



HAL
open science

Grossesse, accouchement et post-partum des sages-femmes et des femmes gynécologues obstétriciens

Elodie Wennagel

► **To cite this version:**

Elodie Wennagel. Grossesse, accouchement et post-partum des sages-femmes et des femmes gynécologues obstétriciens. Gynécologie et obstétrique. 2006. dumas-00785797

HAL Id: dumas-00785797

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00785797>

Submitted on 7 Feb 2013

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.



SICD1
Bibliothèques
de l'UJF et de Grenoble INP

**Université
Joseph Fourier** 
GRENoble
MEDECINE

AVERTISSEMENT

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

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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

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

Contact au SICD1 de Grenoble : thesebum@ujf-grenoble.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

B.U.M GRENOBLE



D

115 088914 8

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
U.F.R. DE MEDECINE DE GRENOBLE

ECOLE DE SAGE-FEMME DE GRENOBLE

2006

u^o = 26.

**GROSSESSE, ACCOUCHEMENT ET
POST-PARTUM DES SAGES-FEMMES
ET DES FEMMES GYNECOLOGUES
OBSTETRICIENS**

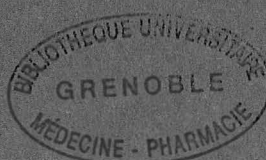
Mémoire soutenu le 7 avril 2006

Par Wennagel Elodie

Née le 25 avril 1982

En vue d'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme

Promotion 2002/2006



UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
U.F.R. DE MEDECINE DE GRENOBLE

ECOLE DE SAGE-FEMME DE GRENOBLE

**GROSSESSE, ACCOUCHEMENT ET
POST-PARTUM DES SAGES-FEMMES
ET DES FEMMES GYNECOLOGUES
OBSTETRICIENS**

Mémoire soutenu le 7 avril 2006

Par Wennagel Elodie

Née le 25 avril 1982

En vue d'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme

Promotion 2002/2006



Remerciements

- Monsieur le Professeur J-P. Schaal

Chef du service de Gynécologie Obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble,

Directeur technique de l'Ecole de Sage-femme de Grenoble.

- Madame D. Tournadre

Président du Jury,

Praticien hospitalier du service de Gynécologie Obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble.

- Monsieur le Professeur T. Debillon

Chef du service de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble

Membre invité du jury.

- Madame D. Ferrant

Directrice de l'Ecole de Sage-femme de Grenoble.

- Madame G. Péresse

Sage-femme enseignante à l'Ecole de Sage-femme de Grenoble.

Remerciements particuliers à :

- **Madame D. Tournadre**

Praticien hospitalier du service de Gynécologie Obstétrique du Centre Hospitalier
Universitaire de Grenoble ;
Directeur de mémoire.
Merci pour son aide à la réalisation de ce mémoire.

- A toutes les sages-femmes et tous les médecins ayant répondu au questionnaire et sans qui ce travail n'aurait pu aboutir.

- Au personnel des archives des maternités du Centre Hospitalier
Universitaire de Grenoble et de Voiron.

- A Pascale Guillem, Annie Poizat et Joëlle Régal ainsi que les sages-femmes
de l'hôpital de Valence pour leur aide à réalisation de ce mémoire.

Je remercie Fabien, ma famille et mes amis pour leur soutien toutes ces dernières
années.

A ma mère...

Sommaire

Liste des abréviations.....	1
Introduction.....	2
I Les apports théoriques.....	3
1) Sages-femmes et gynécologues obstétriciens : points communs et différences.....	4
2) Les femmes médecins : un groupe à risque.....	4
3) Etudes réalisées sur les sages-femmes.....	11
II L'enquête.....	13
1) Matériel et méthodes.....	14
2) Résultats.....	19
III Discussion.....	39
1) Fiabilité des résultats.....	40
2) Discussion des résultats.....	41
Conclusion.....	57
Bibliographie.....	58
Table des matières.....	64
Annexes.....	69

Liste des abréviations

MAP = menace d'accouchement prématuré

PMI = protection maternelle infantile

RCIU = retard de croissance intra-utérin

SA = semaines d'aménorrhées

Introduction

L'accouchement des sages-femmes et des femmes gynécologues obstétriciens est un sujet régulièrement abordé durant les heures de garde en salle d'accouchement.

Ce sujet intrigue : existe-t-il une influence de la profession sur l'accouchement ?

Les pratiques sont-elles les mêmes quand il s'agit d'accoucher une professionnelle de l'obstétrique (sage-femme ou médecin gynécologue obstétricien) ?

Ces femmes sont-elles plus sujettes à des complications pendant la grossesse, ou à des accouchements dystociques que les autres ?

Ces femmes pratiquent le suivi de grossesse et l'accouchement au quotidien. Quel peut être alors leur ressenti psychologique au moment où elles-mêmes sont concernées par ce grand changement qu'est celui de la maternité ?

Les avis divergent, alors que peu d'études ont été faites sur ce sujet : la maternité des sages-femmes a été principalement étudiée par des mémoires d'élèves sages-femmes, la maternité des gynécologues obstétriciens dans quelques articles portant sur les aspects médicaux.

Ce mémoire a donc pour but d'étudier l'influence de la profession sur la maternité et l'influence de la maternité sur la profession, chez les professionnelles de l'obstétrique que sont les sages-femmes et les femmes gynécologues obstétriciens.

Il comporte ainsi deux parties : une partie théorique résumant les articles publiés sur le sujet et une enquête auprès des sages-femmes et des femmes gynécologues obstétriciens en Isère.

I Les apports théoriques

1) Sages-femmes et gynécologues obstétriciens : points communs et différences

Nous avons choisi de nous intéresser à deux professions à la fois proches et différentes : les sages-femmes et les femmes gynécologues obstétriciens.

Les deux populations sont comparables sur les points suivants :

- Le secteur de compétence dans lequel ces professions exercent : l'obstétrique ;
- les conditions de travail (public ou libéral) ainsi que les horaires.

Une des différences principales concerne le mode de travail. En effet si pour les deux professions il existe une activité salariée et une activité libérale, la proportion n'est pas la même :

- en 2005, 78% des sages-femmes avaient une activité salariée, pour 15% d'activité libérale (7% exerçant en PMI et autres structures) [35] ;
- en 2005, 64% des médecins gynécologues obstétriciens en France avaient une activité libérale pour 36% d'activité salariée [33].

2) Les femmes médecins : un groupe à risque

2 - a) Etudes réalisées sur les femmes médecins

➤ Etude de ORTAYLI N. [14]

Elle compare les caractéristiques obstétricales d'un groupe de femmes médecins et d'un groupe d'infirmières à celles d'un groupe de femmes employées de banque.

Les résultats de cette enquête montrent :

- un pourcentage élevé d'accouchements prématurés chez les médecins et les infirmières : 7,4% pour les médecins et 14,7% pour les infirmières contre 4,6% pour les employées de banque ;

- de même pour le pourcentage d'enfants ayant un petit poids de naissance : 5,1% pour les médecins, 10% pour les infirmières contre 3,8% pour les employées.

On remarquera aussi dans cette étude que plus de médecins et d'infirmières que d'employées de banque ont déclaré avoir ressenti une attitude hostile de la part de leurs collègues de travail lors de leur grossesse.

➤ **Etude de SCHWARTZ RW [17]**

C'est une étude rétrospective de 72 grossesses de femmes médecins sur une période de quatre ans. Les résultats indiquent que ces femmes ont dix fois plus de placenta praevia que la population générale, et que le taux de 12% d'accouchements prématurés est aussi supérieur à celui de la population générale.

➤ **Etude de MILLER NH. [10]**

Elle compare les grossesses de 77 femmes médecins avec 201 grossesses de femmes d'une autre profession. Cette comparaison concerne des femmes de niveau socio-économique, âge, race et parité identiques. Le but est de déterminer si les femmes médecins ont plus d'anomalies au cours de leur grossesse que des femmes de même niveau socio-économique.

Ci-dessous les principaux résultats de cette étude :

- quatre fois plus de risques d'avoir une menace d'accouchement prématuré pour les femmes médecins ;

- 2,3 fois plus d'accouchements prématurés que les autres femmes ;

- à propos du taux de césariennes, de souffrances fœtales aiguës, et des scores d'Apgar à 1, 5 et 10 minutes, aucune différence significative n'a été trouvée.

Les techniques obstétricales utilisées étaient similaires, mais on note une augmentation importante du nombre d'échographies chez les femmes médecins.

L'étude suggère ainsi que ces femmes constituent un groupe à risque et qu'elles devraient être considérées et suivies comme tel.

➤ **Etude de MC DONALD AP. [9]**

Cette étude prospective étudie la relation entre l'exercice professionnel et les pathologies obstétricales sur 56 000 grossesses. Parmi elles, 295 grossesses de femmes médecins ont été étudiées. Les résultats indiquent que les femmes médecins ont significativement plus de risques d'avoir des avortements spontanés ou des enfants mort-nés que les autres.

➤ **Enquêtes Françaises [32]**

Plusieurs enquêtes ont été réalisées par le Comité de Liaison des Femmes Médecins dans le cadre de leur action en faveur du droit à la maternité des femmes médecins.

- Une enquête réalisée dans le Val d'Oise portant sur 132 grossesses de femmes médecins affiche les statistiques suivantes : un nombre plus marqué de naissances avant le terme théorique chez les médecins que dans la population générale, un nombre augmenté d'enfants de poids de naissance inférieur à 2,5 kg ainsi qu'un taux de césariennes supérieur à la normale.

- Une enquête réalisée dans le Rhône sur 170 femmes médecins note un taux de prématurité de 15,4% chez ces femmes contre 4,8% dans la population générale.

2 - b) Etudes réalisées sur les femmes gynécologues
obstétriciens

GRUNEBaum A. [2] a étudié par questionnaire 454 grossesses chez des femmes gynécologues obstétriciens.

Parmi ces 454 grossesses :

- 18,3% se sont déroulées avant l'internat ;
- 33,3% se sont déroulées au cours de l'internat ;
- 48,4% se sont déroulées après l'internat.

Les résultats ont montré que les enfants nés de primipares pendant ou après l'internat avaient un poids significativement plus faible que les enfants nés avant l'internat. Cette différence n'était pas significative chez les multipares.

De même, les enfants nés pendant l'internat avaient significativement plus de retards de croissance intra-utérins (RCIU) que les enfants nés avant l'internat.

L'auteur explique ces résultats par le fait que les femmes gynécologues obstétriciens, et particulièrement pendant l'internat, sont à considérer comme une catégorie professionnelle ayant des conditions de travail particulièrement difficiles. Il explique alors que le travail physique cause une activité sympathique vasomotrice dans le tissu musculaire, ce qui permet d'augmenter le flux sanguin au niveau des muscles et diminue le flux sanguin au placenta. De même, le volume plasmatique maternel et le débit cardiaque sont moindres en position verticale qu'en position couchée. Ces explications sont celles proposées par l'auteur pour expliquer les différences retrouvées dans son étude.

L'étude remarque en outre que 67% des femmes interrogées déclarent ne pas avoir suivi les conseils nutritionnels et de repos qu'elles recommandent habituellement à leurs patientes.

2 - c) Pourquoi les femmes médecins sont-elles une population à risque ?

➤ **Les conditions de travail en milieu hospitalier**

Le travail en milieu hospitalier impose souvent un exercice sous forme de gardes, alternativement de jour et de nuit.

Les articles suivants étudient l'influence des conditions de travail pendant la grossesse sur les pathologies obstétricales (dans la population générale) et permettent de comprendre l'influence de ces conditions.

La méta-analyse de MOZURKEWICH E. [12] réalisée sur le sujet en 2000 a étudié de nombreux articles parus dans la littérature médicale jusqu'en août 1999. Cet article a mis en évidence des résultats statistiquement significatifs pour l'association entre la station debout prolongée et le nombre d'accouchements prématurés ainsi que l'association entre le travail de nuit et le nombre d'accouchements prématurés.

Ces résultats sont aussi retrouvés dans plusieurs études qui étudient les facteurs de risques d'accouchements prématurés ([3] [7] [11]). Ces études indiquent que le travail de nuit et la station verticale prolongée peuvent être considérés comme tels.

A cause de ces conditions de travail, nous comprenons que les femmes médecins (et donc aussi les sages-femmes) travaillant en maternité sont des populations à risque d'accouchement prématuré.

➤ **L'exercice en libéral**

L'exercice en libéral est le mode de travail choisi par 64% des médecins gynécologues obstétriciens en 2004 [33].

Cet exercice libéral diffère de celui en milieu hospitalier notamment par le fait qu'il n'offre pas les mêmes possibilités de congés prénatal et postnatal. Les différentes enquêtes menées par le Comité de Liaison des Femmes Médecins [32] ont été étudiées conjointement, afin d'évaluer les possibilités de congés prénatal et postnatal chez les femmes médecins exerçant en libéral, toutes spécialités confondues. Les résultats sont les suivants :

- les femmes médecins exerçant en libéral prennent en moyenne 18 jours de congé prénatal et 42 jours de congé postnatal ;
- ces femmes s'arrêtent en moyenne 8 semaines, privilégiant l'arrêt postnatal.

Rappelons que la durée du congé maternité dont bénéficie la population générale pour un premier ou second enfant est défini par l'Assurance Maladie [27] de la façon suivante : 6 semaines de congé prénatal (42 jours), voire 8 semaines pour les grossesses pathologiques (56 jours) et 10 semaines de congé postnatal (70 jours) soit 16 à 18 semaines en tout.

Nous comprenons par ces chiffres que de nombreuses femmes médecins travaillant en libéral sont parfois obligées de travailler jusqu'à une date proche du terme. Et malgré l'absence de données sur le sujet, nous pouvons aussi penser que ce problème touche les sages-femmes travaillant en libéral.

Or dans une étude réalisée par NAEYE R. [13] chez des femmes travaillant pendant la grossesse, les résultats indiquent que les RCIU sont plus nombreux et plus sévères pour les femmes qui travaillent justement jusqu'à une date proche du terme.

Une autre étude réalisée par MANSHANDE JP. [8] compare des femmes travaillant le dernier trimestre de la grossesse avec d'autres ayant arrêté de travailler durant cette même période. Les résultats indiquent que les femmes du premier groupe ont des enfants de poids significativement plus petit que les autres.

De ce fait, les populations de femmes médecins et de sages-femmes travaillant en libéral peuvent être considérées comme à risque de RCIU.

➤ L'influence du stress

KATZ VL. [5] constate que le stress est connu pour engendrer une plus grande production de catécholamines plasmatiques.

Afin de mesurer le lien entre le stress et cette production de catécholamines, TIMIO M. et son équipe [18] ont mesuré l'excrétion urinaire d'adrénaline et de noradrénaline. Ils ont alors observé une augmentation de ces taux urinaires proportionnelle au degré de stress sur le lieu de travail.

Une autre étude de KATZ VL. [4] étudie les taux de catécholamines urinaires chez les femmes médecins enceintes. Les prélèvements étaient effectués soit les jours de travail, soit les jours de repos.

Les résultats sont les suivants:

- une augmentation de 58% du taux de catécholamines urinaires pendant les périodes de travail (en comparaison aux jours non travaillés, $p < 0,03$) chez les femmes médecins ;

- une augmentation de 64% du taux moyen de catécholamines chez les femmes médecins par rapport à d'autres professions ($p < 0,025$).

L'étude conclue que l'augmentation des catécholamines urinaires est le reflet de l'augmentation des catécholamines dans le plasma lors du ressenti d'un stress sur le lieu de travail par les femmes médecins.

Or nous savons que les catécholamines ont une action de vasoconstriction des vaisseaux utérins par l'intermédiaire de récepteurs adrénergiques présents sur ces vaisseaux. Cette vasoconstriction entraînerait alors une incidence plus élevée de RCIU quand elle deviendra chronique [5].

Une autre conséquence du stress sur la grossesse a été étudiée par DOLE N. [1] : après une enquête menée sur 1962 grossesses, les résultats indiquent qu'il existe une augmentation du risque d'accouchement prématuré chez les femmes exprimant un fort taux de stress pendant la grossesse. Cette différence reste significative même après un réajustement tenant compte des autres facteurs de risques de la prématurité.

Ces articles nous permettent de comprendre comment le stress agit et peut aboutir aux conséquences médicales graves que sont le RCIU et l'accouchement prématuré. Les professions médicales étant considérées comme ayant un haut niveau de stress [7], nous soulignons encore ici le facteur de risque que représentent ces professions pour les RCIU et les accouchements prématurés.

3) Etudes réalisées sur les sages-femmes

Aucun article n'a été retrouvé dans la bibliographie médicale à propos de la grossesse des sages-femmes. Les grossesses et accouchements des sages-femmes ont principalement été étudiés dans des mémoires d'élèves sages-femmes ([24] [25] [26]).

L'enquête comportant l'effectif de sages-femmes le plus important est celle menée par CHAUPIN V. [24] qui étudiait la grossesse, l'accouchement et le post-partum des sages-femmes. Pour cela une étude de questionnaires envoyés à toutes les sages-femmes de l'Isère avait été réalisée, étudiant les accouchements de primipares ayant eu lieu avant le premier janvier 1992.

L'enquête étudiait alors 132 questionnaires auxquels étaient comparés 132 témoins.

Les principaux résultats significativement différents entre les sages-femmes et les témoins de cette étude sont les suivants (le seuil de significativité retenu étant de 5%) :

A propos de la grossesse :

- un plus grand nombre moyen d'échographies chez les sages-femmes et les témoins (respectivement 3,3 et 2,5 soit $p < 0,001$) ;
- moins d'hospitalisations pendant la grossesse chez les sages-femmes (15,9%) que chez les témoins (27,3%, soit $p = 0,02$).

A propos de l'accouchement :

- un âge gestationnel moyen à l'accouchement inférieur chez les sages-femmes que chez les témoins (respectivement 39,34 SA et 39,79 SA soit $p = 0,03$) ;
- une durée du travail plus longue pour les sages-femmes que pour les témoins (respectivement 6,7 et 5,5 heures, soit $p = 0,002$) ;

- un taux d'accouchements dystociques (par voie basse instrumentale et par césarienne) inférieur chez les sages-femmes que chez les témoins (respectivement 27,3% et 45,5% soit $p = 0,002$) ;

- un taux d'épisiotomies ou périnéotomies inférieur chez les sages-femmes que chez les témoins (respectivement 62,9% et 81,36%, soit $p = 0,006$).

A propos du post-partum : un taux d'allaitement maternel augmenté chez les sages-femmes (94,7% contre 78,3% pour les témoins soit $p = 0,001$).

Peu d'études ont été réalisées sur les grossesses des sages-femmes par rapport à celles publiées sur les femmes médecins ou encore des infirmières (bibliographie non détaillée dans ce mémoire du fait de son faible rapport avec le sujet mais aussi présente dans la littérature médicale que celles des médecins).

Ceci nous a incités à vouloir étudier dans notre enquête la grossesse, l'accouchement et le post-partum des sages-femmes. Nous avons choisi d'étudier aussi la maternité des gynécologues obstétriciens, cette spécialité en particulier étant aussi faiblement représentée dans la littérature médicale.

Nos hypothèses de départ, compte tenu de l'analyse de la littérature seront :

- que ces professions sont un facteur de risque de menace d'accouchement prématuré (MAP), d'accouchement prématuré et de RCIU ;
- que les connaissances obstétricales de ces deux professions ont une influence sur le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum ;
- qu'il existe des différences dans les pratiques des équipes prenant en charge ces femmes ;
- que la maternité influence par la suite la façon de travailler des professionnelles.

Afin d'affirmer ou d'infirmer nos hypothèses, nous avons réalisé une enquête, détaillée dans les chapitres suivants.

II L'enquête

Dans sa première partie, notre enquête propose d'étudier la première grossesse des sages-femmes et des femmes gynécologues obstétriciens en Isère : déroulement, accouchement et post-partum. Dans sa seconde partie elle se propose d'étudier l'influence de cette maternité sur la profession.

1) Matériel et méthodes

a) Matériel de l'étude

a - 1) Type d'étude

L'étude que nous nous proposons de mener est une étude rétrospective basée sur un questionnaire envoyé à des sages-femmes et des femmes gynécologues obstétriciens de l'Isère.

a - 2) Elaboration des questionnaires et prétests

Un questionnaire provisoire (non détaillé ici) a tout d'abord été élaboré, avant d'être corrigé par différents intervenants et de subir une série de prétests.

Cette série a été effectuée sur une vingtaine de sages-femmes de l'hôpital de Valence, et a obtenu 100% de réponse. Elle nous a permis de modifier le questionnaire définitif que nous avons envoyé aux professionnelles iséroises.

a - 3) Envoi des questionnaires

Les adresses des sages-femmes nous ont été communiquées par le Conseil de l'Ordre des Sages-femmes : toutes celles inscrites au premier janvier 2004 et domiciliées en Isère ont reçu un questionnaire.

Les adresses des médecins ont été prises dans les pages jaunes de l'annuaire 2004. Pour les médecins travaillant exclusivement en milieu hospitalier l'envoi s'est fait directement sur leur lieu de travail.

Tous les questionnaires ont été envoyés par la poste le 15 juin 2005, et contenaient une enveloppe timbrée de retour.

Le retour des enveloppes a été clôturé le 15 septembre 2005.

a - 4) Choix de la population étudiée

Nous avons choisi de nous intéresser au premier accouchement de chaque professionnelle, d'une part parce que cela limite les facteurs de confusion et les biais dus à la multiparité, et d'autre part pour pouvoir s'intéresser aux changements produits par le fait de devenir mère pour la première fois.

Les critères d'exclusion des questionnaires dans l'étude sont les suivants :

- ◆ **Accouchement ayant eu lieu avant le premier janvier 1990** : nous avons choisi de nous intéresser aux accouchements les plus récents, ceci afin d'avoir une population homogène soumise aux mêmes techniques médicales.
- ◆ **Accouchement ayant eu lieu avant les études** (pour les sages-femmes et les médecins) **et pendant les études pour les sages-femmes**. Les accouchements ayant eu lieu pendant l'internat ont eux été étudiés, les conditions de travail en tant qu'interne étant proches de celles des médecins diplômés.

Les professionnelles incluses dans l'étude ont donc répondu à l'intégralité du questionnaire, et celles non incluses (premier accouchement avant le premier janvier 1990, avant les études ou pendant les études de sage-femme, et professionnelles nullipares) ne devaient répondre qu'aux deux dernières questions concernant l'âge et le nombre d'enfants.

a - 5) La population témoin

Afin d'avoir un échantillon de la population comparable à celui des sages-femmes, nous avons choisi d'associer les données de chaque questionnaire avec les données issues du dossier médical d'une patiente choisie au hasard.

Les critères d'inclusion des dossiers témoins étaient :

- ◆ **La primiparité**
- ◆ **La profession** qui devait être autre que sage-femme ou médecin. Nous avons aussi exclu toutes les professions hospitalières dont les conditions de travail pourraient être similaires aux sages-femmes et médecins.
- ◆ **La date d'accouchement** : chaque questionnaire a été associé avec le dossier d'une patiente ayant accouché le même mois de la même année que la professionnelle (et le plus souvent le même jour quand une patiente correspondait à tous les critères d'inclusion), ceci dans le but d'éviter un facteur de confusion dû à la différence des pratiques dans le temps.

Les dossiers témoins ont été recueillis :

- pour moitié au Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble ;
- pour moitié au Centre Hospitalier de Voiron.

b) Critères de jugement

➤ **Matériel**

Les données ont été exploitées après traitement informatique par le logiciel « MICROSOFT EXCEL ».

➤ ***Expression des résultats***

Les résultats sont exprimés :

- en effectifs et pourcentages pour les variables qualitatives ;
- en moyennes pour les variables quantitatives.

➤ ***Tests statistiques utilisés***

- pour les variables quantitatives, nous utilisons le test de STUDENT ;
- pour les variables qualitatives, nous utilisons le test du KHI DEUX ;

Le seuil retenu de la significativité est de 5%.

➤ ***Critères étudiés :***

A propos de la population médicale :

Le nombre moyen d'enfants par professionnelle, le mode de travail au moment de la grossesse.

A propos de la grossesse :

L'âge maternel au moment de la grossesse, les différentes catégories professionnelles chargées du suivi de la grossesse, le nombre de consultations prénatales moyen pour la population totale de professionnelles et pour les accouchements les plus récents (après le premier janvier 2000), le nombre moyen d'échographies pour la population totale de professionnelles et pour les accouchements les plus récents, le pourcentage de professionnelles ayant eu plus de trois échographies (dont le pourcentage sans raisons médicales), le pourcentage de femmes fumant du tabac pendant la grossesse, les pourcentages des complications suivantes : menace d'accouchement prématuré, diabète gestationnel, métrorragies, retard de croissance intra-utérin, hypertension artérielle gravidique, les taux d'hospitalisations et leurs principales causes, les taux de suivi de cours de préparation à l'accouchement, le degré de suivi des conseils donnés habituellement aux patientes à propos du tabac, de l'alcool, de l'alimentation, de l'activité physique.

Sont étudiés à propos de l'accouchement :

Les lieux d'accouchement classés par niveau, le pourcentage de professionnelles accouchant sur leur lieu de travail, l'âge gestationnel à l'accouchement classé par catégories (> 41 SA, de 37 à 41 SA, de 34 à 37 SA, < 34 SA), le mode de déclenchement du travail (spontané ou artificiel), les différents types d'anesthésie à l'accouchement, la personne désignée pour l'accouchement des professionnelles, les différents modes d'expulsion (nous appellerons eutocie les accouchements par voie basse non instrumentale et dystocie les accouchements par voie basse instrumentale et les accouchements par césarienne), l'état du périnée pour les femmes ayant accouché par voie basse.

A propos du nouveau-né :

Le poids moyen en grammes, la taille moyenne en centimètres, le score d'Apgar moyen à une, trois, cinq et dix minutes, le taux de transferts à la naissance.

A propos du séjour en unité mère-enfant :

La durée du séjour à la maternité (non compris le jour de l'accouchement), le mode d'allaitement choisi et la durée de l'allaitement maternel, la présence de l'équipe en unité mère-enfant, le taux de baby blues ressenti par les professionnelles (en considérant le baby blues comme un « changement d'humeur transitoire qui se produit durant les premiers jours après l'accouchement » [21]), le taux de dépressions faisant suite à l'accouchement, la durée moyenne des congés prénatal et postnatal, le taux de présence d'un aménagement d'horaire pendant la grossesse, le ressenti éventuel d'un entourage particulier (du fait de la profession) en salle d'accouchement et en unité mère-enfant.

A propos de l'influence réciproques de la maternité et de la profession :

Le degré d'influence de la profession sur le vécu de la grossesse et de l'accouchement, le degré d'influence de la maternité sur la façon de travailler, et les domaines concernés par les changements éventuels dans la pratique professionnelle.

2) Résultats

a) Le taux de réponse

Au total, **430 questionnaires ont été envoyés** : 369 aux sages-femmes et 71 aux médecins. 30 questionnaires destinés à des sages-femmes sont revenus non ouverts, ces dernières n'habitant pas à l'adresse indiquée.

259 questionnaires ont été reçus : 223 des sages-femmes et 36 des médecins.

Au total pour 400 questionnaires envoyés et reçus, nous avons un **taux de réponse de 64,8%** : 65,8% pour les sages-femmes et 50,7% pour les médecins. Compte tenu des critères d'exclusion (accouchement avant le premier janvier 1990, avant et pendant les études pour les sages-femmes et avant le début de l'internat pour les médecins), les questionnaires interprétables sont au nombre de **99 pour les sages-femmes et 6 pour les médecins**.

b) La population médicale

b - 1) Nombre d'enfants

Le nombre d'enfant moyen par professionnelle est de **2,12** (2,04 pour les sages-femmes et 2,33 ans pour les médecins). Ci-dessous leur répartition :

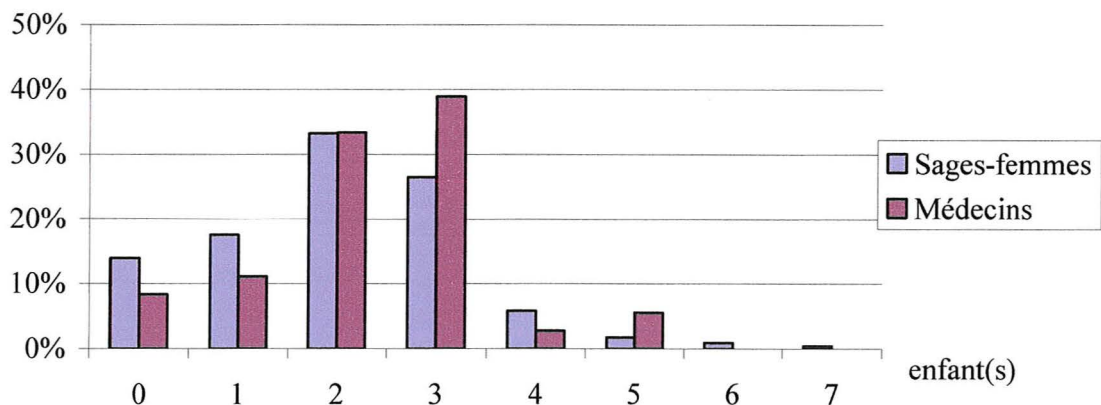


Figure 1 : Répartition du nombre d'enfants

b - 2) Mode de travail au moment de la grossesse

➤ *Les sages-femmes :*

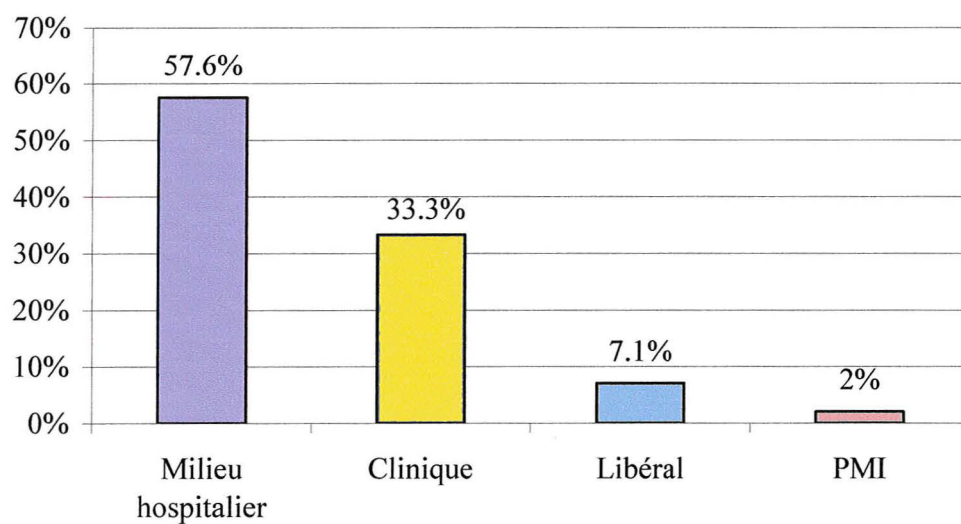


Figure 2 : Mode de travail des sages-femmes

➤ *Les médecins :*

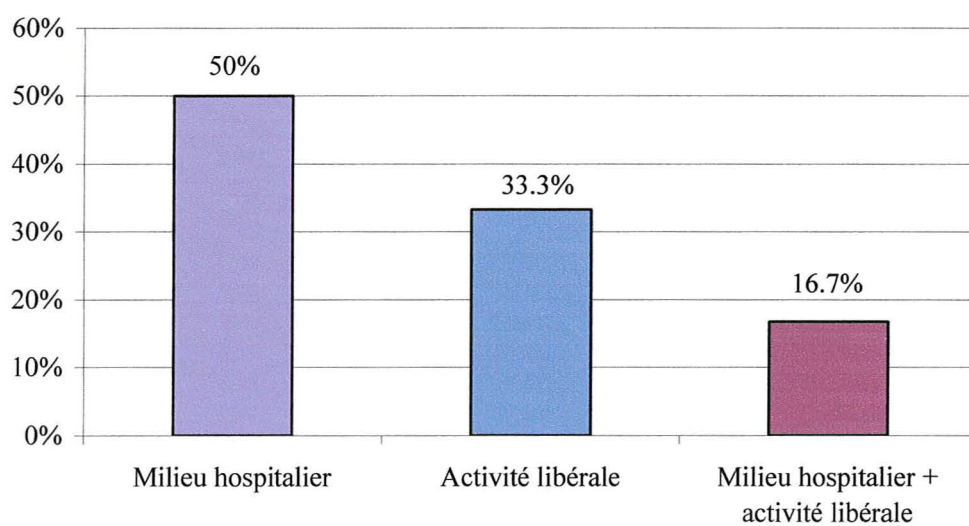


Figure 3 : Mode de travail des médecins

c) La grossesse

c - 1) Age au moment de la grossesse

L'âge moyen des professionnelles lors de leur première grossesse est de **28,2 ans** : 28,1 ans pour les sages-femmes (de 22 à 39 ans) et 30,5 ans pour les médecins (de 25 à 36 ans). L'âge moyen des témoins lors de leur première grossesse est de 26,8 ans, soit $p < 0,01$. L'âge maternel des professionnelles au moment de leur première grossesse est donc significativement plus élevé que celui des témoins.

L'âge maternel est supérieur ou égal à 35 ans pour 19% des professionnelles et 3,8% des témoins, soit $p = 0,048$. Les professionnelles ont donc plus souvent leur première grossesse après 35 ans (inclus) que les témoins

c - 2) Catégorie professionnelle chargée du suivi de la grossesse

- *Les médecins* : ces femmes ont été suivies à 100% par des gynécologues.
- *Les sages-femmes* :

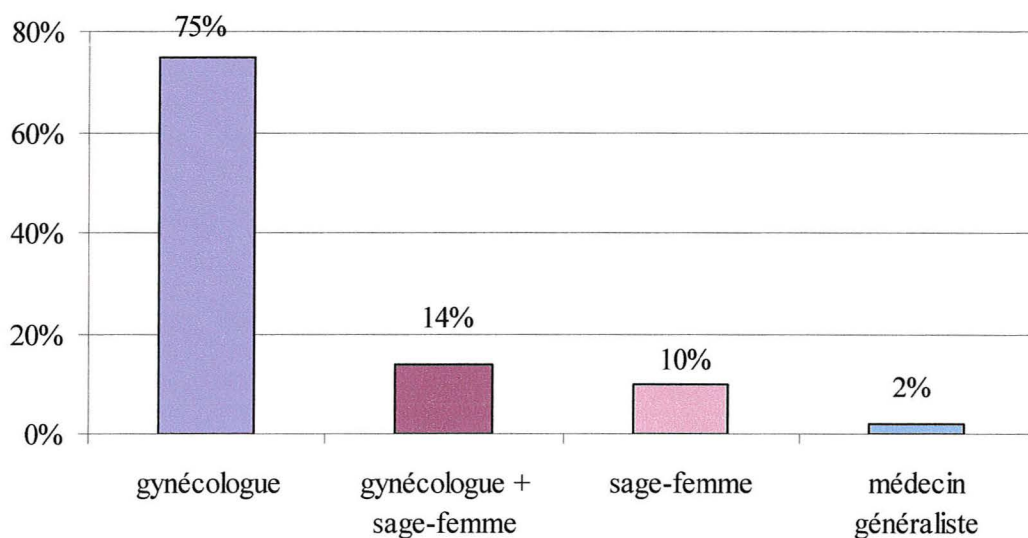


Figure 4 : Catégories professionnelles suivant les sages-femmes

Une sage-femme précise s'être fait suivre « par elle-même » en plus de son médecin.

c - 3) Nombre de consultations

Les professionnelles ont bénéficié en moyenne de **7,3 consultations prénatales** : 7,4 pour les sages-femmes (de 3 à 12 consultations) et 7,2 pour les médecins (de 6 à 8 consultations).

17,2% des professionnelles ont eu un nombre de consultations inférieur aux sept consultations recommandées par le Code de Santé Publique.

Pour les accouchements les plus récents (ayant eu lieu depuis le premier janvier 2000), le nombre de consultation moyen est de 7,8.

c - 4) Echographies

Les professionnelles ont bénéficié en moyenne de **3,7 échographies** : 3,8 pour les sages-femmes (de 1 à 9 échographies) et 3,5 pour les médecins (de 3 à 5 échographies).

43,8% des professionnelles ont bénéficié d'échographies en plus des trois échographies recommandées. Parmi elles, 41,3% déclarent que ces échographies ont été réalisées sans raisons médicales (soit 18,1% de la population totale).

Le nombre moyen d'échographies pour les accouchements les plus récents (ayant eu lieu depuis le premier janvier 2000) est de 4,5 échographies.

c - 5) Tabac

12,4% des professionnelles ont déclaré consommer du tabac pendant la grossesse : 13,1% des sages-femmes et 0% des médecins.

26,7% des témoins ont consommé du tabac pendant la grossesse soit $p = 0,01$.
Ainsi les professionnelles fument significativement moins que les témoins.

c - 6) Complications

48,6% des professionnelles ayant répondu à l'enquête ont déclaré avoir développé une des complications suivantes pendant la grossesse :

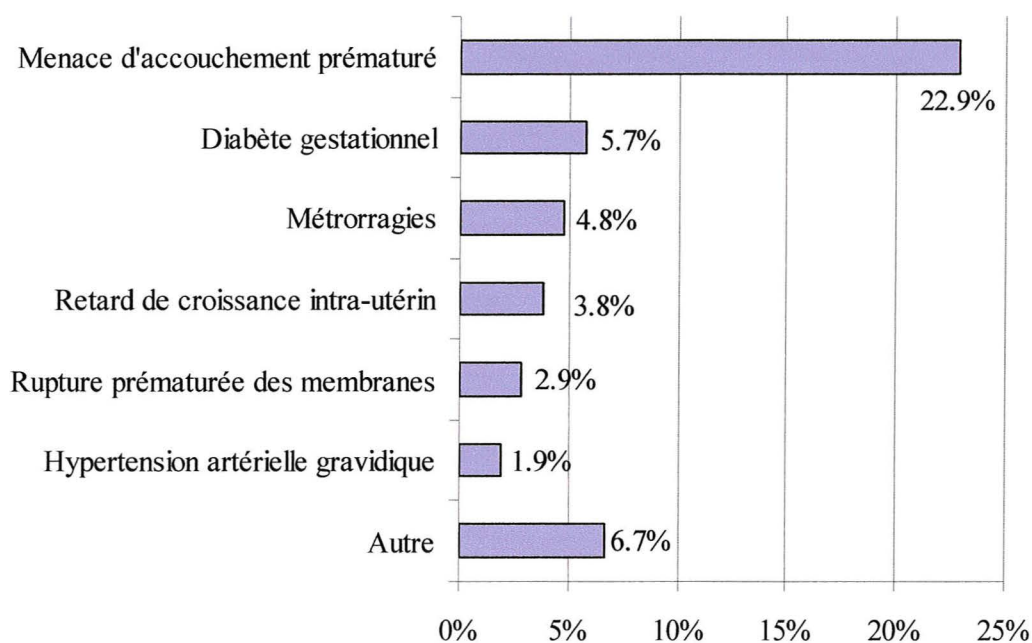


Figure 5 : Les complications pendant la grossesse

Dans l'item « autre » les professionnelles ont cité les pathologies suivantes : coliques néphrétiques, hydramnios, décollement membranaire, pyélonéphrite, macrosomie fœtale, adénome hépatique.

En tenant seulement compte des choix proposés dans le questionnaire (sans l'item « autre »), nous avons 38,4% de complications.

Chez les témoins, on a seulement 16,2% de ces complications, ce qui nous donne $p < 0,01$. Les professionnelles ont ainsi significativement plus de complications que les témoins.

La différence est hautement significative pour la MAP : elle concerne 6,7% des témoins pour 22,9% des professionnelles, ce qui donne $p < 0,01$.

Il est à noter que toutes les professionnelles concernées par la MAP sont des sages-femmes.

c - 7) Hospitalisations

16,2% des professionnelles déclarent avoir été hospitalisées pendant la grossesse, se répartissant de la façon suivante :

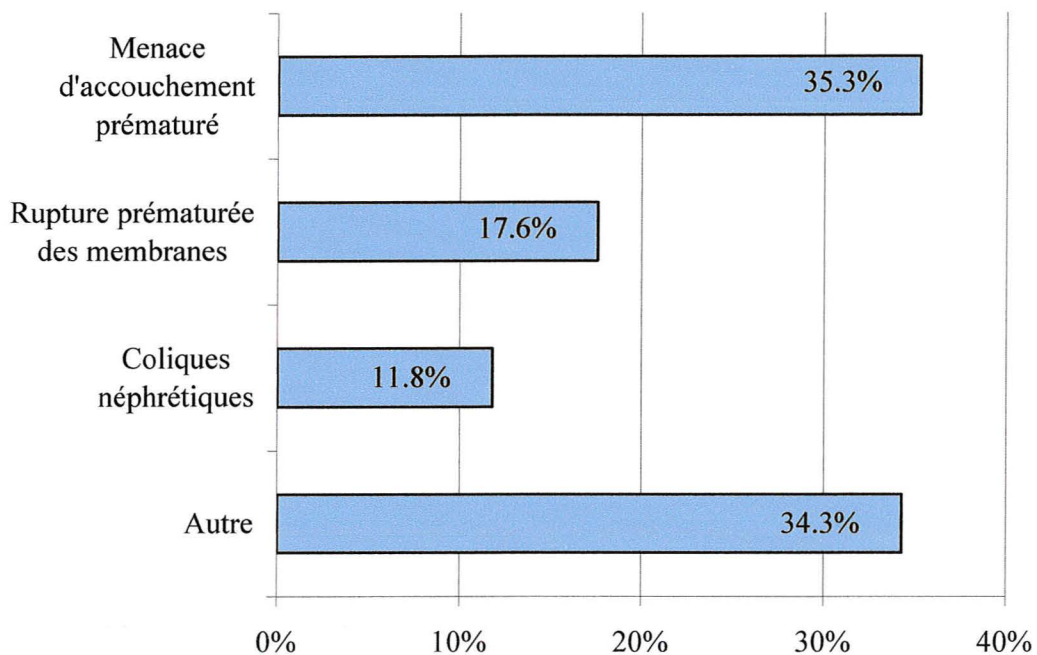


Figure 6 : Les principaux motifs d'hospitalisation des professionnelles

L'item « autre » contient les motifs suivants : hyperthermie, bilan vasculo-rénal, bilan d'hydramnios, pyélonéphrite, métrorragies.

Au total 5,7% des professionnelles ont été hospitalisées pour des MAP.

Chez les témoins, on retrouve 12,4% d'hospitalisations, dont 46,2% de MAP, 15,4% de ruptures prématurées des membranes, 15,4% d'arythmies fœtales. N'ont été retrouvées qu'une seule fois : métrorragie de fin de grossesse, crise d'asthme, phlébite et chute.

Au total, 5,7% des témoins ont été hospitalisées pour une MAP.

Pour le taux d'hospitalisation global (16,2% des professionnelles et 12,4% des témoins), nous avons $p = 0,37$ ce qui n'est pas significativement différent.

c - 8) Préparation à l'accouchement

57,1% des professionnelles déclarent avoir bénéficié de cours de préparation à l'accouchement : 55,6% des sages-femmes et 83,3% des médecins.

71,4% des témoins ont quant à elles suivi des cours, ce qui donne $p = 0,03$.

Les professionnelles suivent donc significativement moins de cours de préparation à l'accouchement que les témoins.

c - 9) Conseils

Cette question demandait aux professionnelles si elles avaient eu le sentiment d'avoir suivi les conseils qu'elles prodiguent habituellement à leurs patientes, concernant la consommation de tabac, alcool, l'alimentation et l'activité physique / le repos.

Une sage-femme n'a pas répondu à cette question. Ci-dessous les résultats :

Domaines concernés →				
Graduation ↓	<i>Tabac</i>	<i>Alcool</i>	<i>Alimentation</i>	<i>Activité physique/Repos</i>
Complètement	79.8%	71.2%	51%	43.3%
Beaucoup	7.1%	17.3%	27.9%	23%
Un peu	7.1%	8.6%	15.4%	23%
Pas du tout	6.1%	2.9%	5.7%	10.6%

Figure 7 : Le suivi des conseils

d) L'accouchement

d - 1) Lieu d'accouchement

Les professionnelles de l'obstétrique accouchent dans les structures de niveau I, II et III et à domicile de la façon suivante :

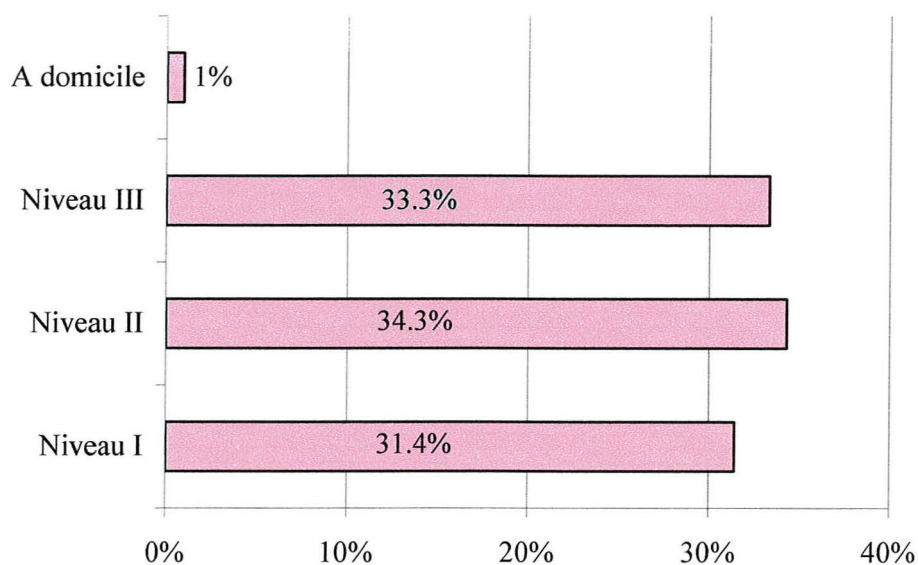


Figure 8 : Lieu d'accouchement

72,7% des sages-femmes ont accouché dans la structure où elles travaillaient, 19,2% ont accouché dans une autre structure et 8,1% n'ont pas répondu à cette question. 66,7% des médecins ont accouché dans la structure où elles travaillaient et 33,3% ont accouché dans une autre structure.

Les raisons invoquées par celles qui avaient choisi d'accoucher ailleurs que sur leur lieu de travail sont les suivantes :

- éloignement géographique du lieu de travail par rapport au domicile : 28,6% ;
- pudeur vis-à-vis des collègues de travail : 23,8% ;
- maternité de travail non appréciée, incompétence du personnel médical : 23,8% ;
- la personne désignée pour l'accouchement travaille dans une autre structure : 19,1%
- accouchement à domicile : 4,8%.

d - 2) Age gestationnel à l'accouchement

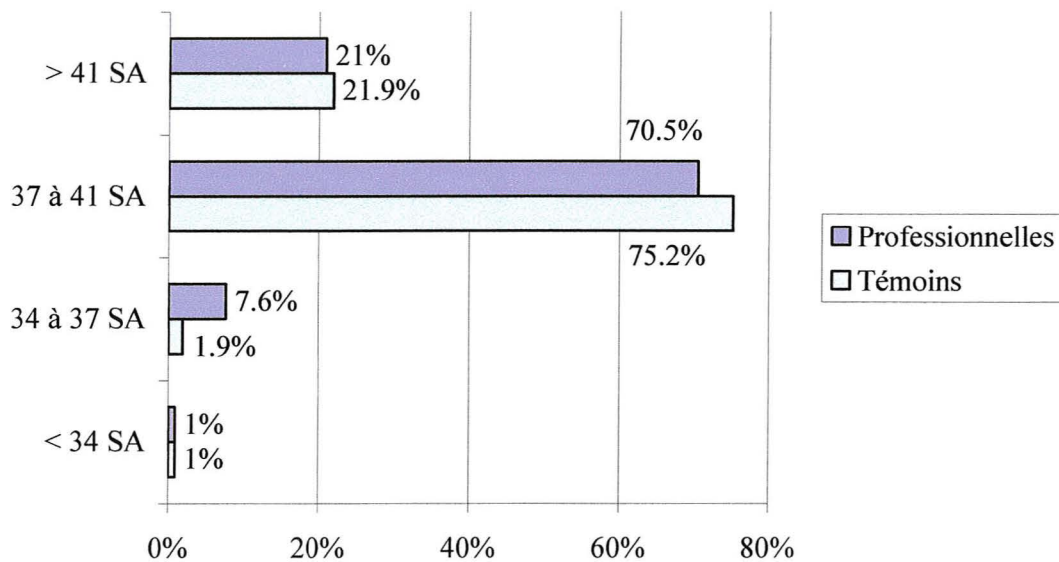


Figure 9 : Age gestationnel à l'accouchement

Nous remarquons que la différence la plus importante concerne les naissances prématurées (ayant lieu avant 37 SA) : elles touchent 7,6% des professionnelles pour 1,9% des témoins. Ceci donne $p = 0,07$ et n'est pas statistiquement significatif.

d - 3) Mode de déclenchement du travail

Nous avons étudié le mode de déclenchement des accouchements des professionnelles n'ayant pas eu de césarienne avant le travail. Le mode de déclenchement pouvait alors être spontané ou artificiel.

Chez les professionnelles, nous notons 91,2% de déclenchements spontanés et 8,8% de déclenchements artificiels.

Chez les témoins, nous notons 84% de déclenchements spontanés et 16% de déclenchements artificiels.

En comparant les taux respectifs de déclenchements artificiels, on a $p = 0,09$, ce qui n'est pas significatif.

d - 4) Durée du travail

La durée moyenne du travail chez les professionnelles est de **7,1 heures** : 5,6 heures chez les sages-femmes et 11,3 heures chez les médecins.

Comparativement, la durée moyenne du travail chez les témoins est de 5,6 heures, ce qui donne $p < 0,01$.

Le temps de travail des professionnelles est donc significativement plus long que celui des témoins.

d - 5) Type d'anesthésies

Les professionnelles ont pu bénéficier des différents types d'anesthésie, répartis dans le graphique suivant :

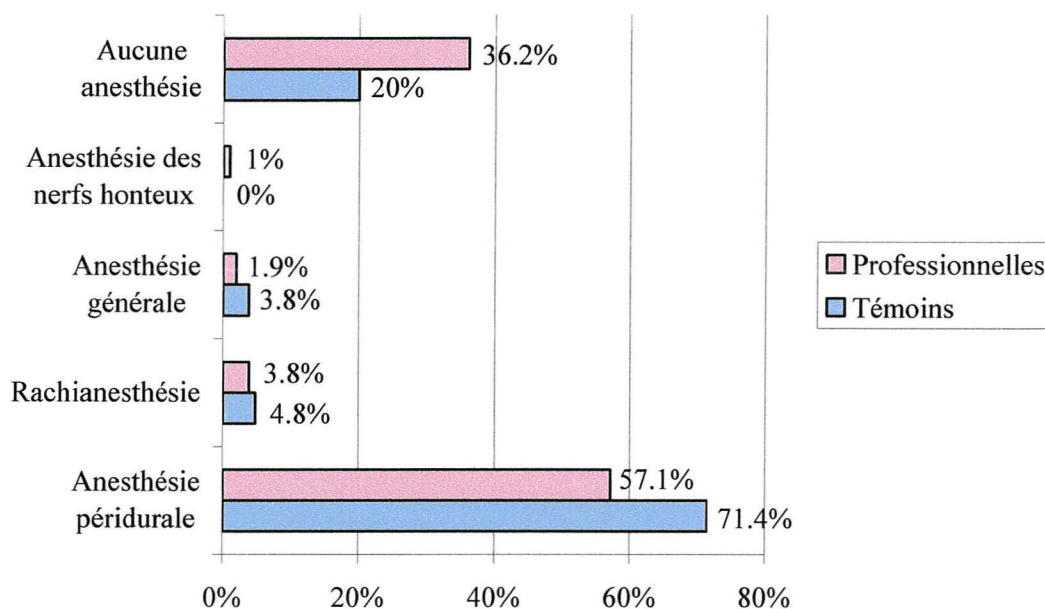


Figure 10 : Les différents types d'anesthésies

L'étude du taux d'anesthésie péridurale donne $p = 0,03$. Les témoins bénéficient donc significativement plus souvent d'anesthésies péridurales que les professionnelles.

De même, l'étude du taux d'accouchements sans aucune anesthésie donne $p = 0,01$ ce qui montre que les professionnelles accouchent significativement plus souvent sans aucune anesthésie que les témoins.

d - 6) Regard sur le rythme cardiaque fœtal

78,1% des professionnelles déclarent avoir bénéficié de l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal en continu.

Le temps de regard de ces femmes sur l'enregistrement se répartissait en trois choix : constant, intermittent et inexistant. Ci-dessous les résultats :

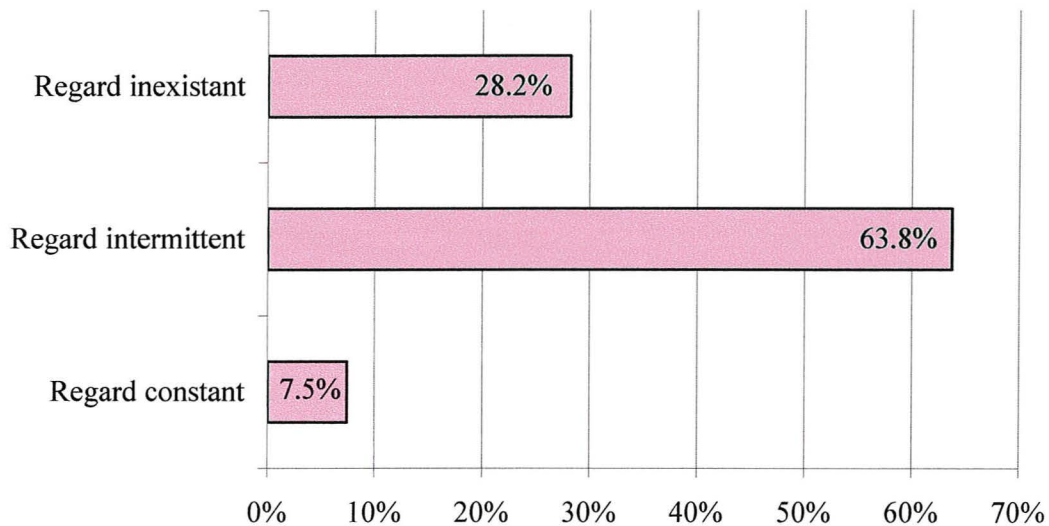


Figure 11 : Regard sur l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal

d - 7) Personne désignée pour l'accouchement

60% des professionnelles (58,6% des sages-femmes et 83,3% des médecins) ont choisi de désigner la personne par qui elles voulaient être accouchées. La personne alors désignée pouvait être une sage-femme ou un médecin. Les autres ont choisi l'équipe de garde.

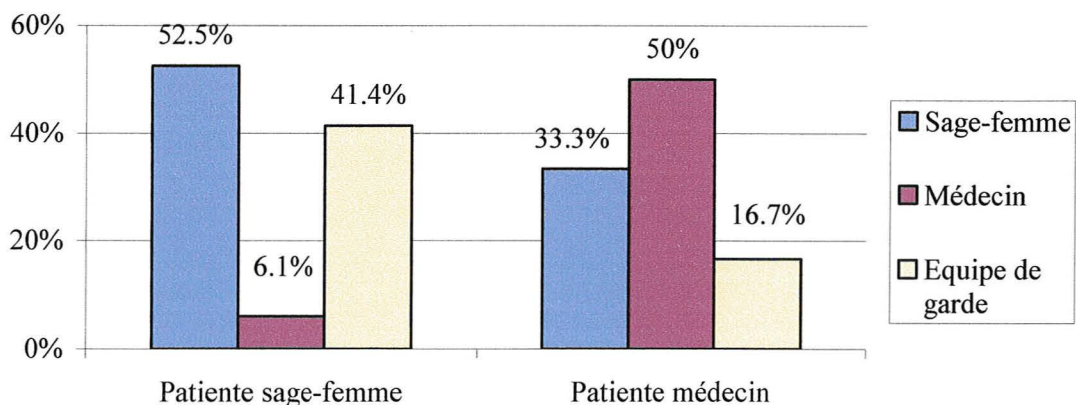


Figure 12 : Personne désignée pour l'accouchement

d - 8) Mode d'expulsion

Ci-dessous leur répartition chez les sages-femmes, médecins et témoins :

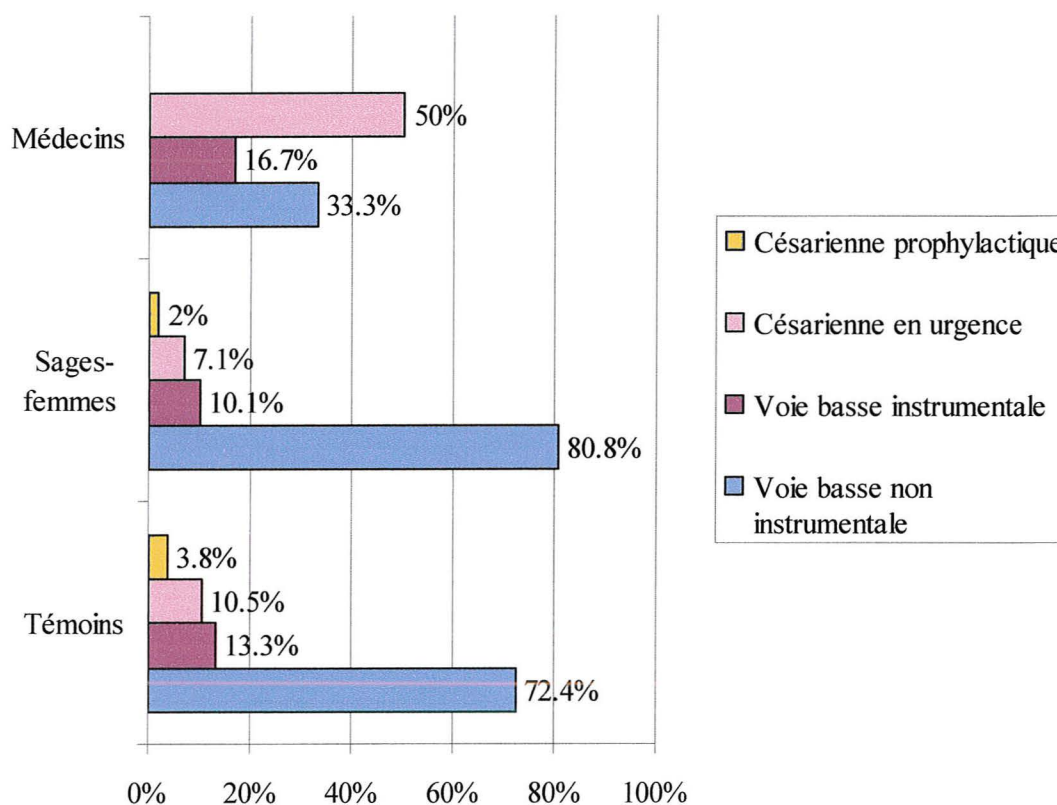


Figure 13 : Répartition des modes d'expulsion

Malgré les différences des résultats obtenus chez les sages-femmes et les médecins, compte tenu du trop faible nombre de médecins inclus dans l'enquête, nous analyserons les résultats des deux professions conjointement.

Il y a ainsi :

- chez les professionnelles (sages-femmes + médecins) 77,1% d'eutocie et 22,9% de dystocie ;
- chez les témoins 72,4% d'eutocie et 27,6% de dystocie.

Ceci donne $p = 0,36$ ce qui n'est pas significatif.

d - 9) Etat périnéal

Leur proportion se répartit de la façon suivante :

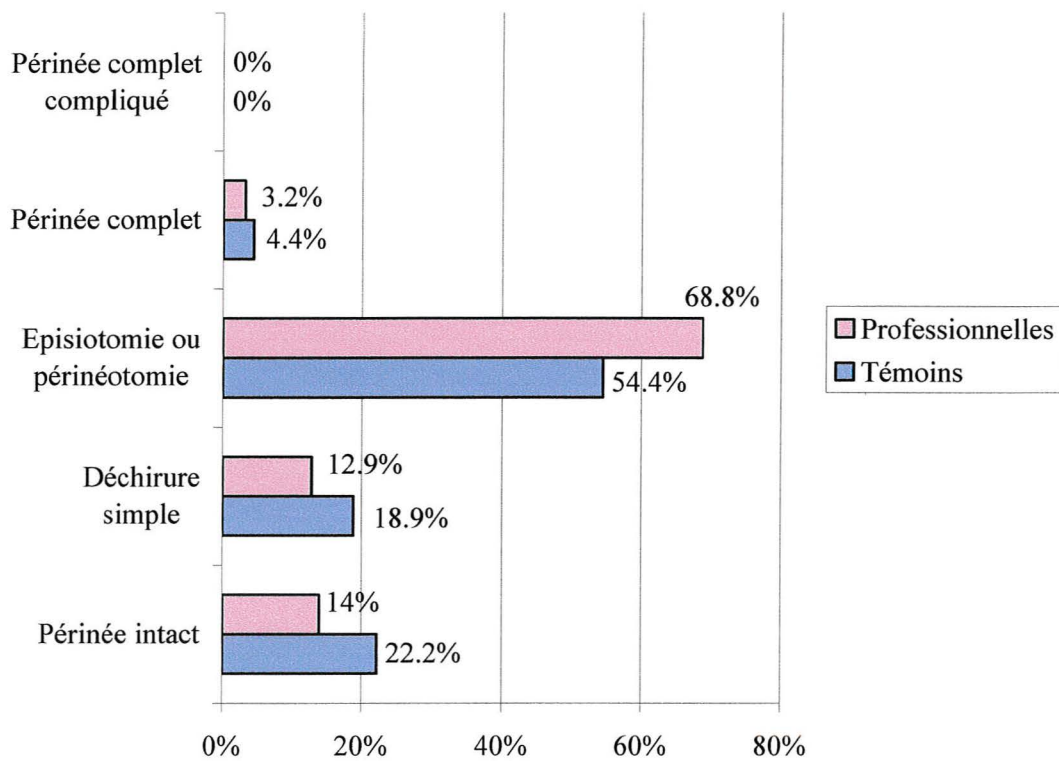


Figure 14 : Résultats périnéaux

Statistiquement, nous avons :

- pour le taux de périnée intact : $p = 0,13$ soit une différence non significative ;
- pour le taux d'épisiotomie : $p = 0,048$ soit une différence significative ;
- pour le taux de déchirure simple : $p = 0,27$ soit une différence non significative ;
- pour le taux de périnée compléte : $p = 0,72$ soit une différence non significative.

Les professionnelles ont donc un taux d'épisiotomie significativement plus élevé que les témoins.

e) L'enfant

e - 1) Poids

Le poids moyen des nouveau-nés est de 3238 g pour les professionnelles et de 3194 g pour les témoins ce qui donne $p = 0,36$ et donc une différence non significative.

e - 2) Taille

La taille moyenne des nouveau-nés est de 49,8 cm pour les professionnelles et de 49,6 cm pour les témoins, soit $p = 0,41$ et donc une différence non significative.

e - 3) Score d'Apgar

- A une minute : il est de 9,42 pour les professionnelles et de 9,09 pour les témoins, soit $p = 0,07$ ce qui n'est pas significatif.
- A trois minutes : il est de 9,77 pour les professionnelles et de 9,566 pour les témoins, soit $p = 0,13$ ce qui n'est pas significatif.
- A cinq minutes : il est de 9,90 chez les professionnelles et de 9,82 pour les témoins soit $p = 0,47$ ce qui n'est pas significatif.
- A dix minutes : il est de 9,98 chez les professionnelles et de 9,95 pour les témoins, soit $p = 0,65$ ce qui n'est pas significatif.

e - 4) Taux de transferts à la naissance

Le taux de transferts des nouveau-nés en néonatalogie immédiatement après la naissance est de 3,8% pour les professionnelles et de 6,7% pour les témoins, soit $p = 0,34$ ce qui n'est pas significatif.

f) Le séjour en unité mère enfant

f - 1) Durée du séjour

Le séjour à la maternité a duré en moyenne 4,6 jours pour les sages-femmes et 6 jours pour les médecins, soit 4,7 jours pour les professionnelles.

Le séjour à la maternité des témoins a duré en moyenne 4,6 jours ce qui nous donne $p = 0,58$ ce qui n'est pas significatif.

f - 2) Allaitement

◆ *Mode d'allaitement*

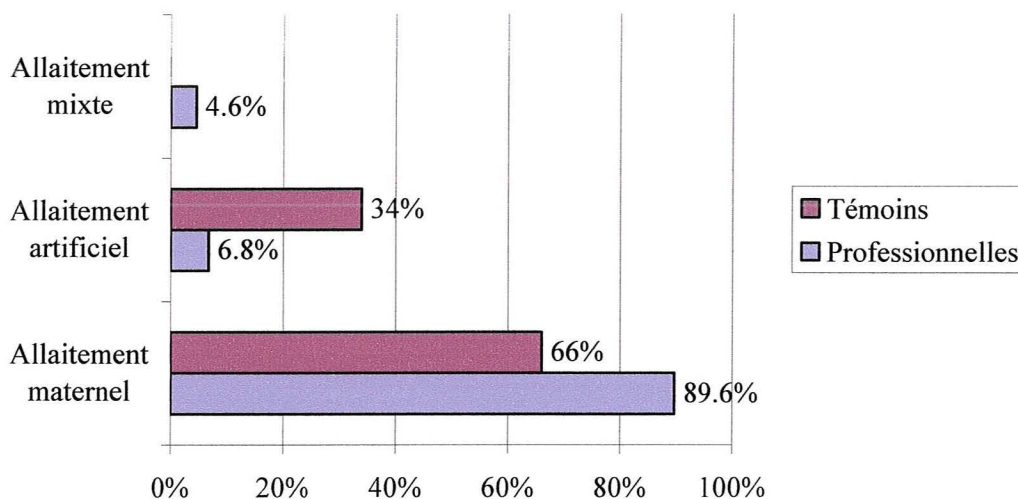


Figure 15 : Les différents modes d'allaitement

L'étude des taux respectifs d'allaitement maternel chez les témoins et les professionnelles donne $p < 0,01$ ce qui est significatif : les professionnelles choisissent donc plus souvent l'allaitement maternel que les témoins.

Parmi les professionnelles qui ont choisi un allaitement artificiel ou mixte, 60% déclarent l'avoir fait par choix personnel et 40% par obligation (nouveau-né de petit poids, montée laiteuse peu importante, mutation en néonatalogie...).

◆ *Durée de l'allaitement maternel*

Les professionnelles ont allaité en moyenne 108,1 jours, soit 3,6 mois.

Il a été impossible de comparer les données de notre étude sur ce sujet avec notre recueil de témoins, étant donné que nous n'avions que le dossier obstétrical à notre disposition et que la durée de l'allaitement maternel n'était pas encore définie au moment de la rédaction de ce dossier.

Il est à noter que sept sages-femmes ont déclaré être en cours d'allaitement maternel.

f - 3) Présence de l'équipe

Durant le séjour en unité mère enfant, l'équipe soignante pouvait être qualifiée de : « assez présente », « trop présente » ou « pas assez présente ».

100% des médecins interrogés ont jugés l'équipe « assez présente ».

Concernant les sages femmes :

- 74,8% l'on jugée « assez présente » ;
- 21,2% l'on jugée « pas assez présente » ;
- 4% l'on jugée « trop présente ».

25,2% des sages-femmes n'étaient donc pas satisfaites du temps de présence de l'équipe en unité mère enfant.

f - 4) Baby blues

Notre enquête met en évidence que 55,2% des professionnelles déclarent avoir ressenti un épisode de baby blues après leur accouchement.

Nous n'avons pu évaluer ce taux dans notre recueil de témoins du fait de l'absence de cette donnée dans le dossier médical.

f - 5) Dépression

13,3% des professionnelles ont déclaré avoir subi un réel épisode dépressif suite à leur accouchement.

Les raisons principalement évoquées sont le sevrage à l'allaitement maternel et les causes néonatales (une sage-femme a eu un enfant décédé peu de temps après la naissance, une autre un enfant porteur d'une fente labio-palatine).

Trois sages-femmes n'ont pas répondu à cette question.

Cet élément n'a pu être comparé à notre recueil de témoins, cette donnée n'étant pas disponible au moment de la rédaction du dossier obstétrical.

g) La grossesse et l'exercice professionnel

g - 1) Durée du congé prénatal

Cette question demandait sans plus de précision quelle avait été la durée du congé prénatal des professionnelles. Les réponses ne peuvent être interprétées étant donné que de nombreuses professionnelles ont inclus dans leurs réponses les arrêts de travail, congés pathologiques... Et le chiffre final ne serait pas du tout représentatif du congé prénatal réel.

g - 2) Durée du congé postnatal

De même, les réponses à cette question sont ininterprétables étant donné que les professionnelles ont parfois inclus dans leur congé postnatal des arrêts de travail, des congés parentaux d'éducation, et le chiffre final ne serait pas non plus représentatif du congé postnatal réel.

g - 3) Aménagement d'horaire

Nous avons demandé aux professionnelles si elles avaient pu bénéficier d'un aménagement d'horaire pendant leur grossesse.

Quatre sages-femmes n'ont pas répondu à cette question. Ci-dessous les résultats pour les professionnelles travaillant en maternité (les horaires en libéral dépendant des professionnelles elles-mêmes) :

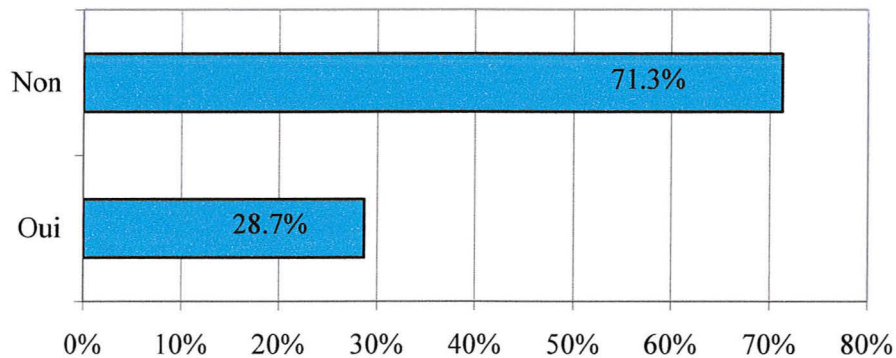


Figure 16 : Les aménagements d'horaires des professionnelles

g - 4) Entourage par le personnel hospitalier

Il était demandé aux professionnelles si elles s'étaient particulièrement senties entourées par le personnel de l'établissement du fait de leur profession, en salle d'accouchement et en unité mère enfant. Ci-dessous les résultats :

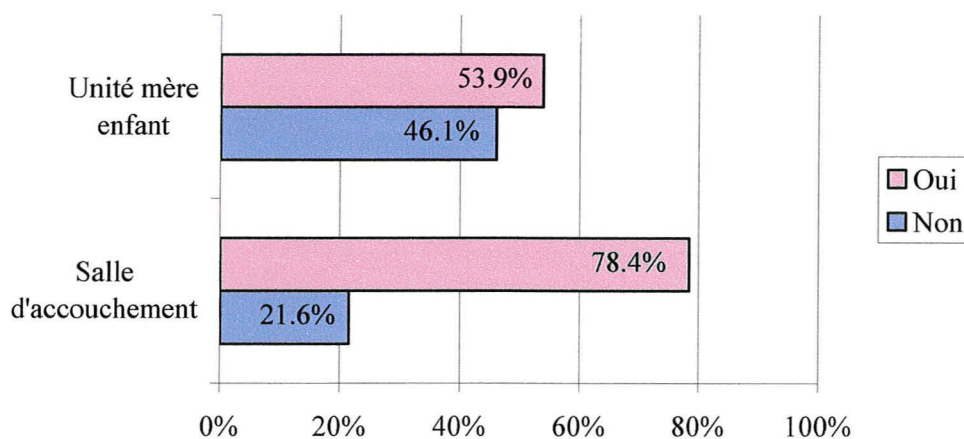


Figure 17 : Entourage par le personnel hospitalier

h) Influence de la profession sur la maternité : aspect psychologique

h - 1) Pendant la grossesse

Le fait d'être médecin ou sage-femme pendant la grossesse pouvait avoir été plutôt angoissant, rassurant ou sans influence.

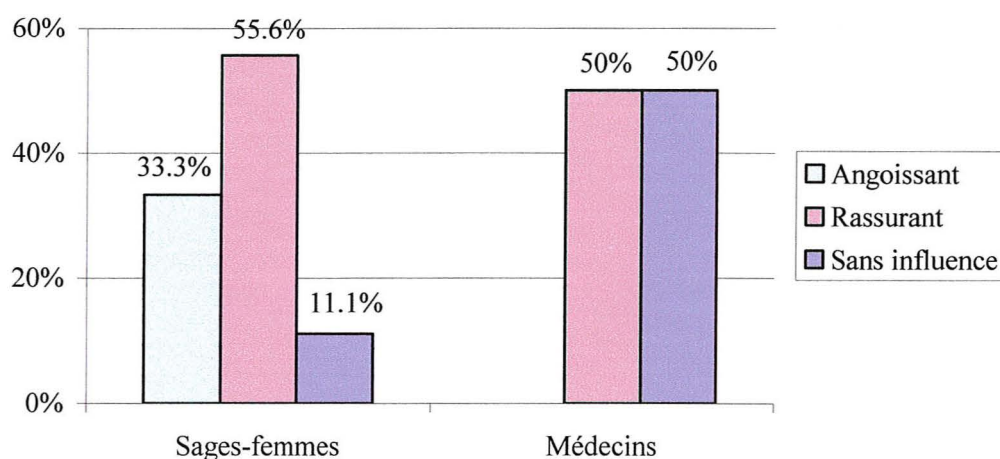


Figure 18 : Influence de la profession pendant la grossesse

h - 2) A l'accouchement

A propos du vécu de leur accouchement, les professionnelles ont pu avoir le sentiment que leurs connaissances obstétricales et l'exercice de leur profession avaient plutôt été une aide, une difficulté ou sans influence.

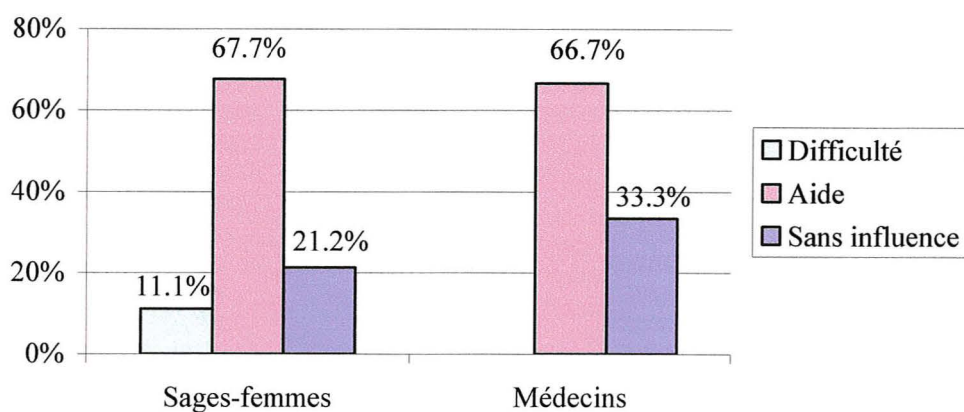


Figure 19 : Influence de la profession à L'accouchement

i) Influence de la maternité sur l'exercice professionnel

i - 1) Les modifications dans la façon de travailler

La maternité a pu influencer par la suite la façon de travailler des professionnelles.
Les résultats sont exprimés dans le graphique ci-dessous :

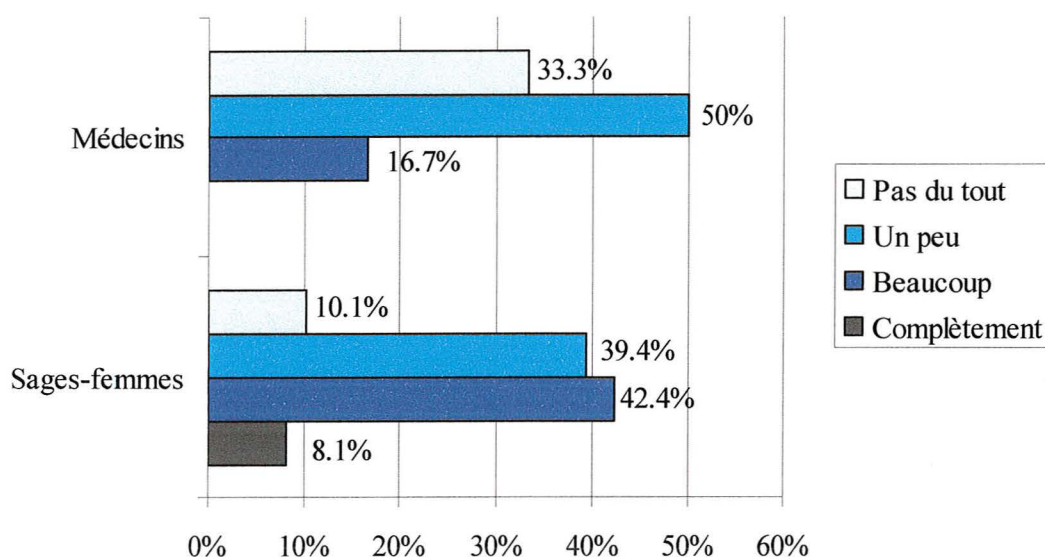


Figure 20 : Les modifications de la façon de travailler

i - 2) Les domaines les plus évoqués

Dans quel domaine les professionnelles elles se sentaient-elles particulièrement sensibilisées depuis leur accouchement ?

Quatre sages-femmes et quatre médecins n'ont pas répondu à cette question.

Voici ci-dessous les résultats des sujets majoritairement évoqués par les professionnelles :

- 1° L'allaitement maternel : 24% des réponses ;
- 2° La gestion de la douleur : 10,4% des réponses ;
- 3° Le séjour en unité mère-enfant : 7,3% des réponses ;
- 4° Les positions d'accouchement : 4,2% des réponses.

III Discussion

1) Fiabilité des résultats

⊗ A propos du faible nombre de questionnaires exploitables :

- *Pour les sages-femmes* : seuls 99 questionnaires sont exploitables sur 369 envoyés. Cela s'explique par : 30 questionnaires qui sont revenus non ouverts (les sages-femmes ayant déménagé depuis janvier 2004), un taux de réponses de 64,8% et le fait que beaucoup de sages-femmes ont accouché la première fois avant 1990.

- *Pour les médecins* : le nombre de questionnaires à étudier est très faible : seulement six sont exploitables. Ce chiffre s'explique par trois éléments :

▫ D'abord parce que le nombre de questionnaires envoyés aux médecins (71) est plus faible que celui des sages-femmes (369), compte tenu de la différence d'effectifs entre les deux et de la difficulté à trouver les adresses des médecins. Rappelons aussi que la profession de sage-femme compte proportionnellement plus de femmes (99% en 2004 [31]) que celle de gynécologue obstétricien (37,3% en 2003 [33]).

▫ Ensuite parce que nous avons eu un taux de réponse moins important pour les médecins (50,7%) que pour les sages-femmes (65,8%).

▫ Enfin parce que la population des femmes gynécologues obstétriciens a en moyenne un âge plus élevé que celle des sages-femmes (respectivement 49,7 et 43,9 ans dans notre étude). De nombreux médecins ayant répondu au questionnaire ont eu leur premier accouchement avant 1990 et n'ont donc pas pu intégrer l'enquête.

⊗ Biais de l'étude

L'étude possède trois biais principaux :

- **un biais d'information différentiel ou biais de rappel** (les informations obtenues par les professionnelles faisant appel à la mémoire) ;

- **un biais de sélection** à cause de l'effet de non participation (quelle est la cause de non réponse de certaines professionnelles ?) ;

- **un biais d'admission** : le recueil de témoins n'a eu lieu que dans des maternités de niveau II et III. Nous n'avons pas pu faire ce recueil également dans une maternité de niveau I, ce que nous voulions au départ : nous avons dû abandonner les recherches après avoir subi les refus de six maternités hospitalières de niveau I en Rhône-Alpes.

2) Discussion des résultats

a) La population médicale

a - 1) Nombre d'enfants

Le nombre moyen d'enfants est plus important chez les médecins (2,33 enfants) que chez les sages-femmes (2,04). Les études médicales étant plus longues que les études de sages-femmes, nous aurions pu supposer l'inverse. On peut cependant remarquer que les professionnelles ont en moyenne plus d'enfants que la population générale : le nombre moyen d'enfant par femme en France est en effet actuellement de 1,89 [34].

a - 2) Mode de travail

. *Pour les sages-femmes*, nous observons que 90,9% d'entre elles travaillent en maternité (qu'elle soit publique ou privée) et 7,1% travaillent en libéral. Nos chiffres sont différents des chiffres nationaux : en France, 78% des sages-femmes travaillaient en maternité en 2005 et 15% en libéral [35].

. *Pour les médecins*, nous notons une activité libérale pour 50% des médecins dont 16,7% ont une activité hospitalière conjointe. Comparativement, les données nationales [33] nous indiquent que 64% des médecins gynécologues en France avaient une activité libérale en 2005. Cette différence de répartition vient principalement du nombre peu important de médecins compris dans l'étude : le hasard aura voulu qu'elles travaillent plus en milieu hospitalier que dans la population générale.

b) La grossesse

b - 1) Age au moment de la grossesse

L'âge au moment de la première grossesse est significativement plus élevé chez les professionnelles (28,2 ans) que chez les témoins (26,8 ans) et ce de manière proportionnelle au nombre d'années d'études (28,1 ans pour les sages-femmes et 30,50 ans pour les médecins). **La profession influence ainsi la maternité en retardant l'âge maternel au moment de la première grossesse.**

Le fait que significativement plus de professionnelles aient leur première grossesse après 35 ans peut être considéré comme un **facteur de risque périnatal** : dans un étude réalisée en 2002 portant sur 134 grossesses, ZIADEH SM. [19] indique par ses résultats que les femmes ayant leur première grossesse après 35 ans ont significativement plus de risques d'hypertension artérielle gravidique, de rupture prématurée des membranes et de travail prématuré.

b - 2) Catégorie professionnelle chargée du suivi de grossesse

Si les médecins se font suivre à 100% par des médecins, nous notons que peu de sages-femmes se font elles-mêmes suivre par des sages-femmes (10% ne se sont fait suivre que par une sage-femme et 14% par une sage-femme et un gynécologue). Nous nous serions attendu à ce que plus de sages-femmes se fassent suivre par leurs collègues sages-femmes en pratiquant notamment plus souvent le double suivi (sage-femme + médecin gynécologue obstétricien).

b - 3) Nombre de consultations

Afin d'établir un point de comparaison avec la population générale (le nombre de consultations prénatales étant impossible à déterminer à partir des dossiers médicaux, les femmes se faisant souvent suivre en ville pour le début de la grossesse), nous avons étudié le nombre de consultations des femmes ayant accouché depuis le premier janvier 2000 dans notre étude et l'avons comparé avec les données de l'Enquête Nationale de Périnatalité de 2003 [28].

Ainsi, le nombre moyen de consultations par professionnelle est de 7,8 alors que le nombre moyen de consultations prénatales en France en 2003, d'après l'Enquête de Périnatalité, est de 8,9 consultations. Ce chiffre semble donc inférieur chez les professionnelles que dans la population générale. Un élément d'explication peut être que les connaissances obstétricales permettent de ne pas consulter un professionnel à chaque souci de la grossesse.

Le taux de grossesses peu suivies (ayant bénéficié de moins de consultations que les sept préconisées par le Code de Santé Publique [29]) correspondent aux grossesses les plus anciennes (entre 1990 et 1992) alors que ces recommandations n'étaient pas encore en vigueur.

b - 4) Echographies

Le nombre d'échographies étant une donnée introuvable dans certains dossiers médicaux, nous n'avons pu le comparer aux témoins et avons donc choisi de comparer le nombre d'échographies des accouchements ayant eu lieu de 2000 à 2005 dans notre étude avec les données de l'Enquête Nationale de Périnatalité de 2003 (comme pour le nombre de consultations). Pour nos dossiers, le nombre moyen d'échographies par professionnelle est de 4,46 alors qu'il est en France de 4,5 en 2003 d'après l'Enquête de Périnatalité.

Nous notons ainsi que le nombre moyen d'échographies est similaire chez les professionnelles et chez la population générale. Et ce malgré 18,1% de sages-femmes qui ont des échographies supplémentaires sans raisons médicales. Ces échographies supplémentaires sont une influence directe de la profession sur le suivi car elles sont le plus souvent réalisées sur le lieu de travail, par des collègues ou par les professionnelles elles-mêmes comme elles le précisent souvent dans le questionnaire. Pour les sages-femmes, il est à noter que ce résultat s'oppose aux données obtenues par CHAUPIN V. qui notait une augmentation significative du nombre d'échographies moyen chez les sages-femmes par rapport aux témoins.

Pour les médecins, cela s'oppose aux résultats de l'étude de MILLER NH. [10] qui observait une augmentation importante du nombre d'échographies chez les femmes médecins.

b - 5) Tabac

Notre étude a mis en évidence que les professionnelles fument significativement moins pendant la grossesse que les témoins (13,1% pour les sages-femmes, 0% pour les médecins, contre 26,7% pour les témoins). **Cette différence est certainement due aux connaissances des risques du tabac pendant la grossesse.** Il est cependant à souligner que 13,1% de sages-femmes qui fument pendant la grossesse reste un chiffre élevé.

Ces chiffres sont concordants avec ceux trouvés dans un autre mémoire de sage-femme [26] qui étudiaient 76 grossesses de sages-femmes en Gironde, où le taux de tabac pendant la grossesse était de 14,5%.

b - 6) Complications

Le taux de complications des professionnelles pendant la grossesse (38,4%) est significativement plus élevé que celui des témoins (qui est de 16,2% soit $p = 0,01$)

Parmi ces complications, nous avons observé que le taux de MAP était particulièrement élevé chez les professionnelles (22,9% pour seulement 6,7% des témoins soit $p < 0,01$).

Nous pouvons avancer plusieurs explications à cette tendance :

- tout d'abord l'éventuel **impact négatif des conditions de travail et du stress sur la grossesse.** Cela corroborerait les données des l'études de MILLER NH. [10], SCHWARTZ RW [17] et sur l'enquête menée dans le Rhône [32] qui montrent que les femmes médecins plus de risques de développer une MAP que les autres femmes. Rappelons cependant que notre échantillon comporte proportionnellement peu de médecins.

- Ensuite, nous pouvons nous poser la question de l'objectivité des réponses des sages-femmes à propos de cette question : nous pouvons supposer que chaque sage-femme ayant eu des contractions avant terme aura coché dans le questionnaire « MAP » alors que pour les témoins, la complication ne sera inscrite dans le dossier médical qu'en cas de menace assez sévère. **L'effet d' « autodiagnostic »** qui n'est pas présent dans la population générale peut éventuellement expliquer ce taux élevé.

Pour les autres complications (hypertension artérielle gravidique, rupture prématurée des membranes, RCIU et diabète gestationnel) les taux sont voisins entre professionnelles et témoins. Il est donc intéressant de constater que les conditions de travail ne semblent pas influencer leur survenue. Ces résultats sont en contradiction avec les résultats obtenus dans les articles de la littérature comme dans l'étude de SAUREL-CUBIZOLLES MJ. [15] qui montrait chez le personnel hospitalier un risque augmenté de survenue d'hypertension artérielle gravidique. Ils sont aussi différents de ceux des études qui montrent plus de RCIU chez les femmes médecins ([2][14][32]).

b - 7) Hospitalisations

Bien que le taux d'hospitalisations soit augmenté chez les professionnelles (16,2% contre 12,4% chez les témoins) la différence retrouvée n'est pas significative ($p = 0,37$). De plus, nous notons que pour les deux populations, la première cause d'hospitalisation est la MAP et que rapporté à la population globale, le taux d'hospitalisation pour cette complication est identique chez les professionnelles et les témoins (5,7%). Il est donc surprenant de retrouver un taux d'hospitalisations pour MAP identique alors que les professionnelles ont significativement plus de MAP que les témoins. Deux explications opposées peuvent alors être évoquées :

- soit par le fait que **le statut de professionnelle encourage les équipes à éviter un certain nombre d'hospitalisations** : on estimera que les professionnelles sont à même de respecter au mieux les consignes de repos par exemple. Donc malgré un taux de MAP plus élevé, le taux d'hospitalisation pourrait être peu différent de la population générale.

- Il se peut aussi **que le taux de MAP sévères** (en tout cas nécessitant une hospitalisation) **soit peu différent chez les professionnelles de l'obstétrique et dans la population générale.**

b - 8) Préparation à l'accouchement

Significativement moins de professionnelles (57,1%) suivent des cours que les témoins (71,4%). Nous pouvons supposer que de par leur formation, les professionnelles et en particulier les sages-femmes connaissent pour la plupart ce que l'on apprend durant les cours et ne ressentent pas la nécessité d'en suivre.

b - 9) Conseils à suivre pendant la grossesse

Il est à noter que les conseils donnés habituellement aux patientes ne sont pas toujours bien suivis : à propos de l'alcool par exemple, 2,9% des professionnelles avouent ne pas avoir suivi du tout les conseils donnés habituellement aux patientes. Nous remarquerons que les conseils les moins bien suivis pendant la grossesse sont ceux qui concernent l'alimentation (21,1% des professionnelles ne les ont que peu ou pas suivis) et l'activité physique / le repos (33,6% des professionnelles les ont également peu ou pas suivis).

On est cependant loin des résultats obtenus par GRUNEBAUM A. [2], qui remarque que 67% des femmes gynécologues obstétriciens déclarent ne pas suivre pendant la grossesse les conseils nutritionnels et de repos qu'elles recommandent habituellement à leurs patientes.

c) L'accouchement

c - 1) Le lieu d'accouchement

Les professionnelles accouchent dans des structures de niveau I à 31,4%, de niveau II à 34,3% et de niveau III à 33,3%. Nous ne dégagons pas de tendance particulière à accoucher dans un niveau plus qu'un autre, le choix de la maternité d'accouchement reposant apparemment sur d'autres critères.

En effet nous observons dans la question suivante que la majorité des sages-femmes (72,7%) et des médecins (66,7%) choisissent d'accoucher dans la structure où elles travaillent. Pour celles qui ont choisi d'accoucher ailleurs, nous avons plusieurs types de raisons : - *les raisons matérielles* : éloignement géographique de leur lieu de travail par rapport à leur domicile, personne désignée pour l'accouchement exerçant dans une autres maternité, accouchement à domicile : 52,4% des réponses (soit 9,5% des professionnelles) ;

- *les raisons d'opposition à la maternité de travail* : pudeur vis-à-vis des collègues de travail, maternité non appréciée, incompétence du personnel médical : 47,6% des réponses (soit 8,6 % des professionnelles).

Nous remarquons que la proportion de professionnelles ne faisant pas confiance à leur maternité de travail (8,6%) est assez faible, et que **la plupart des sages-femmes et médecins préfèrent accoucher dans une structure où elles travaillent, qu'elles connaissent et avec du personnel en qui elles ont confiance.**

Nos résultats sont proches de ceux obtenus par CHAUPIN V, qui trouvait que 77,3% des sages-femmes accouchaient sur leur lieu de travail.

c - 2) L'âge gestationnel

Aucune différence significative n'a été observée quant à l'âge gestationnel à l'accouchement, même si les naissances prématurées (avant 37 SA) concernent plus les professionnelles (8,6%) que les témoins (2,9%, soit $p = 0,07$).

On ne retrouve ainsi pas les chiffres obtenus dans les études qui observaient chez les femmes médecins un nombre d'accouchement prématuré plus élevé ([10], [14], [17], [32]).

c - 3) Durée du travail

La durée du travail chez les sages-femmes et les témoins est identique (5,6 heures). Cependant la durée du travail chez les médecins étant sensiblement plus longue (11,3 heures), nous avons une durée de travail allongée chez les professionnelles (7,1 heures) qui diffère alors significativement des témoins ($p < 0,01$). Cette différence n'est cependant pas interprétable en raison de l'effectif trop faible des médecins.

Il est à noter que CHAUPIN V. avait observé un allongement du temps de travail des sages-femmes par rapport aux témoins.

c - 4) Type d'anesthésie

Les professionnelles accouchent de façon significative plus souvent sans aucune anesthésie que les témoins ($p = 0,01$). De même elles bénéficient d'anesthésies péridurales moins fréquemment ($p = 0,01$). La profession aurait ainsi un effet de

préparation à l'accouchement. Selon BEN SOUSSAN P. [20], une des théories des cours de préparation à l'accouchement est d'ailleurs que l'idée ancrée dans l'esprit de nombreuses femme « contraction = douleur » doit être déconditionnée, et que cela est possible par deux effets : d'une part quand la femme sait qu'elle va pouvoir contrôler la situation, et d'autre part parce qu'elle est moins passive, moins craintive et donc moins vulnérable. On peut donc supposer que les sages-femmes et les gynécologues obstétriciens entrent parfaitement dans ce type d'attitude, du fait de leurs connaissances.

c - 5) Regard sur le rythme cardiaque fœtal

La question qui demandait quel avait été le temps de regard sur l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal permettait de mesurer l'influence des connaissances obstétricales au moment de l'accouchement. Nous notons que peu de professionnelles ignorent l'enregistrement (comme le font les patientes d'autres professions) : seulement 28,2% des professionnelles ont un regard inexistant sur lui. Cela fait penser que même dans ce moment particulier où la professionnelle devient une patiente comme les autres, les connaissances obstétricales jouent encore un rôle.

c - 6) Personne désignée pour l'accouchement

60% des professionnelles ont voulu désigner une personne pour l'accouchement.

Pour ce qui est de la personne choisie, la répartition observée semble logique : les médecins choisissent en majorité de se faire accoucher par des médecins et les sages-femmes par des sages-femmes. On voit ainsi l'importance de la confiance que chaque corps de métier accorde à ses collègues.

Dans un article paru en 2004, PAGE L. [21] étudie l'intérêt de la continuité du soignant : connaître à l'avance la sage-femme qui vous suivra à l'accouchement a-t-il des effets bénéfiques ? Même si elle souligne la difficulté d'analyser les diverses enquêtes menées sur le sujet (dont la plupart sont des enquêtes d'opinion), il ressort de son analyse que « *les femmes apprécient cette relation spéciale de présence à leurs côtés d'une sage-femme connue [...] et insistent sur la confiance, le soutien et le réconfort que cela procure* ».

En connaissant le plus souvent l'équipe qui va les prendre en charge, les professionnelles de l'obstétrique établiront plus aisément une relation de confiance, permettant de diminuer les angoisses au moment de l'accouchement. Le dialogue sera plus aisé pour ces femmes que pour les autres et leurs demandes seront plus facilement respectées.

c - 7) Mode d'expulsion

Nous observons chez les professionnelles une plus grande proportion d'eutocie que chez les témoins. Cette différence est faible, et donc non significative ($p = 0,36$).

Le taux d'eutocie peut cependant être influencé par un phénomène exprimé par les remarques que certaines sages-femmes ont ajoutées sur les questionnaires. En effet plusieurs d'entre elles avouent avoir bénéficié d'un « traitement de faveur » de la part de l'équipe médicale. Une sage-femme raconte : *« A l'expulsion j'ai poussé pendant plus d'une heure. Si je n'avais pas été sage-femme je n'aurais pas poussé aussi longtemps et aurais eu un forceps »*. Une autre encore commente : *« La dilatation a stagné pendant quatre heures, mais avec l'accord du médecin nous avons encore attendu et j'ai finalement accouché par voie basse. Je pense qu'à quelqu'un d'autre il aurait pratiqué une césarienne »*.

CHAUPIN V. avait d'ailleurs des résultats allant dans ce sens, avec significativement plus d'accouchements eutociques chez les sages-femmes que chez les témoins. L'influence de la profession sur l'accouchement est donc probable, par une différence dans les pratiques du personnel médical vis-à-vis de ces patientes. Ces résultats nous permettent en tout cas d'aller à l'encontre de la croyance populaire selon laquelle les sages-femmes sont un groupe à haut risque de dystocie.

Nous remarquons que parmi les professionnelles, les résultats entre sages-femmes et médecins diffèrent beaucoup. Cette différence n'est cependant pas exploitable du fait du trop faible nombre de médecins inclus dans l'enquête.

c - 8) Etat périnéal

Pour les résultats concernant l'état périnéal, nous observons que la différence n'est pas significative pour les périnéés intacts ($p = 0,13$), déchirures simples ($p = 0,27$) et les périnéés complets ($p = 0,72$). Elle l'est cependant pour le taux d'épisiotomies qui est supérieur pour les professionnelles (68,8%) à celui des témoins (54,4%, soit $p = 0,048$). Ce résultat est surprenant car nous aurions supposé que les accoucheurs ou accoucheuses essaieraient le plus possible d'éviter la pratique de l'épisiotomie pour le périnée d'une collègue.

On peut alors penser que les accoucheurs ou accoucheuses redoutant une déchirure grave du périnée pour une collègue ont tendance à pratiquer une épisiotomie plus facilement que pour une autre patiente (bien qu'il soit aujourd'hui reconnu par le Collège National des Gynécologues Obstétriciens que l'épisiotomie ne préserve pas des déchirures de grade III et IV du périnée, [30]). On peut aussi penser que l'épisiotomie sera réalisée plus facilement pour une collègue, l'accoucheur croyant raccourcir le temps d'expulsion par la réalisation de ce geste...

Notre résultat contredit ainsi les résultats trouvés dans l'enquête de CHAUPIN V. qui avait au contraire significativement moins d'épisiotomies et périnéotomies chez les sages-femmes que chez les témoins.

L'influence de la profession sur l'état périnéal n'est donc pas due à une particularité de la parturiente mais à la différence des pratiques quand on accouche une professionnelle de l'obstétrique. Ces pratiques semblent avoir curieusement évoluées en une quinzaine d'années, mais seule une étude plus approfondie permettrait d'en savoir plus.

d) L'enfant

Chez le nouveau-né, aucune différence significative n'a été mise en évidence : ni le poids ne change, ni la taille, ni le score d'Apgar, ni le taux de transferts à la naissance. Ces résultats, à propos du poids, sont ainsi différents de ceux des études décrivant des enfants significativement de plus petit poids chez les femmes médecins ([14], [32]). Rappelons cependant que notre échantillon contient une majorité de sages-femmes, et non des médecins comme dans ces études.

e) Le séjour en unité mère-enfant

e - 1) Durée du séjour

La durée moyenne du séjour chez les professionnelles et les témoins ne diffère pas significativement ($p = 0,58$). Nous pouvons en déduire que malgré leur statut de professionnelles, les sages-femmes et médecins restent un temps équivalent à celui de la population générale à la maternité.

e - 2) Allaitement

- Taux d'allaitement maternel

Notre étude indique que les professionnelles choisissent plus souvent l'allaitement maternel que les témoins ($p = 0,01$), comme l'avait indiquée l'enquête de CHAUPIN V. On peut éventuellement expliquer ce choix par l'impact de la formation et de la profession : **les connaissances sur les bénéfices de l'allaitement maternel et le fait de côtoyer des femmes allaitantes au quotidien semblent inciter les sages-femmes et médecins à allaiter leur enfant.** Ce choix est d'autant plus important qu'il aura un impact dans les pratiques futures des professionnelles et en particulier des sages-femmes, qui font partie des acteurs principaux de la réussite d'un allaitement maternel.

- Durée de l'allaitement maternel

La durée de l'allaitement maternel étant une donnée inconnue au moment de la rédaction du dossier obstétrical, nous n'avons pas pu la comparer à celle des témoins. Cependant comme il nous a semblé particulièrement intéressant de comparer nos données avec celles de la population générale, nous avons créé le graphique suivant, qui indique la fréquence de l'allaitement maternel selon l'âge du nourrisson (en semaines) parmi les femmes ayant débuté un allaitement au sein.

La série qui nous sert d'étude témoin est issue de l'article de LELONG N. [6] qui étudie la durée de l'allaitement maternel en France.

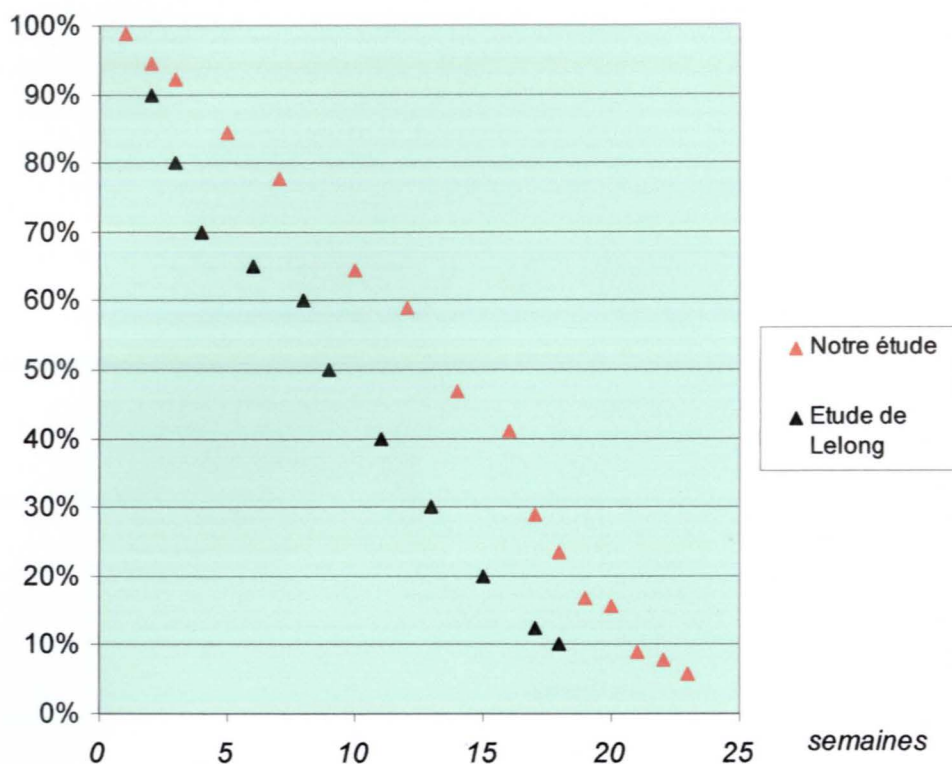


Figure 21 : Fréquence de l'allaitement maternel en fonction de l'âge du nourrisson parmi les femmes ayant débuté un allaitement maternel

D'après ce graphique, la durée correspondant à un arrêt de 50% des allaitements au sein se situe aux environs de 9 semaines pour les témoins et de 14 semaines chez les professionnelles.

Bien que ces données ne soient pas basées sur une population témoin, la durée de l'allaitement maternel semble sensiblement plus longue chez les professionnelles que chez les témoins. Les connaissances que possèdent les professionnelles dans ce domaine peuvent en effet être une aide et permettraient d'éviter un certain nombre d'erreurs, favorisant ainsi la longueur de l'allaitement maternel.

e - 3) Présence de l'équipe

Cette question visait à mettre en évidence les besoins des professionnelles quant à la présence de l'équipe en unité mère-enfant.

Les résultats nous indiquent que 100% des médecins et 74,8% des sages-femmes ont jugé l'équipe « assez présente ». La majorité des professionnelles estime donc que l'équipe a répondu à leurs attentes. Cependant 21,2% des sages-femmes l'ont jugée « pas assez présente ». Ce phénomène pourrait s'expliquer par le fait que l'équipe aurait parfois tendance à considérer la patiente avant tout comme une professionnelle et non comme une mère comme les autres. Une sage-femme précise : « *Je n'étais pas considérée comme une maman mais comme une sage-femme* ». Une autre témoigne : « *J'ai eu le sentiment que l'équipe pensait que je savais tout et que je parvenais à me débrouiller pour tout, ce qui n'était vraiment pas le cas* ». Inversement, 4% des professionnelles ont jugé l'équipe « trop présente ». Ce phénomène serait plutôt dû aux visites de convenance et à une omniprésence des collègues de travail tenant à venir féliciter la jeune accouchée.

e - 4) Le baby blues et la dépression

■ La détresse psychologique des femmes durant le post-partum appelée « post-partum blues » ou plus communément « baby blues » a été décrite comme un « *changement d'humeur transitoire qui se produit durant les tout premiers jours après l'accouchement* » [21]. C'est une donnée subjective inquantifiable et difficile à évaluer. C'est cependant un phénomène fréquent, qui selon les études concerne 30 à 80% des femmes. 55,2% des professionnelles déclarent avoir ressenti un épisode de baby blues suite à leur accouchement. Bien que le baby blues soit un critère difficilement mesurable, il semble que ce taux soit proche de celui de la population générale.

■ Pour ce qui est de la dépression suite à l'accouchement, nous savons qu'elle touche en France environ 10 à 15 % des mères [21]. Le taux obtenu de 13,3% pour les professionnelles semble aussi proche de celui de la population générale. Les modifications induites dans le post-partum qui sont souvent à l'origine de ces dérèglements de l'humeur ne semblent donc pas majorées ou minorées par le statut de professionnelle de l'obstétrique.

f) La grossesse et l'exercice professionnel

f - 1) Aménagements d'horaires

Le chapitre concernant les aménagements d'horaire pendant la grossesse visait à évaluer les conditions de travail des professionnelles.

Nous remarquerons que seulement 28,7% des professionnelles travaillant en maternité ont pu bénéficier d'un aménagement d'horaire pendant la grossesse, ce qui est peu.

f - 2) Entourage par le personnel hospitalier

Cette question visait à savoir si les professionnelles s'étaient senties particulièrement entourées du fait de leur profession, et si elles avaient eu le sentiment de bénéficier d'un « traitement de faveur » de la part du personnel, en salle d'accouchement et en unité mère-enfant.

Plus de professionnelles (78,4%) ont répondu positivement à cette question pour la salle d'accouchement que pour l'unité mère-enfant (53,9%), mais la majorité des professionnelles estime avoir bénéficié de leur statut pour l'encadrement à la maternité.

g) Influence de la profession sur la maternité : aspect psychologique

g - 1) Pendant la grossesse

Nous avons demandé aux professionnelles si le fait d'être médecin ou sage-femme pendant la grossesse les avait plutôt angoissées, rassurées ou n'avait eu aucune influence.

Les médecins ont trouvé cela rassurant à 50% et sans influence à 50%. Chez les sages-femmes, l'influence est différente : elles ont trouvé cela rassurant à 55,5%, angoissant à 33,3% et sans influence à seulement 11,1%.

Les connaissances obstétricales sont donc souvent une aide pendant la grossesse, elles permettent d'éviter les angoisses dues à l'inconnu. Inversement mais plus rarement, elles peuvent être angoissantes : la connaissance du pire a provoqué des angoisses qui n'auraient peut-être pas émergé sans cette connaissance.

g - 2) A l'accouchement

A l'accouchement, la tendance s'accroît encore : les connaissances ont été plutôt une aide pour 67,7% des sages-femmes et 66,7% des médecins. Seules 11,1% des sages-femmes ont trouvé qu'elles pouvaient être une difficulté.

La tendance semble ainsi montrer que les connaissances obstétricales influencent souvent le vécu de l'accouchement, et majoritairement dans le sens d'une aide.

h) **Influence de la maternité sur l'exercice professionnel**

Nous avons enfin demandé aux professionnelles si la maternité influençait par la suite la façon de travailler. Cela visait à mesurer l'impact de la maternité sur les pratiques professionnelles.

D'après les résultats, nous remarquons que :

- les médecins déclarent à 50% que cela a influencé un peu leur façon de travailler, contre 33,3% sans influence ;

- les sages-femmes déclarent quant à elles seulement à 10,1% que cela ne les a pas influencées et l'item majoritairement choisi a été l'item « beaucoup ».

Nous voyons donc que la maternité a semble-t-il influencé par la suite la façon de travailler des sages-femmes et médecins, elle est rarement restée sans impact.

Chaque sage-femme et chaque médecin sera sensibilisée à certains sujets plus qu'à d'autres suite à sa maternité. La dernière question du questionnaire demandait quels avaient été ces sujets.

Seules deux médecins ont répondu à cette question ouverte, pour 95 sages-femmes. Nous voyons donc que les sujets principaux sont au cœur des préoccupations quotidiennes des sages-femmes (l'allaitement maternel, la gestion de la douleur, le séjour en unité mère enfant, la position d'accouchement). La maternité permet une réflexion sur l'exercice quotidien des sages-femmes, qui réalisent mieux l'importance et l'impact de leurs actes auprès des patientes.

Les réponses sont aussi variées qu'il y a de professionnelles, cependant dans une grande majorité d'entre elles, les sages-femmes précisent leur nouvelle capacité d'adaptation et de respect de désir des patientes, quelque soit le domaine concerné (gestion de la douleur, accueil du nouveau-né, position d'accouchement...). Elles sont beaucoup plus sensibilisées aux désirs des couples, plusieurs sages-femmes avouent être devenues moins « directives », se mettant plus en retrait, tout en assurant cependant la sécurité des patientes.

Conclusion

Notre étude avait pour but de tester certaines hypothèses quant à l'accouchement des sages-femmes et des femmes gynécologues obstétriciens. Les réponses peuvent être résumées de la façon suivante :

➤ *Ces professions sont-elles un facteur de risque de MAP, d'accouchements prématurés et de RCIU ?*

Notre étude met en évidence un âge maternel plus élevé que la population témoin, avec notamment plus de premières grossesses après 35 ans, ce qui est un facteur de risque de survenue d'accouchements prématurés et de RCIU [19].

Notre étude met en évidence un taux de MAP élevé chez les professionnelles de l'obstétrique, mais peu de MAP sévères (les taux d'hospitalisation et d'accouchements prématurés étant peu différents des témoins).

Elle ne met pas non plus en évidence un taux plus élevé de RCIU chez les professionnelles.

➤ *Les connaissances obstétricales ont-elles une influence sur le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum ?*

Au cours de la maternité, les connaissances obstétricales permettent :

- de limiter le nombre de consultations par rapport à la population générale ;
- de diminuer le taux de professionnelles fumant pendant la grossesse ;
- de choisir la personne par qui l'on désire être accouché ;
- de diminuer le taux d'anesthésie péridurale, par un effet probable de préparation optimal à l'accouchement (ce qui explique aussi le taux diminué de cours de préparation à l'accouchement) ;
- d'augmenter le taux et la durée de l'allaitement maternel.

➤ *Existe-t-il une différence des pratiques par les équipes prenant en charge ces femmes ?*

- le taux d'épisiotomies est significativement augmenté chez les professionnelles par rapport aux témoins ;
- l'entourage par le personnel hospitalier est différent et semble particulièrement attentif à l'encadrement et aux attentes des professionnelles.

➤ *La maternité influence-t-elle par la suite la façon de travailler ?*

Cette influence semble effectivement importante et concerne de nombreux domaines qui sont difficilement quantifiables tant la variabilité individuelle est grande. Les pratiques professionnelles seront de toute façon influencées par de nombreux facteurs extérieurs apparaissant au cours de la vie et souvent inconscients tels que l'éducation, la religion, la vie personnelle, l'expérience professionnelle... La maternité est un de ces facteurs, mais n'est évidemment pas un passage obligé pour toute bonne sage-femme ou tout bon gynécologue obstétricien : on pourra excellemment exercer son métier en restant nullipare ou tout simplement en étant un homme. On est loin de l'époque où Justine Siegemundin [22], sage-femme allemande du dix-septième siècle, avait failli ne pas être nommée à l'office de sage-femme municipale de Leignitz pour la simple raison qu'elle-même n'avait pas d'enfant...

Nous déplorons le manque actuel de données médicales concernant les populations de sages-femmes et femmes gynécologues obstétriciens. Nous pensons qu'il serait intéressant de mener une étude de plus grande envergure, pour déterminer par exemple l'impact véritable des conditions de travail sur le taux de MAP et d'accouchements prématurés. Ces éventuelles données pourraient nous indiquer si les sages-femmes et les femmes gynécologues obstétriciens doivent être considérées comme des femmes à risques d'accouchement prématuré pour permettre une prise en charge adaptée.

Bibliographie

Articles

- [1] Dole N, Savitz D, Hertz-Picciotto I, Siega-Riz A, McMahon MJ, Buekens P : Maternal stress and preterm birth. *Am J Epidemiol.* 2003 Jan 1;157(1):14-24
- [2] Grunebaum A, Minkoff H, Blake D : Pregnancy among obstetricians : a comparison of births before, during and after residency. *Am J Obstet Gynecol.* 1987 Jul;157(1):79-83
- [3] Hartikainen-Sorri AL, Sorri M : Occupational and socio-medical factors in preterm birth. *Obstet Gynecol.* 1989;74:13-16
- [4] Katz VL, Jenkins T, Haley L, Bouves WA : Catecholamine levels in pregnant physicians and nurses : a pilot study of stress and pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1991 Mar;77(3):338-342
- [5] Katz VL, Miller NH, Bowes WA Jr : Pregnancy complications of physicians. *West J Med.* 1988 Dec;149(6):704-707
- [6] Lelong N, Saurel-Cubizolles MJ, Bouvier-Colle MH, Kaminski M : Durée de l'allaitement maternel en France. *Archives de pédiatrie.* 2000 Mai;39(9):35-39
- [7] Luke B, Mamelle N, Keith L, Munoz F, Minogue J, Papiernik E : The association between occupational factors and preterm birth : A United States nurses' study. *Am J Obstet Gynecol.* 1995;173:849-962
- [8] Manshande JP, Eeckels R, Manshande-Desmet V, et al : Rest Versus heavy work during the last week of pregnancy : Influence on fetal growth. *Br J Obstet Gynaecol* 1987;94:1059-1067
- [9] Mc Donald AP, Mc Donald JC, Armstrong B, et al : occupation and pregnancy outcome. *Br J Ind Med* 1987;44:521-526

- [10] Miller NH, Katz VL, Cefalo RC : Pregnancies among physicians. A historical cohort study. *J Reprod Med.* 1989 Oct;34(10):790-796
- [11] Misra DP, Strobilo DM, Stashintio EE, Noge DA, Nanda J : Effects of physical activity on preterm birth. *Am J Epidemiol.* 1998;147:628-635
- [12] Mozurkewich EL, B, Avni M, Wolf FM : Working conditions and adverse pregnancy outcome : a meta analysis. *Obstet Gynecol.* 2000 Apr;95(4):623-635
- [13] Naeye RL, Peters EC : Working during pregnancy : effects on the foetus. *Pediatrics.* 1982 Jun;69(6):724-727
- [14] Ortayli N, Ozugurlu M, Gokcay G : Female health workers : an obstetric risk group. *International Journal of Gynecology and Obstetrics.* 1996 Sep;53(3): 263-270
- [15] Saurel-Cubizolles MJ, Kaminski M, Du Mazaubrun C, Llado J, Estr Behar M : High blood pressure during pregnancy and working conditions among hospital personnel. *Eur J Obstet Gynecol Repod Biol.* 1991 Jun 5;40(1):29-34
- [16] Saurel-Cubizolles MJ, Llado-Arkhipoff J, Du Mazzaubr R, Estryr-BeharM, Berthier C, Mouchet M, Kelifa C : Pregnancy and its outcomes among hospital personnel according occupation and working conditions. *J Epidemiol Community Health.* 1985 Jun;39(2):129-134
- [17] Schwartz RW : Pregnancy in physicians-characteristics and complications. *Obstet Gynecol.* 1985;66:672-676
- [18] Timio M, Gentili S, Pede S : Free adrenaline and noradrenaline excretion related to occupational stress. *Br Heart J.* 1979;42:471-474
- [19] Ziadeh SM : Maternal and perinatal outcome in nulliparous women aged 35 and older. *Gynecol Obstet Invest.* 2002;54(1):6-10

Ouvrages

- [20] Ben Soussan P : La grossesse n'est pas une maladie. Edition Syros, 2000
- [21] Guillaumont C. (sous la direction de) : Les troubles psychiques précoces du post-partum. Edition Erès, 2002
- [22] Leroy F : Histoire de naître, de l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé. Edition DeBoeck, 2002
- [23] Page LA : Le nouvel art de la sage-femme, science et écoute mises en pratique. Edition Elsevier, 2004

Mémoires

- [24] Chaupin V : Grossesse et accouchement chez les sages-femmes. Ecole de sage-femme de Grenoble, 1992
- [25] Duguy A : La sage-femme et sa propre grossesse. Ecole de sage-femme de Nîmes, 2001
- [26] Eyquem S, Gensus C : La sage-femme : influence de sa profession sur sa grossesse, son accouchement et son post-partum. Ecole de sage-femme de Bordeaux, 1997

Sites Internet

- [27] Assurance Maladie En Ligne. www.ameli.fr
- [28] Blondel B, Supernant K, Du Mazaubrun C, Bréart G : Enquête Nationale de Périnatalité 2003. www.sante.gouv.fr

[29] Code de Santé Publique. www.legifrance.gouv.fr

[30] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français : Que reste-t-il des bénéfices supposés de l'épisiotomie « libérale » ? www.cngof.asso.fr

[31] Effectifs des sages-femmes en France. www.ordre-sages-femmes.fr

[32] Fédération Française des Médecins Généralistes : La grossesse chez les femme médecins. www.medsyn.fr

[33] Institut National de Statistiques Et des Etudes. www.insee.fr

[34] Institut National d'Etudes Démographiques. www.ined.fr

[35] Midy F, Condinguy S, Delamaire M-L : La profession de sage-femme : trajectoires, activités et conditions de travail. www.irdes.fr

Table des matières

Liste des abréviations.....	1
Introduction.....	2
I Les apports théoriques.....	3
1) Sages-femmes et gynécologues obstétriciens : points communs et différences.....	4
2) Les femmes médecins : un groupe à risque.....	4
2 - a) Etudes réalisées sur les femmes médecins	4
2 - b) Etudes réalisées sur les femmes gynécologues obstétriciens.	6
2 - c) Pourquoi les femmes médecins sont elles une population à risques ?	7
3) Etudes réalisées sur les sages-femmes.....	11
II L'enquête.....	13
1) Matériel et méthodes.....	14
a) Matériel de l'étude.....	14
a - 1) Type d'étude.....	14
a - 2) Elaboration des questionnaires et prétests.....	14
a - 3) Envoi des questionnaires.....	14
a - 4) Choix de la population étudiée.....	15
a - 5) La population témoin.....	16
b) Critères de jugement.....	16

2) Résultats.....	19
a) Taux de réponse.....	19
b) La population médicale.....	19
b - 1) Nombre d'enfants.....	19
b - 2) Mode de travail au moment de la grossesse	20
c) La grossesse.....	21
c - 1) Age au moment de la grossesse.....	21
c - 2) Catégorie professionnelle chargée du suivi de la grossesse.....	21
c - 3) Nombre de consultations.....	22
c - 4) Echographies.....	22
c - 5) Tabac.....	22
c - 6) Complications.....	23
c - 7) Hospitalisations.....	24
c - 8) Préparation à l'accouchement.....	25
c - 9) Conseils.....	25
d) L'accouchement.....	26
d - 1) Lieu d'accouchement.....	26
d - 2) Age gestationnel à l'accouchement.....	27
d - 3) Mode de déclenchement du travail.....	27
d - 4) Durée du travail.....	28
d - 5) Type d'anesthésie.....	28
d - 6) Regard sur le rythme cardiaque fœtal.....	29
d - 7) Personne désignée pour l'accouchement.....	29
d - 8) Mode d'expulsion.....	30
d - 9) Etat périnéal.....	31

e) L'enfant.....	32
e - 1) Poids.....	32
e - 2) Taille.....	32
e - 3) Score d'Apgar.....	32
e - 4) Taux de transferts à la naissance.....	32
f) Le séjour en unité mère-enfant.....	33
f - 1) Durée du séjour.....	33
f - 2) Allaitement.....	33
f - 3) Présence de l'équipe.....	34
f - 4) Baby blues.....	34
f - 5) Dépression.....	35
g) La grossesse et l'exercice professionnel.....	35
g - 1) Durée du congé prénatal.....	35
g - 2) Durée du congé postnatal.....	35
g - 3) Aménagement d'horaire.....	36
g - 4) Entourage par le personnel hospitalier.....	36
h) Influence de la profession sur la maternité, aspect psychologique.....	37
h - 1) Pendant la grossesse.....	37
h - 2) A l'accouchement.....	37
i) Influence de la maternité sur l'exercice professionnel.....	38
i - 1) Les modifications dans la façon de travailler.....	38
i - 2) Les domaines les plus évoqués.....	38

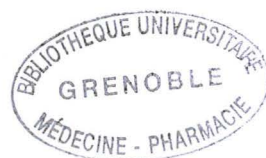
III	Discussion.....	39
1)	Fiabilité des résultats.....	40
2)	Discussion des résultats.....	41
	a) La population médicale.....	41
	a - 1) Nombre d'enfants.....	41
	a - 2) Mode de travail.....	41
	b) La grossesse.....	42
	b - 1) Age au moment de la grossesse.....	42
	b - 2) Catégorie professionnelle chargée du suivi de la grossesse.....	42
	b - 3) Nombre de consultations.....	42
	b - 4) Echographies.....	43
	b - 5) Tabac.....	44
	b - 6) Complications.....	44
	b - 7) Hospitalisations.....	45
	b - 8) Préparation à l'accouchement.....	45
	b - 9) Conseils à suivre pendant la grossesse.....	46
	c) L'accouchement.....	46
	c - 1) Le lieu d'accouchement.....	46
	c - 2) L'âge gestationnel.....	47
	c - 3) Durée du travail.....	47
	c - 4) Type d'anesthésie.....	47
	c - 5) Regard sur le rythme cardiaque fœtal.....	48
	c - 6) Personne désignée pour l'accouchement.....	48
	c - 7) Mode d'expulsion.....	49
	c - 8) Etat périnéal.....	50

d) L'enfant.....	50
e) Le séjour en unité mère-enfant.....	51
e - 1) Durée du séjour.....	51
e - 2) Allaitement.....	52
e - 3) Présence de l'équipe.....	53
e - 4) Le baby blues et la dépression.....	53
f) La grossesse et l'exercice professionnel.....	54
f - 1) Aménagement d'horaire.....	54
f - 2) Entourage par le personnel hospitalier.....	54
g) Influence de la profession sur la maternité : aspect psychologique.....	54
g - 1) Pendant la grossesse.....	54
g - 2) A l'accouchement.....	55
h) Influence de la maternité sur l'exercice professionnel.....	55
Conclusion.....	57
Bibliographie.....	58
Table des matières.....	64
Annexes.....	69

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire pour les sages-femmes

Annexe 2 : Questionnaire pour les médecins



Annexe 1

Bonjour,

Je m'appelle Elodie Wennagel et je suis élève à l'école de sage-femme de Grenoble. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, j'ai décidé d'étudier la grossesse et l'accouchement des sages-femmes et des femmes gynécologues obstétriciens : l'influence de leur profession sur leur grossesse et inversement l'influence de leur grossesse sur leur profession. Pour cela, j'ai entrepris une étude par questionnaires envoyés à toutes les sages-femmes et toutes les femmes gynécologues obstétriciens de l'Isère. Afin de mener mon étude à bien, il m'est nécessaire de récolter un maximum de témoignages, c'est pourquoi je vous demande de bien vouloir répondre au questionnaire suivant. *Cela ne vous prendra que quelques minutes, mais vos réponses me seront d'une aide indispensable.* Bien sûr ces questionnaires sont étudiés de manière anonyme.
Je vous remercie par avance.

1 - Si vous avez accouché pour la première fois après le 31 / 12 / 1989, merci de répondre à l'intégralité du questionnaire. Nous nous intéresserons donc à votre **premier accouchement**.

2 - Si vous avez accouché pour la première fois avant le 01 / 01 / 1990, si vous n'avez pas d'enfant ou si vous avez eu votre premier enfant avant d'être diplômée (même pendant les études), je vous remercie de remplir les deux dernières questions du questionnaire seulement.

Merci de me renvoyer le questionnaire à l'aide de l'enveloppe ci-jointe.

VOTRE GROSSESSE

- 1 - Gestité _____ Parité _____
- 2 - Votre grossesse a été suivie par :
- un médecin généraliste
- un gynécologue
- une sage-femme
- autre (préciser) _____
- 3 - De combien de consultations prénatales avez-vous bénéficié ? _____
- 4 - De combien d'échographies avez-vous bénéficié ? _____
- Si ce nombre est supérieur à trois, y avait-il des raisons médicales aux échographies supplémentaires ?
Oui
Non
- 5 - Quel âge aviez-vous au moment de la grossesse ? _____
- 6 - Avez-vous fumé pendant votre grossesse ? Oui
Non

7 - Avez-vous présenté une des pathologies suivantes pendant votre grossesse ?

- menace d'accouchement prématuré
- rupture prématurée des membranes
- hypertension artérielle gravidique
- retard de croissance in utéro
- diabète gestationnel
- autre (préciser) _____

8 - Avez-vous été hospitalisée pendant votre grossesse ? Non
Oui

Quel était alors le terme ? (en SA) _____

Quelles en étaient les raisons médicales ? _____

9 - Avez-vous suivi des cours de préparation à l'accouchement ? Oui
Non

10 - Avez-vous eu le sentiment d'avoir suivi les conseils que vous prodiguez habituellement à vos patientes concernant :

	Le tabac	L'alcool	L'alimentation	L'activité physique / le repos
Pas du tout				
Un peu				
Beaucoup				
Complètement				

VOTRE PREMIER ACCOUCHEMENT

11 - Quelle était la date de votre premier accouchement ? _____

12 - Pouvez-vous préciser quel était alors l'âge gestationnel (en SA) ?

- < à 34 SA
- 34 à 37 SA
- 37 à 41 SA
- > à 41 SA

13 - Le déclenchement du travail était-il Spontané
Artificiel

Si le déclenchement du travail était artificiel, quelle en était la raison ? _____

14 - Combien de temps le travail a-t-il duré (en heures) ? (le critère de travail étant un col effacé à 2 cm)

15 - Avez-vous bénéficié d'une analgésie pendant le travail ?

Oui

Non

Si oui, était-ce : Une analgésie péridurale

Une rachi-anesthésie

Une anesthésie générale

Une analgésie des nerfs honteux

Autre (précisez) _____

16 - Avez-vous bénéficié d'un enregistrement du rythme cardiaque fœtal continu pendant le travail ?

Oui

Non

Si oui, votre regard sur le monitoring était-il : - constant

- intermittent

- inexistant

Si vous avez regardé l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal, cela vous a-t-il plutôt :

- rassurée

- angoissé

- cela n'a eu aucune influence

17 - Avant votre accouchement, aviez-vous désigné la personne par qui vous vouliez être accouché ?

Oui

Non

Enfin, avez-vous été accouché par la personne de votre choix ?

Oui

Non

18 - Le mode d'expulsion a-t-il été : - eutocique
- dystocique

Si votre accouchement a été dystocique, était-ce :

- une extraction instrumentale

- une césarienne en urgence

- une césarienne prophylactique

Pouvez-vous alors en préciser la cause ? _____

19 - Quel était votre état périnéal après l'accouchement :

- périnée intact
- épisiotomie ou périnéotomie
- déchirure simple
- périnée complet
- périnée compliqué

20 - A propos de votre enfant :

- Combien votre enfant pesait-il à la naissance (en g) ? _____
- Combien votre enfant mesurait-il à la naissance (en cm) ? _____
- Quel était le score d'Appgar de votre enfant à la naissance ?

À 1 minute de vie	À 3 minutes de vie	À 5 minutes de vie	À 10 minutes de vie

- Pouvez-vous préciser la valeur du pH au cordon ? _____
- Votre enfant a-t-il été transféré immédiatement après la naissance ? Oui
Non

VOS SUITES DE COUCHES

21 - Quel a été la durée de votre séjour à la maternité ? _____

22 - Avez-vous subi des complications médicales particulières pendant votre séjour ?

Non

Oui (précisez) _____

23 - Quel mode d'allaitement avez-vous choisi ?

Allaitement maternel

Allaitement artificiel

Allaitement mixte

Si vous avez choisi un allaitement maternel, combien de temps avez-vous allaité majoritairement votre enfant ? _____

Si vous avez préféré l'allaitement artificiel ou mixte était-ce :

- par choix personnel
- par obligation (exemple : enfant de petit poids, mutation en néonatalogie...)

24 - Comment avez-vous estimé la présence de la part de l'équipe en suite de couche ?

Pas assez présent

Assez présent

Trop présent

25 - Pensez-vous avoir ressenti un baby blues dans les semaines suivant votre accouchement ?

Non

Oui

Si oui, pouvez-vous en préciser la durée : _____

26 - Pensez vous avoir subit un réel épisode dépressif suite à votre accouchement ?

Oui

Non

VOTRE EXERCICE PROFESSIONNEL

27 - A l'époque de votre premier accouchement, vous travailliez :

- en milieu hospitalier

- en clinique

- en libéral

- autre (précisez) _____

28 - Si vous travailliez dans une maternité, avez-vous accouché dans la structure ou vous travailliez ?

Oui

Non

Si non, veuillez préciser la raison : _____

Si oui, pensez-vous que le fait de connaître les locaux et l'équipe a été un élément rassurant ?

Oui

Non

Pouvez-vous préciser le niveau de la maternité dans laquelle vous avez accouché (I, II ou III) : _____

29 - Quel a été la durée de votre congé prénatal ? _____

30 - Quel a été la durée de votre congé postnatal ? _____

31 - Avez-vous bénéficié d'un aménagement d'horaire pendant votre grossesse ?

Oui

Non

32 - Pensez-vous avoir été particulièrement entourée par l'équipe du fait de votre profession ?

	En salle d'accouchement	En suite de couche
OUI		
NON		

33 - Lors de votre grossesse, pensez-vous que le fait d'être sage-femme vous a plutôt :

- angoissée : vos connaissances obstétricales ont eu un effet anxiogène
- rassurée : vos connaissances obstétricales ont supprimé d'éventuelles peurs
- n'a eu aucune influence

34 - A propos du vécu de votre accouchement, avez-vous le sentiment que vos connaissances obstétricales et l'exercice de votre profession ont été plutôt :

- une aide
- une difficulté
- n'ont eu aucune influence

35 - Votre accouchement a-t-il par la suite modifié votre façon de travailler ?

- complètement
- beaucoup
- un peu
- pas du tout

36 - Sur quelle(s) attitude(s) envers les patientes ces changements ont-ils portés ? (plusieurs choix possibles) :

- la patience
- l'écoute
- la compréhension
- l'accompagnement

37 - Existe-t-il un domaine dans lequel vous vous sentez particulièrement sensibilisé depuis votre accouchement ? (répondre en quelques mots SVP) _____

QUESTIONS GENERALES

38 - Quel âge avez-vous ? _____

39 - Combien d'enfants avez-vous à ce jour ? _____

Je vous remercie encore de votre collaboration.

Annexe 2

Bonjour,

Je m'appelle Elodie Wennagel et je suis élève à l'école de sage-femme de Grenoble. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, j'ai décidé d'étudier la grossesse et l'accouchement des sages-femmes et des femmes gynécologues obstétriciens : l'influence de leur profession sur leur grossesse et inversement l'influence de leur grossesse sur leur profession. Pour cela, j'ai entrepris une étude par questionnaires envoyés à toutes les sages-femmes et toutes les femmes gynécologues obstétriciens de l'Isère. Afin de mener mon étude à bien, il m'est nécessaire de récolter un maximum de témoignages, c'est pourquoi je vous demande de bien vouloir répondre au questionnaire suivant. *Cela ne vous prendra que quelques minutes, mais vos réponses me seront d'une aide indispensable.* Bien sûr ces questionnaires sont étudiés de manière anonyme.
Je vous remercie par avance.

1 - Si vous avez accouché pour la première fois après le 31 / 12 / 1989, merci de répondre à l'intégralité du questionnaire. Nous nous intéresserons donc à votre **premier accouchement**.

2 - Si vous avez accouché pour la première fois avant le 01 / 01 / 1990, si vous n'avez pas d'enfant ou si vous avez eu votre premier enfant avant le début de l'internat, je vous remercie de remplir les deux dernières questions du questionnaire seulement.

Merci de me renvoyer le questionnaire à l'aide de l'enveloppe ci-jointe.

VOTRE GROSSESSE

- 1 - Gestité _____ Parité _____
- 2 - Votre grossesse a été suivie par :
- un médecin généraliste
- un gynécologue
- une sage-femme
- autre (préciser) _____
- 3 - De combien de consultations prénatales avez-vous bénéficié ? _____
- 4 - De combien d'échographies avez-vous bénéficié ? _____
- Si ce nombre est supérieur à trois, y avait-il des raisons médicales aux échographies supplémentaires ?
Oui
Non
- 5 - Quel âge aviez-vous au moment de la grossesse ? _____
- 6 - Avez-vous fumé pendant votre grossesse ? Oui
Non

7 - Avez-vous présenté une des pathologies suivantes pendant votre grossesse ?

- menace d'accouchement prématuré
- rupture prématurée des membranes
- hypertension artérielle gravidique
- retard de croissance in utéro
- diabète gestationnel
- autre (préciser) _____

8 - Avez-vous été hospitalisée pendant votre grossesse ? Non

Oui

Quel était alors le terme ? (en SA) _____

Quelles en étaient les raisons médicales ? _____

9 - Avez-vous suivi des cours de préparation à l'accouchement ? Oui

Non

10 - Avez-vous eu le sentiment d'avoir suivi les conseils que vous prodiguez habituellement à vos patientes concernant :

	Le tabac	L'alcool	L'alimentation	L'activité physique / le repos
Pas du tout				
Un peu				
Beaucoup				
Complètement				

VOTRE PREMIER ACCOUCHEMENT

11 - Quelle était la date de votre premier accouchement ? _____

12 - Pouvez-vous préciser quel était alors l'age gestationnel (en SA) ?

- < à 34 SA
- 34 à 37 SA
- 37 à 41 SA
- > à 41 SA

13 - Le déclenchement du travail était-il Spontané

Artificiel

Si le déclenchement du travail était artificiel, quelle en était la raison ? _____

14 - Combien de temps le travail a-t-il duré (en heures) ? (le critère de travail étant un col effacé à 2 cm)

15 - Avez-vous bénéficié d'une analgésie pendant le travail ?

Oui

Non

Si oui, était-ce : Une analgésie péridurale

Une rachi-anesthésie

Une anesthésie générale

Une analgésie des nerfs honteux

Autre (précisez) _____

16 - Avez-vous bénéficié d'un enregistrement du rythme cardiaque fœtal continu pendant le travail ?

Oui

Non

Si oui, votre regard sur le monitoring était-il : - constant

- intermittent

- inexistant

Si vous avez regardé l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal, cela vous a-t-il plutôt :

- rassurée

- angoissé

- cela n'a eu aucune influence

17 - Avant votre accouchement, aviez-vous désigné la personne par qui vous vouliez être accouché ?

Oui

Non

Si oui, était-ce :

Un médecin

Une sage-femme

18 - Le mode d'expulsion a-t-il été : - eutocique

- dystocique

Si votre accouchement a été dystocique, était-ce :

- une extraction instrumentale

- une césarienne en urgence

- une césarienne prophylactique

Pouvez-vous alors en préciser la cause ? _____

19 - Quel était votre état périnéal après l'accouchement :

- périnée intact
- épisiotomie ou périnéotomie
- déchirure simple
- périnée complet
- périnée compliqué

20 - A propos de votre enfant :

- Combien votre enfant pesait-il à la naissance (en g) ? _____
- Combien votre enfant mesurait-il à la naissance (en cm) ? _____
- Quel était le score d'Apgar de votre enfant à la naissance ?

À 1 minute de vie	À 3 minutes de vie	À 5 minutes de vie	À 10 minutes de vie

- Pouvez-vous préciser la valeur du pH au cordon ? _____
- Votre enfant a-t-il été transféré immédiatement après la naissance ?
Oui
Non

VOS SUITES DE COUCHES

21 - Quel a été la durée de votre séjour à la maternité ? _____

22 - Avez-vous subi des complications médicales particulières pendant votre séjour ?

Non

Oui (précisez) _____

23 - Quel mode d'allaitement avez-vous choisi ?

- Allaitement maternel
- Allaitement artificiel
- Allaitement mixte

Si vous avez choisi un allaitement maternel, combien de temps avez-vous allaité majoritairement votre enfant ? _____

Si vous avez préféré l'allaitement artificiel ou mixte était-ce :

- par choix personnel
- par obligation (exemple : enfant de petit poids, mutation en néonatalogie...)

24 - Comment avez-vous estimé la présence de la part de l'équipe en suite de couche ?

Pas assez présent

Assez présent

Trop présent

25 - Pensez-vous avoir ressenti un baby blues dans les semaines suivant votre accouchement ?

Non

Oui

Si oui, pouvez-vous en préciser la durée : _____

26 - Pensez vous avoir subit un réel épisode dépressif suite à votre accouchement ?

Oui

Non

VOTRE EXERCICE PROFESSIONNEL

27 - A l'époque de votre premier accouchement, vous travailliez :

- en milieu hospitalier

- en libéral

- autre (précisez) _____

28 - Si vous travailliez dans une maternité, avez-vous accouché dans la structure où vous travailliez ?

Oui

Non

Si non, veuillez préciser la raison : _____

Si oui, pensez-vous que le fait de connaître les locaux et l'équipe a été un élément rassurant ?

Oui

Non

Pouvez-vous préciser le niveau de la maternité dans laquelle vous avez accouché (I, II ou III) : _____

29 - Quel a été la durée de votre congé prénatal ? _____

30 - Quel a été la durée de votre congé postnatal ? _____

31 - Avez-vous bénéficié d'un aménagement d'horaire pendant votre grossesse ?

Oui

Non

31 - Pensez-vous avoir été particulièrement entourée par l'équipe du fait de votre profession ?

	En salle d'accouchement	En suite de couche
OUI		
NON		

32 - Lors de votre grossesse, pensez-vous que le fait d'être médecin vous a plutôt :

- angoissée : vos connaissances obstétricales ont eu un effet anxiogène
- rassurée : vos connaissances obstétricales ont supprimé d'éventuelles peurs
- n'a eu aucune influence

33 - A propos du vécu de votre accouchement, avez-vous le sentiment que vos connaissances obstétricales et l'exercice de votre profession ont été plutôt :

- une aide
- une difficulté
- n'ont eu aucune influence

34 - Votre accouchement a-t-il par la suite modifié votre façon de travailler ?

- complètement
- beaucoup
- un peu
- pas du tout

35 - Sur quelle(s) attitude(s) envers les patientes ces changements ont-ils portés ? (plusieurs choix possibles) :

- la patience
- l'écoute
- la compréhension
- l'accompagnement

36 - Existe-t-il un domaine dans lequel vous vous sentez particulièrement sensibilisé depuis votre accouchement ? (répondre en quelques mots SVP) _____

QUESTIONS GENERALES

37 - Quel âge avez-vous ? _____

38 - Combien d'enfants avez-vous à ce jour ? _____

Je vous remercie encore de votre collaboration.

Résumé

L'accouchement des sages-femmes et des femmes gynécologues obstétriciens est un sujet qui intrigue : existe-t-il une influence de la profession sur la grossesse et l'accouchement ?

Les données de la littérature indiquent que les femmes médecins sont une population à risque d'accouchements prématurés et de retards de croissance intra-utérins. Peu d'études ont été faites sur les sages-femmes.

Notre enquête propose donc d'étudier la grossesse, l'accouchement et le post-partum chez les professionnelles de l'obstétrique que sont les sages-femmes et les femmes gynécologues obstétriciens. Pour cela un questionnaire a été envoyé à des sages-femmes et des femmes gynécologues obstétriciens en Isère. 105 grossesses ont été étudiées et comparées à un recueil de témoins.

Les principaux résultats répondant à nos hypothèses de départ sont les suivants :

- une augmentation significative du taux de menaces d'accouchements prématurés chez les professionnelles, mais pas des accouchements prématurés ni des retards de croissance intra-utérins ;

- une influence des connaissances obstétricales sur entre autre le taux de tabac (diminué chez les professionnelles), les taux et durées d'allaitement maternel (augmentées chez les professionnelles) ;

- une différence des pratiques par les équipes prenant en charge ces patientes (entourage particulier, augmentation du taux d'épisiotomies)

- une influence probable de la maternité sur la façon de travailler ultérieure chez les professionnelles.

Mots clés : sage-femme - femme gynécologue obstétricien - maternité - profession - influence - menace d'accouchement prématuré - retard de croissance intra-utérin.