des professions intellectuelles, ce qui, non seulement, peut influencer leur connaissance de la profession, mais aussi n'est pas représentatif de la population générale.

Nous avons choisi de n'interroger que des patientes. Notre enquête aurait pu concerner les femmes en général, quelques soient leur âge et leur parité.

Cette attitude est critiquable, au sens où, ce faisant, nous avons pensé améliorer les résultats recueillis. Or, les patientes sélectionnées ne sont qu'une frange de la population et participent au même titre que le reste de la population à la perception de cette image. La vision que nous aurons de la profession sera vue à travers le prisme d'un groupe sociologique très spécifique.

c) Le nombre de questionnaires.

Nous reconnaissons que le nombre de questionnaires recueillis peut paraître insuffisant au regard du nombre de grossesses suivies en région parisienne.

L'enquête préliminaire réalisée dans notre entourage (familial et amical) proche corrobore les données de l'étude.

Aussi, avons-nous estimé qu'un plus grand nombre de participantes n'auraient pas été de nature à modifier sensiblement les résultats.

d) La rédaction du questionnaire.

Certaines questions n'ont pas été rédigées avec suffisamment de précision et ont occasionné des interrogations chez les patientes. C'est le cas en particulier de la

question portant sur la mixité de la profession, dont la formulation négative a souvent gêné les participantes.

Nous regrettons de ne pas avoir cherché à connaître par quel canal d'information les patientes connaissaient la profession de sage-femme lorsque nous leur avons demandé une auto-évaluation.

Enfin, notre propos reposant en partie sur la thématique du genre, il aurait été judicieux de pouvoir ajouter une question ouverte de manière à comparer l'image de l'obstétricienne et celle de la sage-femme chez la patiente.

Nous sommes d'avis que les femmes gynécologues obstétriciens sont davantage perçues par les patientes sous l'angle du médecin qu'en tant que femmes.

Elles exercent dans un univers qui était il y a quelques années encore majoritairement masculin et ont adopté ses codes pour y être acceptées.

1-2 Les atouts de l'étude.

Des questions ouvertes ont été posées aux patientes, et leur ont permis de donner libre cours à leur représentation de la profession de sage-femme, lorsqu'elles en avaient une.

Nous avons renoncé à n'accepter dans notre étude que des patientes nouvellement inscrites à la maternité, comme nous l'avions initialement prévu.

Dans l'immédiat, ce changement a pu constituer un inconvénient. En réalité, en ne sélectionnant pas nos patientes en fonction de leur âge gestationnel, nous avons pensé que cela pouvait permettre aux patientes de s'interroger sur le rôle qu'occupait la sage-femme aux côtés du gynécologue-obstétricien, et d'ajuster leurs connaissances.

A noter que dans les trois maternités choisies, le nombre de sages-femmes assurant les consultations prénatales variait du simple au double.

Une consultation et demi, ouverte à la maternité de l'hôpital de Saint-Maurice dans le Val-de-Marne, deux à la maternité de La Pitié-Salpêtrière, et quatre à la maternité de Saint-Vincent-de-Paul.

L'existence de cette étude a eu le mérite de susciter la curiosité des patientes et de leur entourage, lorsqu'elles étaient accompagnées, quant au rôle de la profession.

Mieux, le personnel soignant a souhaité (ce fut le cas dans les maternités de Saint-Maurice et de La Pitié-Salpêtrière) répondre hors cadre d'enquête au questionnaire afin de vérifier l'état de ses connaissances !

2- Objectifs et hypothèses.

2-1 La connaissance de la profession, préalable à sa reconnaissance.

Nous appartenons à une société marquée par l'image. Celle-ci véhicule toutes sortes de concepts, elles instrumentalisent les consciences. Elle est devenue incontournable.

Elle s'est imposée à nous comme étant le moyen de choix d'évaluer la connaissance de la profession de sage-femme.

Notre étude avait pour objectif de mettre en évidence la méconnaissance de cette profession auprès de celles qui requièrent ses services.

Beaucoup de patientes ont reconnu, en remettant le questionnaire rempli, avoir donné des réponses au hasard.

Dès lors, nous pouvons nous demander si une meilleure connaissance de la profession ne susciterait pas davantage de reconnaissance et donc, de confiance envers la profession.

Le capital sympathie dont bénéficient les sages-femmes ne suffit pas à faire d'elles des professionnelles reconnues dans leurs compétences.

Quarante-sept pour cent des patientes pensent que les sages-femmes appartiennent à une profession paramédicale, une large majorité des patientes (plus des deux tiers) accordent davantage leur confiance au médecin s'agissant de la prescription d'examens et d'analyses ou leur interprétation, et de la réalisation des échographies.

Un quart des patientes ont répondu que les sages-femmes sont capables de suivre une parturiente en travail, mais ajoutent que l'accouchement doit être réalisé par le médecin.

La tendance est inversée si la question posée concerne l'accouchement et les suites de couches.

2-2 Nos hypothèses de travail.

- a) Les sages-femmes jouissent d'un capital sympathie mais restent méconnues du grand public.

Lorsque les patientes répondaient au critère de sélection, la primigestité, elles étaient toutes favorables à notre demande de participation, à l'exception d'une seule, qui a refusé de répondre pour des motifs qui ne mettaient pas en cause la profession semblait-il.

D'autres patientes, ne répondant pas à ce critère, ont voulu tout de même être incluses à l'étude : ce que nous avons refusé.

Les patientes identifient cette profession à des valeurs positives et accordent beaucoup de sympathie à leurs membres.

Dans 72% des réponses recensées, des valeurs humaines élogieuses sont citées par les futures mères (écoute, empathie, gentillesse, douceur, altruisme,...).

Cependant, les questions requérant une connaissance détaillée, que ce soit en matière de formation ou de compétences, étaient renseignées au hasard.

Il nous est apparu que l'image de la sage-femme était intemporelle, voire figée. Nous interprétons ces résultats par une représentation traditionnelle que les parturientes se font d'elle, de la « mère », de celle qui sait, non pas, de par sa formation nécessairement mais, plutôt d'expérience, de sensibilité.

La perception qu'elles en ont, évoque également l'auxiliaire du médecin pour près de la moitié des personnes interrogées (47%).

L'auto-évaluation demandée rend compte que seulement 15% des patientes estiment avoir une bonne ou assez bonne connaissance, 50% une connaissance moyenne, 31% une connaissance incertaine, et 2% n'ont pas répondu.

Notre première hypothèse de travail s'est vérifiée.

Nous relevons cependant un aspect positif à ce tableau : l'adhésion suscitée témoigne, selon nous, à la fois du manque de communication de cette profession, mais aussi de l'intérêt que le public lui porte.

Dès lors une amélioration de la communication ne pourrait que conforter cette image largement favorable en y intégrant les facettes techniques méconnues du public.

Il reste à en définir les moyens

b) *La féminité de la profession occulte les valeurs professionnelles qu'elle requiert.*

A la question ouverte dans laquelle, il leur était demandé de citer les qualificatifs ou qualités pouvant le mieux caractériser la profession de sage-femme, il était intéressant d'observer que ce sont principalement des qualités à connotation féminine, concernant la personnalité, qui sont le plus mentionnées. (écoute : citée 53 fois, patience : mentionnée 43 fois, gentillesse, douceur, sensibilité, délicatesse : notion donnée à 23 reprises).

Nous notons que certains qualificatifs relevés, étaient très inhabituels s'agissant de la qualification d'une profession médicale: « avoir le sens de l'humour », « être souriante » « être agréable » « faire preuve d'abnégation ».

A ce stade de l'enquête nous regrettons de ne pas avoir posé la même question à propos de la profession d'obstétricien. Celle-ci s'est féminisée ces dernières années, mais les femmes médecins se sont démarquées des sages-femmes en adoptant l'attitude médicale des hommes. [31]

La forte féminisation traditionnelle de la profession dessert peut-être son image au détriment de valeurs professionnelles qui finalement sont primordiales dans la démarche clinique.

Quatre-vingt-dix-neuf pour cent des sages-femmes sont des femmes. Elles ont hérité à la fois de la tradition religieuse des professions de soins, et du dévouement qui leur y est attaché.

Cette perception perdure pour éclipser les valeurs professionnelles.

Dans 72% des réponses, les patientes interrogées ont donné des valeurs humaines pouvant qualifier des relations inter-individus et seulement dans 28% des cas, des qualificatifs répondent aux attentes de rapports professionnels en termes de qualité, de sécurité, de maintien des compétences, de savoir-faire.

Par extension, nous pouvons nous demander si cette vision ne traduit pas l'image d'auxiliaire du médecin.

Si les patientes ne reconnaissent pas un terrain de compétences en propre, nous pouvons comprendre qu'elles attendent des sages-femmes une compréhension, une complémentarité à la technique médicale, sur le versant humain.

c) *Leur autonomie professionnelle est insuffisante pour rendre compte de leurs compétences professionnelles.*

Nous avons vu, dans le rappel historique présenté en première partie, que le passage au statut de salarié de l'hôpital a aliéné l'indépendance des sages-femmes. Elles ont compensé cette perte d'autonomie par une amélioration de leur qualité de vie, par un accroissement de leurs connaissances médicales, par une amélioration de leur image, laissant derrière elles celle de l'avorteuse.

Désormais, l'enjeu s'est déplacé au niveau de la défense de l'image d'une profession dont le statut a été renforcé mais dont, paradoxalement, la perception n'évolue pas aussi vite dans le public.

La présidence du conseil de l'ordre confiée à une sage-femme, la rédaction d'un référentiel métier, la réforme statutaire de 2002, associant passage à l'université, revalorisation salariale, l'extension des compétences, n'ont pas promu l'image de la profession dans la population.

Les formations clinique et théorique des sages-femmes leur permettent pourtant, non seulement, de suivre les grossesses physiologiques, mais aussi de dépister les pathologies.

Or, en pratique courante (c'est aussi le cas dans les trois sites d'étude) nous avons observé que majoritairement, les consultations sont assurées par des gynécologues-obstétriciens alors que huit à neuf grossesses sur dix sont physiologiques.

Aucune consultation d'échographie n'était assurée par une sage-femme alors que, dans le même temps, la préparation à la naissance et à la parentalité est traditionnellement animée par une sage-femme.

Ce rapport ne saurait échapper à la patiente. Comment, compte-tenu du peu de connaissances détenues sur les rôles et attributions des sages-femmes, n'interpréteraient-elles pas cela en faveur d'une hiérarchie dans la qualité du suivi ?

3- Nos propositions.

3-1 Un terrain de connaissances propres.

L'enseignement reçu en sciences humaines et sociales à l'école de sages-femmes, ainsi que le rapport privilégié que les sages-femmes entretiennent avec les patientes les amènent à faire preuve d'un réel sens du rapport humain.

Néanmoins, le choix de la médicalisation de la prise en charge de la naissance en France, contribue à davantage valoriser le versant médical. Les médecins occupent ce terrain de part leur formation et leur destination : ce qui n'est pas contestable du fait de l'orientation préalable choisie.

Nous nous demandons si les sages-femmes n'ont pas intérêt pour leur part, à développer un corpus de connaissances reposant sur leur enseignement spécifique, et à développer leurs connaissances cliniques.

Pourquoi ne pas envisager que l'intégration universitaire de notre formation initiale ne puisse pas permettre la mise en place d'un diplôme ouvrant à la recherche en mécanique obstétricale, à améliorer nos connaissances (ce que font notamment les anglo-saxons) sur la physiologie de la lactation, à approfondir les notions reçues en sciences humaines et sociales.

Le suivi du travail, sa correction, sont assumés en propre par la sage-femme. Dès lors, son amélioration, par l'ajustement des connaissances confirmerait son statut.

Cette position privilégiée se retrouve également dans l'accompagnement de l'allaitement. Or, notre pays accuse un retard, parfois important, vis-à-vis de nos voisins européens.

Des découvertes effectuées au cours de la décennie écoulée, principalement dans les pays anglo-saxons ont mis en évidence notre mauvaise connaissance de la physiologie de la lactation. [22]

Dans ce domaine aussi, le rôle de la sage-femme pourrait être amélioré. Pourquoi le négliger ?

Nous considérons que la vision de la profession chez les futures mères constitue un appel lancé aux sages-femmes.

Les patientes admettent majoritairement mal connaître cette profession. Or, elles citent dans une large proportion, des qualités humaines, de nature à améliorer l'accompagnement de la grossesse et ses suites.

Nous analysons cette juxtaposition par l'expression de leurs souhaits.

La sage-femme est la seule professionnelle, ayant à la fois la connaissance et l'opportunité de remplir ce rôle.

Ce sont des notions complémentaires de celles déjà acquises, mais identifiables à un rôle d'accompagnatrice à compétences médicales.

Elles ne sont, non seulement pas antinomiques avec l'attachement que les sages-femmes nourrissent envers leur statut de profession médicale, mais aussi elles permettent de répondre positivement à la définition sociologique des professions donnée par Eliot Freidson.

Cette conjugaison assurerait la reconnaissance tant recherchée par les sages-femmes.

3-2 Une amélioration de la communication.

Traditionnellement les sages-femmes interviennent dans la sphère privée à un moment clé de l'existence des femmes, un passage. Par définition, ce moment est bref, intime. Il requiert discrétion, effacement au bénéfice de la mère, de la famille.

En dépit de cela, nous pensons que les sages-femmes devraient davantage faire connaître leur rôle

Les moyens techniques ne font pas défaut pour le faire.

Les jeunes sont la population cible : pour les atteindre, le recours à leurs moyens de communication de prédilection semblent pertinents.

Le recours aux serveurs en ligne semble indiqué.

Bien que la lecture de documents papiers soit moins importante, la publication d'articles dans certains périodiques pourrait être envisagée. (l'Actu, l'Etudiant, Phosphore).

Les services de l'éducation nationale requièrent, de façon sporadique, une information aux lycéens sur la contraception, ou les infections sexuellement transmissibles. Les écoles de sages-femmes répondent à d'ores et déjà à cette demande. Nous pouvons envisager que les sages-femmes, au même titre que d'autres professions de santé, pourraient multiplier ces interventions.

Par ailleurs, nous pouvons penser que les administrations compétentes dans le domaine de la santé pourraient intervenir. Nous sommes d'avis que les services de la Sécurité Sociale pourraient renseigner les patientes sur l'utilité du suivi de grossesse, le déroulement de celui-ci et les personnels compétents pour l'assurer. Ce rôle n'étant pas exclusif: les services de la caisse d'allocations familiales pourraient y être associés.

Enfin, la reconnaissance institutionnelle pourrait également passer par la nomination d'une sage-femme conseil auprès des services de l'assurance maternité, compétente pour vérifier l'adéquation entre la réalité des suivis et les dépenses.

Nous sommes d'avis qu'un tel choix pourrait servir les intérêts de la profession de sage-femme à plusieurs titres.

Nous sommes d'avis qu'un tel choix pourrait servir les intérêts de la profession de sage-femme, en assurant une meilleure lisibilité des compétences auprès des usagers.

3-3 La reconnaissance d'un héritage.

Au 18^{ème} siècle, les sages-femmes ont été écartées de la connaissance obstétricale, néanmoins leurs savoirs ont servi de point de départ à de nouvelles conquêtes théoriques universitaires.

Notre école, l'école de sages-femmes de Baudelocque, rattachée à l'université de Paris V, est la dépositaire en partie de ce double héritage après la fermeture de la très célèbre maternité de l'Hôtel-Dieu.

Madame de La Chapelle y a contribué avec constance et efficacité.

En qualité d'héritière au sens historique, nous pensons que le meilleur hommage à rendre à cette longue cohorte de sages-femmes, enseignantes, élèves et sages-femmes confirmées serait d'attacher à l'école en cours de construction, le nom de l'une d'entre elles.

Que les nouvelles étudiantes sages-femmes prennent conscience qu'elles ont la chance d'être bénéficiaires de ce passé.

CONCLUSION

Comme nous venons de le voir, l'image de la profession de sage-femme est largement favorable dans les déclarations qu'en font les patientes rencontrées.

Néanmoins cette image reste incomplète et attachée à des valeurs humaines qui ne traduisent pas la réalité de la profession de sage-femme dans ses aspects cliniques, et scientifiques.

Elles méconnaissent les responsabilités de la sage-femme, ont tendance à les minorer.

Nous avons eu à cœur de mettre en évidence cette distorsion et de proposer une alternative dans l'attitude majoritaire de la profession qui conforte cette image.

Toutefois, nous ne pensons pas que la vision tronquée qu'ont les patientes de la profession de sage-femme soit un inconvénient.

Au contraire, nous interprétons cette vision comme la manifestation d'une demande des femmes et d'une alternative possible, à l'accompagnement actuellement proposé.

Elle permet de rectifier l'attitude professionnelle dominante et d'accorder une plus large place au rôle d'accompagnatrice de la sage-femme, à travers sa dimension humaine largement citée par les patientes, ce qui, à notre sens constitue le cœur de métier.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] AKRICH Madeleine Comment la naissance vient aux femmes. Les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas Collection les empêcheurs de tourner en rond 1996

- [2] BLONDEL Béatrice Les responsabilités médicales des sages-femmes dans les maternités publiques et privées J. Gynécol Bio Reprod -27 pages 692-701 1998

- [3] BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE INVS 19 janvier 2010 n°2-3

- [4] CARRICABURRU Danièle La profession de sage-femme Une autonomie en question sous la direction de Pierre Aiach et Didier Fassin, Sociologie des professions, Coll Méthodes et faits sociaux Editions de l'espace européen, 1992

- [5] CESBRON Paul et KNIBIEHLER Yvonne La naissance en occident Albin Michel 2004

- [6] CHARRIER Philippe Comment envisage t-on d'être sage-femme quand on est un homme ? L'intégration professionnelle des étudiants homme sages-femmes La découverte Travail, genre et sociétés 2004/2 n°12

- [7] CICERO Vincent « Sage-femme une profession médicale : réalité ou fiction ? » Editorial paru dans la Revue de la sage-femme n°7-2008

- [8] CODE DE DEONTOLOGIE DES SAGES-FEMMES Quatrième partie Livre premier Titre deux Chapitre sept

- [9] CODE DE SANTE PUBLIQUE Quatrième partie Livre premier Titre cinq

- [10] DALL'AVA-SANTUCCI Josette Des sorcières aux mandarines Histoires des femmes médecins Calman-Lévy 1989

- [11] DESNOYERS EMELINE Profession sage-femme et problématique de genre
- Mémoire de master 2 de recherche en sociologie Université de Toulouse Le
Mirail 2006-2007

- [12] ENQUETE NATIONALE PERINATALE 2003 rapport rédigé par Béatrice
Blondel, Karine Supernant, Christiane du Mauzaubrun, Gérard Bréart
INSERM U.149

- [13] Etudes et résultats n°659 de septembre 2008 DREES 2006

- [14] FILLON Emmanuelle Enseignement en sociologie année universitaire
2007-2008

- [15] FRANCE 2 Reportage télévisé en trois volets présenté eu journal de 13
heures sur la profession de sage-femme

- [16] FRANCE 2 « Immersion totale » reportage tourné à la maternité de La Pitié-
Salpêtrière et diffusé le 27 décembre 2004

- [17] FRANCE 3 « Tous des héros » consacré aux sages-femmes et diffusé en
juillet 2004

- [18] FRANCE 5 « Les maternelles » émission qui présente régulièrement des
aspects de la profession de sage-femme

- [19] FREIDSON Eliot La profession médicale Payot Paris 1984

- [20] FRYDMAN René Les secrets des mères L'iconoclaste 2008

- [21] GELIS Jacques Accoucheur de campagne sous le roi soleil – le traité
d'accouchement de G. Mauquest de la Motte Privat 1979

- [22] GREMMO-FEGER Gisèle La Spirale n°27 Edition Erès – Septembre 2003

- [23] HAUTE AUTORITE DE SANTE. La sécurité de la grossesse et de la naissance 1994
- [24] HERITIER Françoise Masculin Féminin Dissoudre la hiérarchie Paris Odile Jacob 2002
- [25] INSEE Estimation de la population et statistiques de l'état-civil 2009 – Enquêtes annuelles de recensement 2004-2007
- [26] JACQUES Béatrice Sociologie de l'accouchement Presses Universitaires de France 2007
- [27] JACQUES Béatrice La santé de l'homme n°391 Dossier périnatalité et parentalité : une révolution en marche ? De la matrone à l'obstétricien : quel partage des rôles pour les professionnels ? septembre – octobre 2007
- [28] KELLER Marie-Josée Article de madame Marie-Josée Keller, présidente du conseil de l'ordre national des sages-femmes, pages 49-50 La revue de la sage-femme n°7 – 2008
- [29] KNIBIEHLER Yvonne Histoire des mères et de la maternité du Moyen-Age à nos jours Presses Universitaires de France 2000
- [30] KNIBIEHLER Yvonne Histoire des mères et de la maternité en occident Que sais-je ? Presses Universitaires de France 2000
- [31] KNIBIEHLER Yvonne Accoucher. Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du 20^{ème} siècle éditions ENSP 2007
- [32] LAGET Mireille L'accouchement avant l'âge de la clinique Paris Seuil 1982
- [33] La documentation française - rapport de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé - novembre 2004

- [34] La révolution maternelle depuis 1945 : femmes, maternité, citoyenneté. Perrin 1997
- [35] Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse.
- [36] MEAD Marianne « Les réflexions d'une sage-femme Belge de formation anglaise et travaillant en Grande-Bretagne, à propos de ses collègues Françaises » La revue de la sage-femme n° 5-2006
- [37] MIDY Fabienne, LEGAL Renaud, TISSERAND Françoise La profession de sage-femme : bilan démographique et méthodes d'estimation des besoins – Bulletin en information d'économie de la santé n°101 décembre 2005
- [38] MIDY Fabienne, CONDINGUY Sophie, DELAMAIRE Marie-Laure La profession de sage-femme : trajectoires, activités et conditions de travail – Bulletin en information d'économie de la santé n°102 décembre 2005
- [39] PAPIERNIK Emile Rapport sur l'organisation des soins 1993
- [40] RALITE Jack Allocation de monsieur devant l'assemblée du Sénat le 14 avril 1982
- [41] Rapport de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé 2006-2007
- [42] Référentiel métier sage-femme consulté sur le site internet du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes le 30 décembre 2009
- [43] Repenser la maternité Editions Corlet, Panoramiques, 1999
- [44] SCHLUMBOHM Jurgen Comment l'obstétrique est devenue une science – La maternité de l'université de Gottingen, 1751-1830 Le Seuil Actes de la recherche en sciences sociales 2002/3-143

- [45] SUIRE Sylvaine article diffusé sur le site internet de l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales Site consulté le 6 juin 2009
- [46] THIEUX Margot Attendre un enfant et accoucher. Propos libres d'une sage-femme. Bayard Editions 2000

ANNEXES

ANNEXE I

Bonjour,

Je m'appelle Nathalie Hibrand, et suis étudiante sage-femme. Je réalise un mémoire de fin d'études portant sur l'état des connaissances des futures mamans sur la profession de sage-femme.

Vous venez de vous inscrire à la maternité. Durant votre grossesse, vous allez être suivie par une équipe de professionnels, médicaux et paramédicaux.

Parmi eux figurent les sages-femmes. Vous avez déjà entendu parler de cette profession, mais la connaissez-vous vraiment ?

Ce questionnaire s'adresse aux futures mamans pour lesquelles il s'agit d'une première grossesse. Il n'est pas obligatoire de le remplir, toutefois en le faisant vous m'aideriez dans mon travail de recherche.

Je vous demanderais de bien vouloir le remplir sans aide extérieure, et vous serais reconnaissante de le déposer, ensuite, dans la boîte, située à l'accueil de la maternité.

Si vous le souhaitez, il vous sera remis ensuite les réponses aux questions que je vous ai posées ci-dessous.

Je vous remercie de votre participation et vous souhaite une bonne lecture.

QUESTIONNAIRE

I Renseignements généraux

1/ Quel âge avez-vous ?

- ☐ Moins de 25 ans
- ☐ De 25 à 30 ans
- ☐ De 31 à 35 ans
- ☐ Plus de 35 ans

2/ Quelle est votre situation de famille ?

- ☐ Mariée
- ☐ Vie maritale
- ☐ Célibataire
- ☐ Divorcée

3/ Avez-vous des frères ou sœurs ayant déjà eu des enfants ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

4/ De quelle origine géographique êtes-vous ?

- | | |
|--|--|
| ☐ France métropolitaine | ☐ Afrique noire |
| ☐ Europe | ☐ Maghreb |
| ☐ Antilles | ☐ Amérique |
| ☐ Asie | |

5/ Exercez-vous une profession ? Si oui, laquelle

.....

II A propos de votre grossesse :

1/ S'agit-il d'une première grossesse ? ☐ Oui ☐ Non	2/ A quel terme êtes-vous ? (en semaines d'aménorrhées ou en mois)
<i>Si vous avez répondu NON à la question II-1/, bien vouloir ne pas poursuivre.</i>	
3/ Avez-vous été suivie à l'extérieur avant votre inscription ? ☐ Oui ☐ Non	
4/ Si vous avez répondu oui, était-ce ☐ Généraliste ☐ Gynécologue-obstétricien ☐ Sage-femme	5/ Si vous avez répondu oui à la question 4, ☐ Par choix ☐ Par ignorance d'autres possibilités
6/ Etes-vous toujours suivie à l'extérieur ? ☐ Oui ☐ Non	7/ Si oui, pour quel motif ?

III A propos de la formation des sages-femmes

1/ A votre connaissance, quel est leur cursus ?

- ☐ BEP/CAP carrières médico-sociales
- ☐ Baccalauréat+ formation infirmière spécialisée
- ☐ Baccalauréat + formation école de sages-femmes
- ☐ Baccalauréat + 1^{ère} année faculté de médecine+ école de sages-femmes
- ☐ Baccalauréat + faculté de médecine

2/ A votre connaissance, combien d'années dure cette formation ?

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

IV A propos de la démographie de cette profession

1/ A votre avis combien de personnes exercent cette profession en France ?

- ☐ 2 200
- ☐ 20 200
- ☐ 200 000

2/ Les hommes ne sont pas autorisés à exercer cette profession

- ☐ Oui
☐ Non

V A propos des compétences professionnelles des sages-femmes

1/ Selon vous, les sages-femmes appartiennent à une profession

- ☐ Médicale (comme les médecins, les dentistes,...)
☐ Paramédicale (comme les infirmières, les masseurs kinésithérapeutes,...)

2/ A votre connaissance, où travaillent les sages-femmes ?

- ☐ Maternité publique ou privée
☐ PMI (protection maternelle et infantile)
☐ Cabinet libéral
☐ Centre de planification familiale et d'IVG
☐ Crèche

3/ Selon vous, les sages-femmes peuvent dans leur pratique professionnelle

☐ Assurer le diagnostic et le suivi d'une grossesse	☐ Examiner les patientes aux urgences de la maternité
☐ Prescrire des examens complémentaires, et médicaments	☐ Assurer la surveillance du travail mais l'obstétricien effectue les accouchements
☐ Prescrire un arrêt de travail	☐ Assurer la surveillance du travail et effectuer les accouchements
☐ Réaliser des échographies obstétricales	☐ Pratiquer l'épisiotomie et sa suture
☐ Animer des séances de préparation à l'accouchement	☐ Utiliser des forceps
☐ Poser des perfusions, faire des injections, vacciner les patientes et leur (s) bébé (s)	☐ Assurer les premiers soins aux nouveaux nés
☐ Effectuer des visites à domicile	☐ Effectuer une réanimation néonatale
☐ Prescrire et délivrer une contraception en période post-natale	

4/ Selon vous, quelle est approximativement la rémunération d'une sage-femme en début de carrière

- ☐ Le SMIC
- ☐ Moins de 1 500 euros
- ☐ Moins de 2 000 euros
- ☐ Moins de 2 500 euros
- ☐ Plus de 2 500 euros

VI Comment qualifieriez-vous vos connaissances à propos de cette profession :

- ☐ Bonnes
- ☐ Assez bonnes
- ☐ Moyennes
- ☐ Incertaines

VII En quelques mots, quelles qualités nécessitent selon vous cette profession,?

.....

VIII Votre point de vue

1/ A propos de votre grossesse, accorderiez-vous plutôt votre confiance à

	Médecin	Sage-femme	Pourquoi
Les consultations prénatales			
L'interprétation des analyses et examens complémentaires			
Les échographies			
Le suivi de votre travail			
Votre accouchement			
Le séjour en suites de couches			
La visite postnatale			

Prière de ne pas jeter sur la voie publique

DATES CHRONOLOGIQUES CLES DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

- 1767- Durée des études de sage-femme portée à 6 mois.
- 1779- Louise Bourgeois, première sage-femme à exercer à la maternité de l'Hôtel-Dieu.
- 1807- Durée des études de sages-femmes portée à 1 an.
- 1882- Création du corps des obstétriciens.
- 1892- Loi du 30 novembre, imposant l'obtention d'un diplôme avant d'exercer.
- 1916- Délivrance d'un diplôme unique pour les sages-femmes à l'issue de 2 années de formation.
- 1928- Création de l'assurance maternité.
- 1940- Création du Conseil de l'ordre des sages-femmes.
- 1943- Suppression du Conseil de l'ordre des sages-femmes.
Délivrance du diplôme d'Etat de sage-femme après 3 ans de formation.
- 1945- Rétablissement du conseil de l'ordre par ordonnance du 29 avril.
- 1949- Création d'un code de déontologie.

- 1972- Décret promu par Marie-Madeleine Dienesch, secrétaire d'Etat aux Affaires Sociales prévoyant la fermeture des petites maternités privées. Loi n°72-6661 du 13 juillet plaçant l'ordre des sages-femmes sous le contrôle des médecins.
- 1975- Loi n°75-17 du 17 janvier relative à l'interruption volontaire de grossesse.
- 1982- Loi n°82-713 du 19 mai autorise l'exercice de la profession aux hommes.
- 1985- Nécessité d'être titulaire du baccalauréat pour passer le concours de recrutement. La durée des études est portée à 4 ans.
- 1995- Loi n°95-116 du 4 février donne son autonomie au conseil de l'ordre des sages-femmes.
- 2002- Recrutement des étudiants sages-femmes par classement en rang utile au concours de fin de PCEM1. La durée des études est portée à 5 années.
- 2004- Loi n°2004-806 du 9 août 2004 assurant un élargissement des compétences des sages-femmes.
- 2009- Loi HPST n°2009-879 du 21 juillet permettant une reconnaissance des études de sage-femme au niveau Master. Mise en place d'une filière universitaire propre aux études de sages-femmes.

Nous avons réalisé une étude multicentrique à partir de questionnaires remplis par des primigestes nullipares dans le but d'évaluer **l'image** de la profession de **sage-femme**.

Notre réflexion s'est articulée autour de la problématique suivante : le développement d'un cadre de connaissances propre à la prise en charge de l'eutocie, reposant sur les connaissances médicales, et sur la valorisation des **sciences humaines** ne servirait-il pas les intérêts de la profession?

Notre première hypothèse de départ reposait sur un paradoxe au terme duquel les sages-femmes étaient à la fois méconnues et bénéficiaient en même temps d'un capital de sympathie. Nous avons ensuite émis l'hypothèse que la féminisation de la profession occultait les valeurs professionnelles requises. Enfin, nous avons postulé que les sages-femmes disposaient d'une autonomie insuffisante pour rendre compte de leurs compétences.

Chacune de nos hypothèses a été vérifiée. La perception des patientes de la profession valorise la dimension humaine de la prise en charge du suivi de grossesse.

Mots clé : image – sage-femme – sciences humaines.

We have carried out a study from questionnaires completed by primigestes nullipares with the aim to assess the **representation** of midwife profession.

Our thought has hinged on the following issues: the development of the scope of knowledge specific to the care of eutocy, based on medical knowledge, and the enhanced value of **human sciences** would not work to the advantage of the job?

Our first assumption was based on a paradox disclosing the fact that midwives were unrecognized and had the benefit of compassion in the same time. Then, we ventured the assumption that the increased female participation in this profession was covering up the required skills. Then, we have assumed that **midwives** had an insufficient autonomy to reveal their skills.

Each of our assumptions has been confirmed. The perception from patients of this profession increases in value the human dimension of the care of pregnancy's follow up.

Key words: representation – midwife - human sciences.