



HAL
open science

Contraception, suivi gynécologique de prévention et compétences dans ces domaines : quelle est la représentation des sages-femmes d'aujourd'hui ?

Jennifer Lingen

► To cite this version:

Jennifer Lingen. Contraception, suivi gynécologique de prévention et compétences dans ces domaines : quelle est la représentation des sages-femmes d'aujourd'hui ?. Gynécologie et obstétrique. 2017. dumas-01560912

HAL Id: dumas-01560912

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01560912>

Submitted on 12 Jul 2017

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

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

AVERTISSEMENT

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

Il 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 SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.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/juridique/droit-auteur>

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

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES
U.F.R DE MÉDECINE DE GRENOBLE

DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**Contraception, suivi gynécologique de prévention et compétences dans ces domaines :
Quelle est la représentation des sages-femmes d'aujourd'hui ?**

Mémoire soutenu le 20 juin 2017

Par : LINGEN Jennifer
[Données à caractère personnel]

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme
Année 2017

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES
U.F.R DE MÉDECINE DE GRENOBLE

DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**Contraception, suivi gynécologique de prévention et compétences dans ces domaines :
Quelle est la représentation des sages-femmes d'aujourd'hui ?**

**Contraception, gynecological monitoring and skills in these areas:
What is the representation of today's midwives?**

Mémoire soutenu le 20 juin 2017

Par : LINGEN Jennifer

[Données à caractère personnel]

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme
Année 2017

Résumé

Objectifs : Analyser les connaissances des femmes à propos des compétences en gynécologie des sages-femmes, l'organisation du suivi gynécologique et leur représentation sociale de la sage-femme.

Matériel et Méthode : Nous avons réalisé une étude descriptive auprès de femmes de 18 à 49 ans, dans plusieurs lieux publics de Grenoble, de mi-septembre 2016 à mi-janvier 2017. Les critères de jugement comprenaient les taux de bonnes réponses concernant les compétences, le coût moyen d'une consultation, le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous, et la représentation sociale de la sage-femme.

Résultats : Sur 196 femmes interrogées, 18,70% des femmes avaient connaissance des récentes compétences des sages-femmes. Elles étaient majoritairement suivies par un gynécologue. Une consultation coûtait en moyenne 39,64 euros et le délai d'obtention de rendez-vous était de 7 semaines. Les femmes reliaient principalement la profession de sage-femme à l'accouchement, la grossesse et son suivi mais également à des qualités humaines comme l'écoute et la douceur.

Conclusion : Les compétences des sages-femmes semblent méconnues, outre celles, historiques, autour de la naissance. Dans un contexte où les femmes risquent d'avoir de plus en plus de difficulté à obtenir un rendez-vous auprès de gynécologues, l'information de ces compétences doit être mieux relayée.

Mots clés : Compétences sage-femme ; Contraception ; Suivi gynécologique ; Représentation sociale de la sage-femme

Abstract

Objectives: To analyze women's knowledge of midwifery gynecology skills, organization of gynecological monitoring and their social perception of the midwife.

Materials and methods: We carried out a descriptive study among 18-to 49-year-old women in several public places in Grenoble from mid-September 2016 to mid-January 2017. The assessment criteria included rate of correct answers on skills, the average cost of a consultation, the waiting time for an appointment, and the social perception of the midwife.

Results: Of 196 women interviewed, 18.70% of women had knowledge of recent midwifery skills. They were mostly followed by a gynecologist. A consultation costed on average 39.64 euros and the waiting time for an appointment was 7 weeks. Women mainly linked midwifery with childbirth, pregnancy and its monitoring, but also with human qualities such as listening and gentleness.

Conclusion: The midwives' skills seem to be unknown, besides the historical skills around birth. In a context in which women may find it increasingly difficult to get an appointment with gynecologists, information about these skills needs to be better relayed.

Keywords: Midwifery ; Contraception ; Gynecological monitoring ; Social representation of the midwife

Je remercie les membres du Jury :

Mme Sophie JOURDAN, Sage-Femme Enseignante au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, Présidente du Jury ;

Mme le Dr Véronique EQUY, Praticien Hospitalier à l'HCE du Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes, Co-Présidente du Jury ;

Mme Marion Ouidir, Sage-femme Doctorante à l'IAB – UGA, Membre Invité du Jury ;

Mme Amélie RAYMOND, Sage-Femme libérale à Grenoble, Directrice de ce mémoire ;

M. Lionel DI MARCO, Sage-Femme Enseignant au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, co-Directeur de ce mémoire ;

Je remercie plus particulièrement,

Mme Amélie RAYMOND, Sage-Femme libérale à Grenoble, Directrice de ce mémoire ;
Pour son expertise et ses conseils durant l'élaboration de ce mémoire ;

M. Lionel DI MARCO , Sage-Femme Enseignant au Département de Maïeutique de l'UFR de
Médecine de Grenoble, co-Directeur de ce mémoire ;
*Pour ses encouragements, sa disponibilité, ses conseils et ses innombrables relectures au
cours de la réalisation de ce mémoire ;*

Mme Claire BAUDON, Sage-Femme Enseignante au Département de Maïeutique de l'UFR
de Médecine de Grenoble ;
Pour son encadrement au cours de ces années d'études ;

Les femmes ayant participé à l'étude ;
*Pour avoir accepté de participer et de nous avoir fait partager un peu de leur expérience en
répondant au questionnaire ;*

Je remercie à titre personnel,

Ma famille ;

Pour son soutien et ses encouragements;

Léo ;

Sans qui, c'est sûr, je ne serais pas là, merci de ton soutien, de ton aide et de ta patience ;

Mes amies de promotion ;

Pour leur amitié et pour tous les bons moments que nous avons partagés ;

Table des matières

Abréviations.....	1
I/ Introduction.....	2
II/ Matériel et méthodes.....	4
1.Le type d'étude.....	4
2.Sites d'étude.....	4
3.Échantillon d'étude.....	5
4.Recueil de données à l'inclusion.....	5
5.Critère de Jugement.....	6
6.Traitement des données et analyse statistique.....	7
III/ Résultats.....	9
1.Caractéristiques de la population.....	10
2.Le suivi gynécologique et la contraception.....	11
2.1 Le suivi gynécologique.....	11
2.2 La contraception.....	13
3.Connaissances des femmes sur les compétences des sages-femmes.....	14
4.La représentation sociale des sages-femmes.....	16
4.1.La représentation sociale de la sage-femme selon l'échantillon.....	16
4.2. Représentation sociale de la SF selon les nullipares et primi/multipares.....	17
5.Place de la sage-femme dans la santé des femmes.....	19
IV/Discussion.....	20
1.Limites et biais de l'étude.....	20
2.Discussion autour des résultats.....	23
2.1. Le suivi gynécologique et la contraception.....	23
2.2. Les connaissances des récentes compétences des sages-femmes.....	28
2.3. La représentation sociale des sages-femmes.....	30
V/Conclusion.....	33
Références Bibliographie.....	35
Annexes.....	38
Résumé.....	51

Abréviations

-CSP = Catégorie Socio-Professionnelle

-DIU= Dispositif Intra Utérin

-FC = Fréquence de Citation

-FCU = Frottis Cervico-Utérin

-HPST= Hôpital, Patient, Santé et Territoires

-HPV = Human Papilloma Virus

-NC = Noyau Central

-IN= Indice de Neutralité

-IP= Indice de Polarité

-IVG = Interruption Volontaire de grossesse

-RS = Représentation Sociale

-SF = Sage-Femme

I/ Introduction

La profession de sage-femme (SF) a beaucoup évolué au fil du temps.

Cette évolution a été marquée par un changement de dénomination de la fonction, par un changement d'accès à la formation et surtout par des élargissements continus de compétences.

Cela s'est d'ailleurs vérifié récemment par l'adoption du projet de loi santé qui a attribué une place importante à la sage-femme dans le recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG). En effet, celle-ci peut désormais réaliser les IVG par méthode médicamenteuse et ainsi informer, accompagner et prendre en charge tout au long de ce parcours de nombreuses femmes souhaitant interrompre leur grossesse. [1]

Quelques années plus tôt, la Loi Hôpital, Patients, Santé, et Territoires du 21 juillet 2009 a aussi été une étape décisive pour la profession. En effet elle a ajouté aux compétences des sages-femmes « la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique ». [2]

Ainsi aujourd'hui les sages-femmes ont la responsabilité d'assurer le dépistage des principaux cancers féminins tel que le cancer du sein, responsable d'environ 12 000 décès chaque année, et qui est la première cause de mortalité chez les femmes par cancer en France, et le cancer du col de l'utérus qui est responsable chaque année du décès de 1000 femmes. [3][4][5]

Avec la loi HPST, la sage-femme est donc devenue une actrice importante pour la femme à tout moment de sa vie et non plus uniquement lors d'une grossesse.

La sage-femme, associée aux autres professionnels de santé que sont le médecin généraliste, le gynécologue médical et le gynécologue obstétricien, participe dorénavant à l'amélioration de la santé des femmes.

Le 22 juin 2016, une campagne nationale sur le rôle et les compétences des sages-femmes a été lancée par le ministère des Affaires sociale et de la Santé [6]. L'élaboration de celle-ci fut obtenue suite à la forte mobilisation en 2013 des sages-femmes et des instances représentatives de la profession qui avait duré plus d'un an. Les principales revendications étaient une meilleure reconnaissance et visibilité de l'ensemble de la profession. L'objectif de cette campagne était donc de faire connaître aux Françaises et aux Français la diversité des missions des sages-femmes. Cette campagne nationale s'est appuyée sur un double support. D'une part, une campagne d'affichage et des dépliants disponibles dans les plannings familiaux, les centres de planification et d'éducation familiale, les maternités, les centres périnataux de proximité et les centres de protection maternelle et infantile. D'autre part avec une forte présence sur internet via notamment des bannières sur les pages d'accueil des sites médias généralistes et féminins, une vidéo "micro-trottoir", des témoignages de sages-femmes et de patientes.

Cette campagne nationale d'information a donc mis en lumière l'ensemble des missions des sages-femmes que sont : le suivi de la grossesse, la pratique de l'accouchement, la prescription et la réalisation de certains vaccins, la prescription de substituts nicotiques, la vaccination de l'entourage de la femme et du nouveau-né, mais également le suivi gynécologique de la femme en bonne santé, la prescription d'une contraception et l'IVG.

Ce sont ces responsabilités envers les femmes, attribuées par les lois HPST et Santé et ce récent travail du ministère des Affaires sociales et de la Santé, de sensibilisation sur la profession de sage-femme qui nous ont amené à nous poser certaines questions.

Sept ans après l'émergence des compétences en gynécologie de prévention et contraception, et quelques mois après le lancement de la campagne d'information quels sont les comportements des femmes vis-à-vis de leur suivi gynécologique et leur contraception ? Ont-elles intégré les sages-femmes et leurs compétences dans leur parcours de santé génésique ? Comment les Françaises perçoivent-elles les sages-femmes ?

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le niveau de connaissance des femmes sur les compétences des sages-femmes en gynécologie de prévention et contraception. Les objectifs secondaires étaient de définir l'organisation du suivi gynécologique des femmes, et préciser la représentation sociale des sages-femmes chez les femmes.

Nous attendons de cette étude qu'elle révèle qu'une part non négligeable de femmes n'a pas de suivi gynécologique, qu'une part importante d'entre elles ignore les compétences et connaissances qu'ont désormais les sages-femmes dans les domaines de la contraception et du suivi gynécologique de prévention, et enfin que la représentation sociale des sages-femmes, bien que positive, soit restreinte et entachée de fausses croyances.

II/ Matériel et méthodes

1. Le type d'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle, descriptive, de type transversale et multicentrique établie à partir de questionnaires distribués aux femmes.

Le questionnaire a été rempli par l'interrogée en présence de l'enquêtrice pour éviter toute aide extérieure. Une fois rempli, le questionnaire était directement remis à l'enquêtrice.

2. Sites d'étude

L'étude a été réalisée dans la rue afin d'avoir un échantillon représentatif de la population générale. L'enquête s'est déroulée sur plusieurs sites de Grenoble, le Campus Université Grenoble Alpes, la Caserne de Bonne, et la Gare SNCF.

Ces lieux ont été sélectionnés pour rencontrer plus facilement une large population de femmes ayant des caractéristiques socio-démographiques variées et ainsi améliorer la représentativité de notre échantillon. Dans cette même optique l'enquête s'est déroulée sur différents jours de semaine et à des horaires différents.

3. Échantillon d'étude

Les sujets ont été recrutés sur la période s'étendant de mi-septembre 2016 à mi-janvier 2017.

Les sujets éligibles à l'étude étaient les femmes majeures, et âgées de moins de 49 ans.

Les femmes mineures, les femmes âgées de plus de 49 ans, les femmes ne souhaitant pas participer à l'étude, ainsi que les femmes ne parlant pas le français n'ont pas été incluses.

4. Recueil de données à l'inclusion

Les données ont été recueillies de façon prospective via les questionnaires remplis par les participantes éligibles.

L'enquête s'est déroulée sur plusieurs demi-journées dont certaines avec l'aide d'une enquêtrice supplémentaire, étudiante sage-femme elle aussi. L'enquêtrice est allée à la rencontre des femmes dans la rue.

Pour ne pas influencer les réponses en révélant son statut d'étudiante sage-femme, elle s'est présentée comme étudiante à Grenoble voulant réaliser une étude sur la santé des femmes et ses acteurs. Le questionnaire était divisé en 5 parties.

La première partie abordait des questions sur les modalités du suivi gynécologique et la contraception utilisée.

La deuxième partie du questionnaire testait indirectement à l'aide de neuf questions ouvertes, les connaissances des interrogées sur les compétences des sages-femmes dans les domaines de la contraception, et de la gynécologie de prévention.

La troisième partie étudiait la représentation sociale (RS) de la sage-femme.

Parmi les méthodes qui permettent de recueillir le contenu des représentations sociales, nous nous sommes appuyés sur l'ouvrage de Jean-Claude Abric [7] et avons choisi la méthode d'évocation hiérarchisée.

Pour cela, il était demandé aux participantes, à partir du mot «sage-femme», d'énumérer les cinq premiers mots ou expressions qui leur venaient spontanément à l'esprit.

Dans un second temps les participantes étaient invitées à les hiérarchiser par ordre d'importance de 1 à 5, 5 étant le mot ou expression le plus important. Pour finir, les participantes devaient indiquer si leurs mots ou expressions citées avaient une valeur positive, négative ou neutre pour elles en entourant respectivement le +, - ou 0 à côté de ces derniers.

La quatrième partie comportait des questions sur les caractéristiques socio-démographiques.

Enfin la dernière partie du questionnaire avait pour but de définir les différentes ressources d'informations des interrogées sur la profession et de déterminer si ces dernières envisageaient d'intégrer les sages-femmes dans leur prise en charge gésésique. Afin d'informer les femmes, cette partie était introduite en quelques lignes par les compétences qui nous intéressent dans cette étude.

Avant de débiter l'enquête, le questionnaire a été expérimenté auprès d'une petite partie de l'échantillon cible pour repérer des incohérences dans le contenu, estimer sa compréhension, et évaluer sa durée de réalisation. Une question a été modifiée afin d'être mieux comprise par les interrogées et deux questions ont été ajoutées. (q 24 et 31) [Annexe I]

L'échantillon test n'a pas été intégré à l'étude.

5. Critère de Jugement

L'objectif principal était l'appréciation du savoir des femmes, sur les compétences des sages-femmes en contraception et en gynécologie.

Le critère de jugement était donc le taux de réponse «sage-femme» aux questions abordant les différents professionnels de santé compétents lors de situations relevant du domaine de la contraception et du suivi gynécologique de prévention .

Pour juger cela l'enquêtrice a confronté les réponses des interrogées aux textes de loi et au code de déontologie des sages-femmes.

Les objectifs secondaires étaient de décrire les différentes caractéristiques définissant le suivi gynécologique des femmes et de préciser la RS de la sage-femme. Ainsi les critères de jugement secondaires étaient respectivement le coût moyen d'une consultation, le temps d'attente moyen pour obtenir un rendez-vous, la fréquence d'apparition et le rang d'importance de chaque mots induit.

6. Traitement des données et analyse statistique

Les données ont été recueillies à l'aide du logiciel Microsoft Excel, et l'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel Statview.

Les variables qualitatives ont été décrites par la proportion et les variables quantitatives par la moyenne, l'écart type et la médiane. Le seuil de significativité retenu était de 0,05 et les estimations des différents paramètres étaient encadrées d'un intervalle de confiance à 95 %.

Le niveau de connaissances a été évalué par des taux de bonnes réponses, ces derniers ont ensuite été confrontés aux caractéristiques socio-démographiques afin d'estimer si le niveau de connaissances était significativement supérieur à l'intérieur d'un sous-groupe particulier.

Pour étudier la RS des sages-femmes nous avons utilisé l'analyse prototypique. Développée par Pierre Vergès, elle s'appuie sur les travaux d'Abriç et permet d'étudier la structure de la représentation sociale. Elle prend en compte la fréquence d'apparition des mots induits et leur rang d'importance pour les classer et construire un tableau à 4 cases : le noyau central, la première périphérie, les éléments contrastes et la deuxième périphérie.

Plus la fréquence est élevée et le rang est important, plus on se rapproche du noyau central.

Les seuils admis pour déterminer les zones centrales et périphériques sont la moyenne du rang d'importance et le seuil binomial pour la fréquence d'apparition.

Le seuil binomial ou seuil k est déterminé par le test binomial. Celui-ci permet de déterminer avec précision, la probabilité p que k individus aient produit le même mot.

Ce test repose sur le nombre de sujets, le nombre moyen de termes associés par les sujets et le nombre total de termes distincts.

Nous ne retiendrons que les mots produits avec une probabilité $p < 0,01$.

Les indices de polarité et neutralité reposent sur les nombres de mots positifs, négatifs et neutres, ils varient entre -1 et +1. Concernant l'indice de polarité : plus il s'approche de -1 plus les mots ont été connotés négativement. Pour l'indice de neutralité, plus l'indice s'approche de +1, plus les mots ont été connotés de façon neutre.

Pour enrichir notre étude nous avons étudié la représentation sociale au sein de notre échantillon total que nous avons ensuite divisé en deux groupes, un premier regroupant les primipares - multipares et un deuxième regroupant les nullipares afin d'étudier la représentation sociale des sages-femmes à l'intérieur de ces derniers. Nous avons complété notre analyse par un test d'indépendance du χ^2 afin de voir si les mots attribués sont typiques d'un groupe particulier.

Nous avons fait le choix de ne garder que les mots dont la fréquence de citation était supérieure à 4%, pour les différentes analyses sus-citées, ce chiffre correspond au seuil bas.

III/ Résultats

Nous sommes allés à la rencontre de 239 femmes, au final 196 questionnaires exploitables ont été recueillis.

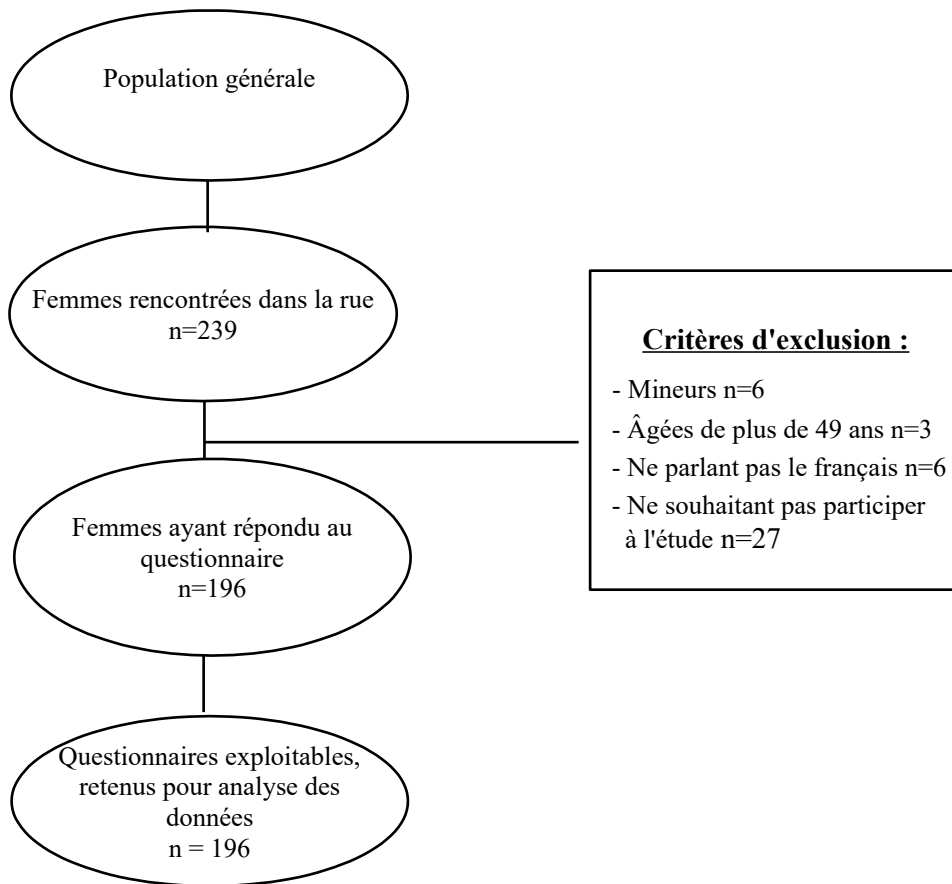


Figure 1: Diagramme d'inclusion (Flow chart)

1. Caractéristiques de la population

Tableau I. Caractéristiques à l'inclusion

Age (années) (moyenne (e.t.), min, max)	29,03	8,11	18	49
- 18-20 ans	23 (11,7%)			
- 21-25 ans	71 (36,2%)			
- 26-30 ans	19 (9,7%)			
- 31-36ans	32 (16,3%)			
- 36-40ans	33 (16,8%)			
- >40ans	18 (9,2%)			
Nationalité				
-Française	181 (92,3%)			
-Autres	15 (7,7%)			
Niveau d'étude				
-Collège	1 (0,51%)			
-BEP/CAP	11 (5,61%)			
-Lycée	23 (11,73%)			
-Enseignement supérieur	161 (82,14%)			
Catégorie socio-professionnelle (CSP)				
-Étudiante	66 (33,67%)			
-Agricultrice	0 (0%)			
-Artisane, commerçante, chef d'entreprise	5 (2,55%)			
-Cadre	22 (11,22%)			
-Employée	84 (42,86%)			
-Femme au foyer	6 (3,06%)			
-Ouvrière	1 (0,51%)			
-Profession intermédiaire	3 (1,53%)			
-Sans profession	9 (4,59%)			
Situation maritale				
-Célibataire	78 (39,80%)			
-En couple	69 (35,20%)			
-Pacsée-Mariée	49 (25%)			
Nombre d'enfants (moyenne (e.t.), min, max)	0,71	1,01	0	4
-Parité = 0	117 (59,69%)			
-Parité = 1	33 (16,84%)			
-Parité >1	46 (23,47%)			
Couverture Sociale				
-Sécurité sociale + Mutuelle	153 (78,06%)			
-Sécurité sociale	33 (16,84%)			
-Couverture maladie universelle	10 (5,10%)			
-Aide médical d'état	0 (0%)			

2. Le suivi gynécologique et la contraception

2.1 Le suivi gynécologique

Sur les 196 femmes interrogées, 79,08% avaient un suivi gynécologique (n=155).

Parmi les 41 femmes n'ayant pas de suivi gynécologique, la majorité trouvait qu'elle n'en n'avait pas la nécessité pour le moment (n=26), 8 évoquaient une difficulté pour trouver un professionnel pouvant assurer ce suivi, le reste mentionnait un prix de consultation trop élevé (n=6), un manque de temps et d'envie (n=1), un mode de vie imposant des déménagements récurrents ne permettant pas d'avoir un suivi (n=1). Deux interrogées n'ayant pas de suivi n'ont pas donné de raisons.

Tableau II. Caractéristiques concernant le suivi gynécologique des interrogées

Professionnel assurant le suivi gynécologique				
-Gynécologue	139	(89,68%)		
-Médecin traitant	11	(7,09%)		
-Sage-femme	5	(3,23%)		
Coût d'une consultation en euros (moyenne,et, min et max)¹				
	39,64	1,17	20	75
Temps d'attente pour obtenir un rendez vous en semaine (moyenne , et , min et max) ²				
	7	0,7	0,5	48
- de l'ordre d'une semaine / < 1 mois	68	(45,94%)		
- de l'ordre du mois / < 3mois	45	(30,40%)		
- de l'ordre d'un trimestre / < 6 mois	24	(16,22%)		
- de l'ordre d'un semestre / < 1 an	9	(6,1%)		
- de l'ordre d'une année / > 1 an	2	(1,35%)		
Satisfaction de la prise en charge				
-Oui	143	(92,26%)		
-Non	12	(7,74%)		

¹. 33 données manquantes

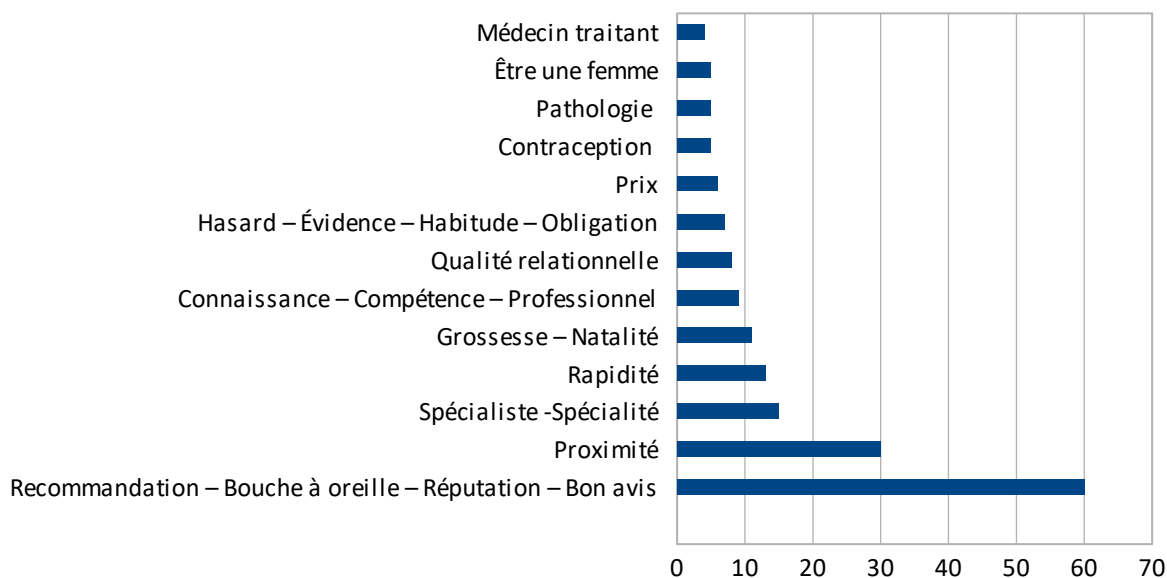
². 7 données manquantes

La moitié des femmes n'étant pas satisfaites de leur suivi gynécologique déploraient un manque d'écoute, d'informations et d'explications ; un tiers trouvait que le prix de la consultation était trop élevé et l'une d'entre elles trouvait la professionnelle de santé chargée de son suivi gynécologique « trop conservatrice et pas adaptée aux mœurs modernes ».

A travers la question 6 de notre questionnaire, nous avons essayé de déterminer comment les femmes procédaient aux choix du professionnel de santé chargé de leur suivi gynécologique.

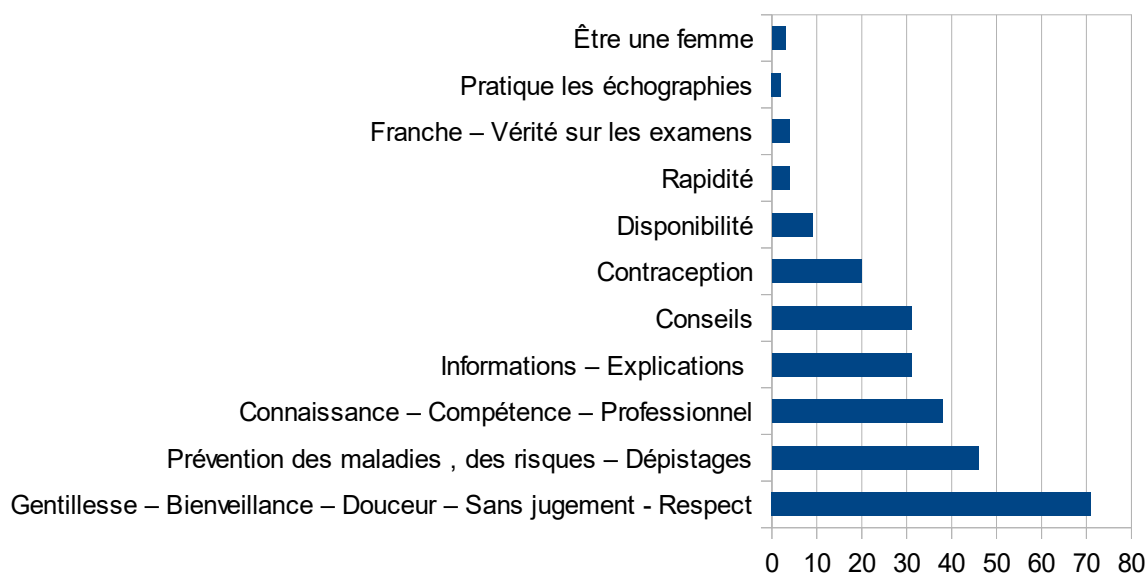
La majorité des femmes a répondu à cette question (n=149), plusieurs motivations ont été citées pour certaines d'entre-elles.

Graphique 1. Motivation du choix du professionnel de santé assurant le suivi gynécologique



A travers la question ouverte 8 de notre questionnaire, nous avons voulu déterminer quelles étaient les attentes des femmes concernant le professionnel de santé chargé d'assurer leur suivi gynécologique de prévention. La majorité des femmes (n=148) a répondu à la question, plusieurs attentes ont été énumérées pour certaines d'entre-elles.

Graphique 2. Attentes vis-à-vis du professionnel chargé du suivi gynécologique de prévention



2.2 La contraception

Tableau III. Mode de contraception utilisé par l'échantillon

Mode de contraception	
-Pilule	42,35% (83)
-Stérilet	15,31% (30)
-Préservatif	11,73% (23)
-Implant	2,04% (4)
-Anneau vaginal	0,51% (1)
-Méthodes naturelles	3,10% (6)
-Méthodes définitives	1,02% (2)
-Aucune	23,98% (47)

Sur les 118 femmes utilisatrices d'un moyen de contraception nécessitant une ordonnance, 74,58% des femmes se dirigeaient vers un gynécologue, 22,88% vers un médecin généraliste et 2,54 % vers une sage-femme pour l'obtenir. On note que 6,47% (n=8) des femmes suivies par un gynécologue se dirigeaient vers leur médecin généraliste pour la prescription de leur contraception.

3. Connaissances des femmes sur les compétences des sages-femmes

Pour tester les connaissances des femmes sur les compétences des sages-femmes, les interrogées étaient invitées à répondre à la question suivante : « Auprès de quels professionnels de santé une femme en bonne santé peut-elle s'adresser pour ... » et cela pour neuf situations. Les résultats concernant notre objectif principal son répertoriés dans le tableau IV.

Tableau IV. Niveau de connaissance des récentes compétences des sages-femmes

Questions	Nombre d'interrogées ayant répondu «sage-femme» (n=196)	Pourcentage de réponses « sage-femme »
« Auprès de quels professionnels de santé, une femme en bonne santé peut-elle s'adresser pour		
Qt11: -se faire prescrire la pilule? »	47	23,98%
Qt12: -se faire prescrire ou cape ou un diaphragme cervicale? »	40	20,41%
Qt13: -se faire prescrire un anneau vaginal? »	41	20,92%
Qt14: -se faire prescrire, poser ou retirer un implant? »	35	17,86%
Qt15: -se faire prescrire, poser ou retirer un stérilet? »	34	17,35%
Qt16: -se faire prescrire et réaliser le vaccin contre le cancer du col de l'utérus? »	28	14,28%
Qt17: -réaliser son suivi gynécologique? »	37	18,88%
Qt18: -obtenir des informations et/ou une consultation en vue de réaliser une IVG médicamenteuse? »	37	18,88%
Qt19:- diagnostiquer et traiter une infection vaginale? »	31	15,82%
Taux moyen de réponses « sage-femme » = 1,69/9	36,66	18,70%

Après cette appréciation globale du niveau de connaissances de notre échantillon sur les récentes compétences des sages-femmes, nous nous sommes intéressé au niveau de connaissances en fonction des caractéristiques socio-démographiques afin d'estimer si le niveau de connaissances générales était significativement supérieur à l'intérieur d'un sous-groupe.

Nous avons tenté de catégoriser notre échantillon afin de cerner les femmes connaissant le mieux les compétences des SF dans le Tableau V.

Tableau V. Niveau de connaissance en fonction des données socio-démographiques

	Nombre de réponses « sage-femme » aux neufs situations	Taux de réponses « sage-femme »	P value
Age - 18-30 ans - >31- 49 ans	169 161	16,62% 21,55%	p<0,009
Niveau d'étude -Collège , BEP/CAP , Lycée -Enseignement supérieur	40 290	12,70% 20,01%	p<0,002
CSP³ -Étudiante, sans profession, employée, cadre, artisane, commerçante, chef d'entreprise -Femme au foyer	298 32	17,43% 59,26%	p<0,001
Situation maritale -Célibataire -En couple -Pacsée-Mariée	45 138 147	6,41% 22,22% 33,33%	p<0,001
Nombre d'enfants -parité = 0 -parité = ou > à 1	141 189	13,40% 26,58%	p<0,001

Après avoir testé les différentes connaissances des interrogées, nous avons recherché quelles étaient leurs sources d'informations sur la profession de sage-femme.

Tableau VI. Ressources d'information des interrogées sur la profession de sage-femme

Ressources d'information	
-Discussions amis-famille	41,33% (81)
-Étude-Travail	26,02% (51)
-Émissions TV	21,94%(43)
-Grossesse-Accouchement	21,43% (42)
-Autres professionnels de santé	20,41% (40)
-Mouvement de grève des sages-femmes	9,18% (18)
-Connaît personnellement une sage-femme	3,57% (7)
-Sites internet – Magazine	1,53% (3)
-Suivi gynécologique	1,53% (3)
-Rééducation du périnée	0,51% (1)

³Les CSP ouvrière et profession intermédiaire n'apparaissent pas car leur taux de réponses « SF » est de 0%

4. La représentation sociale des sages-femmes

Avant l'analyse prototypique, nous avons effectué une simplification minimale du lexique.

Les mots proches ou synonymiques et qui manifestement faisaient référence à la même pensée ont été regroupés (par exemple : séances de préparation à la naissance et cours de préparation à la naissance).

Les analyses prototypiques, le calcul des différents seuils binomiaux et les valeurs moyennes des différents mots induits sont disponibles en annexe II et III.

4.1. La représentation sociale de la sage-femme selon l'échantillon

Le nombre total d'expressions produites par les 196 interrogées est de 907 soit une moyenne de 4,63 évocations par participantes.

Tableau VI. Carre de Vergès «Sage-femme » selon la Population interrogée

Carre de Verges		Rang d'importance	
		<2,63	>2,63
Fréquence de citation	>5,10%	Hôpital (15,31%;2,17) Femme (9,18%;2,06 ⁴)	Accouchement (67,35%;3,92) Bébé (26,53%;3,06) Suivi de grossesse (18,37%;3,86) Grossesse (14,8%;3,97) A l'écoute (14,3%;3,46) Enfant (12,24%;3,13) Maternité (11,22%;2,77) Accompagnement (8,7%;3,59) Conseils (8,7%;2,65) Soin (6,63%;3) Douceur (5,61%;2,91) Aide (5,10%;2,8) Médecine (5,10%;2,7)
	<5,10%		Contraception (4,6%;2,67) Suivi post accouchement (4,59%;2,89) Suivi (4,08%;2,67)

Nous avons décompté 767 mots positifs, 57 mots négatifs et 83 mots neutres. Ainsi nous avons obtenu un indice de polarité (IP) égal à 0,78 et un indice de neutralité (IN) égal à -0,82.

⁴Entre parenthèse figurent la fréquence de citation exprimée en pourcentage et le rang moyen d'apparition

4.2. Représentation sociale de la SF selon les nullipares et primi/multipares

Une analyse prototypique a été réalisée dans les sous-groupes nullipares et primi/multipares afin de comparer leur RS de la sage-femme. Le nombre total d'expressions produites était de 538 pour le groupe des nullipares et de 369 pour le groupe des primi-multipares.

Tableau VII. Comparaison de la RS de la SF chez les nullipares et les primi-multipares

Représentation sociale de la sage-femme	
Nullipares	Primi-multipares
<p>Noyau Central</p> <p><u>Accouchement</u> ⁵(67,5%;3,87) <u>Bébé</u> (35%;3,07) <u>Naissance</u> (23,1%;3,37) <u>Enfant</u> (17,1%;3,35) <u>Suivi de grossesse</u> (15,4%;4,11) <u>Grossesse</u> (15,4%;4,06) <u>Maternité</u> (13,7%;2,69) <u>A l'écoute</u> (9,4%; 2,82) Soin (8,55%;2,9) Médecine (7,7%;2,78) <u>Préparation à l'accouchement</u> (6,84%;3,62) <u>Accompagnement</u> (6,84%;3,37) Aide (6,84%;2,87) Profession médicale (5,98%;3,57)</p>	<p>Noyau Central</p> <p><u>Accouchement</u> (67,1%;3,98) <u>Préparation à l'accouchement</u> (36,71%;3,83) <u>Suivi de grossesse</u> (22,78%;3,61) <u>A l'écoute</u> (21,52%;3,88) <u>Naissance</u> (16,46%;3,23) <u>Conseils</u> (15,19%;2,83) <u>Grossesse</u> (13,92%;3,82) <u>Bébé</u> (13,92%;3) <u>Accompagnement</u> (11,39%;3,78)</p>
<p>1ère périphérie</p> <p><u>Hôpital</u> (21,4%;2,28) Femme (9,4%;2,45) Contraception (5,98%;2,43)</p>	<p>1ère périphérie</p> <p>Rééducation du périnée (22,78%;2,61)</p>
<p>Éléments contrastes</p> <p>Vie (4,27%;4) Suivi gynécologique (4,27%;3,2)</p>	<p>Éléments contrastes</p> <p>Douceur (8,86%;2,86) Suivi post accouchement (8,86%;2,71) <u>Maternité</u> (7,59%;3) Suivi (6,33%;3,2) Enceinte (5,6%;2,75) Suivi du nouveau-né (5,06%;3,25)</p>
<p>2ème périphérie</p> <p>Douleur (5,13%;1,33) <u>Conseils</u> (4,57%;2,2) Patience (4,27%;2,4)</p>	<p>2ème périphérie</p> <p>Femme (8,86%;1,43) Post-partum (7,6%;2) Allaitement (7,59%;2,5) <u>Hôpital</u> (6,33%;1,6) - Enfant (5,06%;2)</p>

⁵ Les mots induits retrouvés à la fois chez les nullipares et primi-multipares sont soulignés en gras

Grâce aux analyses prototypiques réalisées, nous remarquons que 8 éléments centraux sont présents dans les deux sous-groupes. Nous avons réalisé des tests de Khi2, afin de déterminer s'il existait une différence de fréquence de citation significative entre les deux groupes.

Tableau VIII. Effectifs de citation des éléments centraux en fonction de la parité

		Nullipares	Primi-multipares	P value
Accouchement	Cité	79	53	P<0,95
	Non cité	38	26	
Accompagnement	Cité	8	9	p<0,27
	Non cité	109	70	
A l'écoute	Cité	11	17	P<0,02
	Non cité	106	62	
Bébé	Cité	41	11	P<0,01
	Non cité	76	68	
Grossesse	Cité	18	11	P<0,08
	Non cité	99	68	
Naissance	Cité	27	13	P<0,3
	Non cité	90	66	
Préparation à l'accouchement	Cité	8	29	P<0,0001
	Non cité	109	50	
Suivi de grossesse	Cité	19	18	P<0,2
	Non cité	99	61	

Nous avons également effectué des tests de Khi 2 et parfois de Fischer pour le reste des termes composants chacune des RS. Nous avons retrouvé une différence significative de FC pour les mots : enfant (p<0,02), conseils (p<0,008), hôpital (p<0,005), rééducation du périnée (p<0,0001), suivi du nouveau-né (p<0,03), suivi post-accouchement (p<0,04), allaitement (p<0,02), enfant (p<0,02) et post-partum (p<0,02).[Annexe IV]

Dans le groupe des nullipares, nous avons décompté 437 mots positifs, 46 mots négatifs et 56 mots neutres. Nous avons ainsi obtenu un IP égal à 0,72, et un IN égal à -0,79.

Dans le groupe des primi-multipares, nous avons décompté 330 mots positifs, 11 mots négatifs et 27 mots neutres. Nous avons ainsi obtenu IP égal à 0,87 et un IN égal à -0,85.

5. Place de la sage-femme dans la santé des femmes

Après avoir exploré les connaissances de notre échantillon sur les récentes compétences des sages-femmes et sa représentation de la profession, nous nous sommes interrogés sur la place des sages-femmes dans sa santé.

Une fois informées des lois HPST et loi Santé à travers un court paragraphe reprenant les compétences en gynécologie de prévention et contraception des sages-femmes, nous avons donc demandé aux interrogées quelle place elles souhaiteraient attribuer aux sages-femmes dans leur prise en charge gynécologique. Pour cela elles étaient invitées à répondre à la question suivante « Si une situation, telle celles citées se présentait, aimeriez-vous consulter une sage-femme ? »

Tableau IX. Souhaits des interrogées à intégrer les sages-femmes à leur santé gynécologique

« Si une situation, telle celles citées se présentait, aimeriez-vous n=196
consulter une sage-femme? »

- oui pour toutes les situations	64,79% (127)
- oui mais uniquement pour :	19,39% (38)
• prescription de cape ou diaphragme	52,63% (20)
• prescription de pilule	52,63% (20)
• prescription, mise en place, ou retrait d'implant/stérilet	39,47% (15)
• suivi gynécologique de prévention	42,10% (16)
• obtenir des informations/consultation en vue de réaliser une	52,63% (20)
IVG médicamenteuse	63,16% (24)
• diagnostic et traitement d'une infection vaginale	52,63% (20)
- non pour toutes les situations	15,82% (31)

Parmi les 31 femmes interrogées ayant répondu ne pas souhaiter consulter une sage-femme si elles se retrouvaient face à une des neuf situations, 87,10% (n=27) ont expliqué préférer aller consulter leur professionnel habituel, 9,68% (n= 3) ne se voient pas consulter une sage-femme pour ces situations : « Je relie le métier avec la grossesse, l'accouchement et l'après accouchement.» « Je ne suis pas habituée à aller consulter une sage-femme pour cela.» « Pour moi une sage-femme c'est là pour l'accouchement.» et l'une d'entre-elles pense que les sages-femmes sont moins compétentes dans ces domaines.

IV/Discussion

1. Limites et biais de l'étude

Pour commencer, il est important de préciser que l'échantillon de la population étudiée n'était pas tout à fait satisfaisant d'un point de vue quantitatif, les résultats ne peuvent donc en aucun cas être élargis à la population générale des femmes en France.

De plus, le fait que l'enquête ait été réalisée dans la commune de Grenoble, chef-lieu du département de l'Isère, qui compte une large population de sages-femmes libérales, un fort dynamisme, des flux importants d'informations et d'animations, a sûrement surestimé le niveau de connaissance des femmes, sur les compétences des sages-femmes qui ont fait l'objet de notre étude. Ainsi, les résultats de l'enquête n'auraient pu être extrapolables qu'aux populations de femmes vivant dans des villes aux caractéristiques et environnements similaires.

Il serait donc intéressant de reproduire l'enquête dans différentes villes de France aux caractéristiques variées sur de plus larges échantillons et comparer les résultats obtenus.

Il faut également noter que le fait que l'étude ait été réalisée dans la rue, afin d'obtenir la meilleure représentativité possible vis-à-vis de la population générale, a impliqué l'acceptation d'un biais de sélection dépendant de l'enquêtrice car c'est elle qui a « sélectionné » les femmes abordées.

Malgré les craintes que nous avions concernant la difficulté d'obtenir la participation des passantes, la majorité des femmes rencontrées a été ravie de pouvoir aider à la réalisation d'un mémoire, d'exprimer leur ressenti sur la prise en charge de leur santé et d'acquérir de nouvelles connaissances via le questionnaire. Les femmes qui ne souhaitaient pas participer à l'étude nous ont indiqué majoritairement ne pas avoir le temps. Nous pouvons craindre ici un biais de sélection puisque ces femmes pourraient partager une ou plusieurs caractéristiques communes et/ou différentes des femmes participantes.

De plus nous savons que ce sont en général les personnes les plus concernées par le sujet qui participent plus aisément. Il est possible que cela ait influencé les résultats en surestimant le niveau de connaissances, mais le fait que plus de 8 femmes abordées sur 10 aient accepté de participer minimise l'impact que cela a pu avoir.

Lorsque nous examinons les résultats nous constatons que notre échantillon se partage principalement en trois catégories socio-professionnelles que sont : les employées, les étudiantes et les cadres. Ainsi les femmes appartenant aux autres catégories comme les artisanes ou les ouvrières ne sont que très peu représentées dans notre échantillon voir aucunement comme les agricultrices.

De plus, si nous nous intéressons à l'âge de notre échantillon, nous observons que pratiquement la moitié était âgée de moins de 26 ans, or selon l'INSEE en 2015, en France métropolitaine, les femmes avaient en moyenne leur premier enfant à 28,5 ans. [8] Ainsi il n'est pas surprenant que notre échantillon ait compté principalement des nullipares, n'ayant par conséquent, jamais fait la rencontre de sages-femmes à l'occasion d'une grossesse ou d'un accouchement. Ainsi, cela a sûrement sous-estimé le niveau de connaissance des compétences en gynécologie et contraception des sages-femmes.

Outre le fait de la représentativité vis-à-vis de la population générale, la temporalité de la réalisation de notre étude pouvait influencer les réponses des femmes interrogées. En effet, la campagne d'information sur les différents rôles et compétences des sages-femmes a été lancée le 23 juin 2016 donc peu de temps avant le début de notre enquête. Lors de l'analyse des résultats, seulement 11,22% des interrogées déclaraient avoir été sensibilisées par la campagne et 77,27% d'entre elles indiquaient avoir acquis davantage de connaissances sur les rôles et compétences des sages-femmes par cet intermédiaire.

Il aurait pu être intéressant d'inviter ces interrogées à préciser quelles compétences de la profession de sage-femme elles avaient découvert grâce à la campagne, afin de déterminer si cela a eu une incidence sur les résultats de l'étude.

Une critique peut être apportée concernant le fait que certaines questions ou certains paragraphes de notre questionnaire aient pu influencer les réponses des interrogées, et ainsi modifier nos résultats en surestimant le niveau de connaissance. En effet les interrogées auraient pu, en découvrant le terme « sage-femme » dans la question 20 étudiant la RS ou en prenant connaissance des différentes compétences des sages-femmes via la question 29, revenir en arrière et rajouter à leurs réponses la proposition « sage-femme ». Cependant il leur était bien indiqué oralement de répondre dans l'ordre des questions et de ne pas y revenir, la présence de l'enquêteur a permis de s'assurer du bon respect des consignes. De plus le questionnaire a été construit de telle sorte que les questions testant les connaissances des interrogées et les questions pouvant influencer leurs réponses ne se trouvent pas sur une même page.

Malgré le fait que les questionnaires aient été préalablement testés, certaines limites y sont liées. En effet, les questions concernant le coût moyen d'une consultation et le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous ont été formulées de façon ouverte et cela a engendré des réponses difficilement interprétables.

En ce qui concerne le coût moyen d'une consultation, certaines interrogées - notamment des étudiantes - ont répondu que la consultation ne leur était pas facturée et qu'elle était par conséquent gratuite. Ces interrogées bénéficient sans doute du tiers payant, elles n'avancent pas d'argent lors d'une consultation et de ce fait ne connaissent peut-être pas le coût de celle-ci. Pour que cela ne biaise pas nos résultats nous n'avons pas retenu toutes les réponses suivantes : «gratuites » « 0 euros » « 6,90 euros ».Ainsi plus de 33 réponses ont été considérées comme manquantes.

En ce qui concerne le temps moyen d'attente pour obtenir un rendez-vous, les interrogées ont répondu par différentes unités de temps et parfois sous forme d'échelle ce qui nous a obligé à convertir toutes les réponses et ainsi perdre en précisions pour le calcul du temps moyen d'attente. Ainsi, ces deux questions auraient pu être formulées de façon fermée afin d'obtenir des résultats plus représentatifs et précis.

2. Discussion autour des résultats

2.1. Le suivi gynécologique et la contraception

Notre étude a révélé qu'environ 21% des femmes interrogées n'avaient pas de suivi gynécologique, nous retrouvons pratiquement le même pourcentage que l'étude nationale publiée par Opinionway en 2011 qui avait conclu que 19% des françaises n'avaient pas de suivi régulier.[9]

Ainsi une partie non négligeable de femmes ne sont pas suivies et par conséquent, échappent aux dépistages mis en place lors de ces consultations.

Une étude publiée par BVA en 2008 avait retrouvé que le suivi gynécologique était souvent absent chez les femmes les plus jeunes (15-24 ans) et les plus âgées (65 ans et plus) et qu'il était plus répandu chez celles issues d'un milieu socio-économique plus favorisé [10]. Notre étude a également fait un constat similaire. En effet 78,05% (n=32) des femmes n'ayant pas de suivi avaient moins de 26 ans. Sur les 41 femmes n'ayant pas de suivi 27 étaient étudiantes et 11 étaient employées.

Notre enquête a démontré que l'âge ($p<0,0001$), la situation professionnelle ($p<0,0003$), la situation maritale ($p<0,0019$), et la parité (0,0002) étaient des variables significativement liées à une différence de fréquence de suivi gynécologique. Les femmes âgées de plus de 26 ans, cadre, pacsée ou mariée avec des enfants étant les mieux suivies.

Comme cela a été le cas pour d'autres études nationales, la grande majorité des femmes que nous avons interrogées était suivie par un gynécologue (n=139-89,68%) [9] [10]. Le suivi gynécologique était assuré par une sage-femme pour seulement 3,23% des interrogées (n=5). Ce chiffre peut s'expliquer par plusieurs hypothèses dont notre hypothèse d'étude : les femmes méconnaissent les compétences des sages-femmes dans le domaine du suivi gynécologique de prévention. Une autre hypothèse serait que les femmes ne souhaitent pas aller consulter une sage-femme pour leur suivi gynécologique. Nous étudierons ces deux hypothèses un peu plus loin dans la discussion.

Nous l'avons vu, les femmes se dirigent majoritairement auprès du gynécologue pour leur suivi gynécologique or la population des gynécologues médicaux vieillit et est en diminution. En effet, en 2016 on comptait 1212 gynécologues médicaux exerçant en France, soit 3,5 gynécologues pour 100 000 femmes⁶ et leur moyenne d'âge était de 60 ans. En 2013 leur taux d'accroissement annuel moyen était de -5,6% [11]. Cette situation résulte en grande partie de la réforme des études médicales de 1984 qui a conduit à l'arrêt de la formation spécifique de la gynécologie médicale, rétablie par la suite en 2000 par le secrétaire d'État à la Santé [12].

⁶âgées de 15 ou plus

Nous savons qu'en 2016 les gynécologues-obstétriciens étaient 4 724, soit 16,8 pour 100 000 femmes, leur moyenne d'âge était de 48 ans et leur taux d'accroissement était de 3,7% [13][14].

Au vu de la croissance démographique constante, du vieillissement de la population et de l'annonce de nombreux départs à la retraite de gynécologues médicaux, une problématique majeure s'installe : quelle sera la couverture gynécologique des Françaises dans les prochaines années ? Est-ce que les gynécologues-obstétriciens seuls seront assez nombreux pour garantir une prise en charge optimale des femmes ?

Nous pouvons émettre l'hypothèse que devant un nombre insuffisant de gynécologue-obstétriciens, les médecins généralistes et les sages-femmes devront assumer une partie des suivis gynécologiques afin d'assurer les besoins de la population française.

Mais est-ce que les femmes souhaitent intégrer les sages-femmes à la prise en charge de leur santé gynécologique ? Ont-elles suffisamment confiance en leurs qualifications pour leur confier ce suivi ?

Notre étude a révélé que 72,96% des interrogées aimeraient aller consulter une sage-femme pour son suivi gynécologique de prévention. Ce chiffre est à considérer avec précautions car notre étude a montré que 92,26% des femmes étaient satisfaites de leur suivi. De plus, la majorité des femmes avait deviné notre filière d'étude à la fin du questionnaire ainsi il est possible que certaines d'entre elles malgré l'anonymat des questionnaires, par souci de politesse et /ou ne voulant pas nous froisser avec leurs réponses ont répondu qu'elles ne seraient pas contre l'idée d'aller consulter une sage-femme. Il serait intéressant qu'une étude sur le ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique par les sages-femmes soit réalisée afin de statuer sur la vraisemblance de ce pourcentage. Cependant nous pouvons tout de même établir un lien entre les attentes des femmes vis-vis de la personne chargée de leur suivi gynécologique et leur souhait d'intégrer les sages-femmes à la prise en charge de leur santé gynécologique.

En effet, lors de l'analyse des attentes des interrogées vis-à-vis de la personne chargée de leur suivi, nous avons constaté que les femmes ont très majoritairement exprimé leur souhait d'avoir en face d'elles une personne douce, sans jugement, à l'écoute, respectueuse et bienveillante, notions retrouvées dans la représentation de la sage-femme et que nous verrons dans la dernière partie.

Ainsi, malgré le manque d'études réalisées en France sur l'opinion des femmes concernant la place des sages-femmes dans leur parcours de santé génésique, cette correspondance entre attentes des interrogées concernant la personne responsable de leur suivi et perception de la sage-femme nous laisse penser que ce pourcentage est plausible.

A noter que nous n'avons pas retrouvé de lien significatif entre l'âge, le niveau d'étude, l'appartenance à une CSP ou la parité et le fait d'envisager de se faire suivre par une sage-femme.

Ainsi avoir déjà fait la rencontre d'une sage-femme à l'occasion d'une grossesse ou d'un accouchement ne semble pas impacter la confiance que les femmes accordent aux sages-femmes vis-à-vis de leur santé.

Concernant le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous chez les femmes ayant un suivi gynécologique, nous remarquons que pratiquement la moitié l'obtient assez rapidement puisqu'elle l'obtient dans le mois qui suit.

En septembre et octobre 2012, l'UFC-Que Choisir avait mené une campagne d'appels auprès de 230 gynécologues pour estimer les délais d'attente moyens pour obtenir un rendez-vous. [15]

Nous constatons qu'il existe de très grandes disparités de coût de consultation et de délais moyen d'attente en fonction des villes et à l'intérieur même de celles-ci. Le sondage a relevé des délais d'attente moyens allant de 1 à 242 jours, la moyenne était d'environ 40 jours.

Ainsi les femmes constituant notre échantillon attendent en moyenne légèrement plus que la moyenne nationale pour obtenir une consultation gynécologique alors que la Région Rhône-Alpes était l'une des régions en 2016 les plus pourvues en gynécologues-obstétriciens[13].

Les coûts de consultation relevés dans cette campagne s'étendaient de 28 à 110 euros, la moyenne était de 37,44 euros ce qui se rapproche du coût moyen retrouvé dans notre étude de 39,64 euros.

A noter que le taux de remboursement de l'assurance maladie de 70% s'effectue sur une base de remboursement de 28 euros, tarif d'une consultation chez un gynécologue de secteur 1 et seulement sur une base de 23 euros chez un gynécologue de secteur 2 avec tarif libre .[16]

La diminution des gynécologues-médicaux risque de créer des villes voire des départements où il sera de plus en plus difficile d'obtenir un rendez-vous auprès d'un gynécologue-obstétricien dans des délais raisonnables.

L'étude réalisée par Opinioway avait révélé qu'au cours des 12 derniers mois 12% des femmes avaient dû renoncer à un rendez-vous avec un gynécologue ou un obstétricien en raison des délais d'obtention du rendez-vous, 6% du fait de l'éloignement géographique et 5% du fait de son coût.

Selon l'étude FECOND réalisée en 2013 [17], 41% des femmes ont recours à la pilule pour leur contraception, le deuxième moyen de contraception le plus utilisé est le DIU avec 22,6% des femmes.

Notre étude suit la même tendance puisque 42,35% des femmes que nous avons interrogées utilisaient la pilule et 15,31% le DIU.

Le fait que certaines femmes suivies par un gynécologue se dirigent vers leur médecin généraliste pour la prescription de leur moyen de contraception et que certaines femmes sous contraceptif n'aient pas de suivi reflète probablement des délais d'attentes trop longs pour obtenir un rendez-vous, conséquence de la diminution des gynécologues-médicaux. Ainsi, il est possible que dans les années à venir cette tendance s'accroisse et que les gynécologues soient de moins en moins chargés de la contraception de leurs patientes.

2.2. Les connaissances des récentes compétences des sages-femmes

L'hypothèse émise au début de notre étude a été confirmée. En effet, en moyenne 81,12% des femmes méconnaissent les différentes compétences des sages-femmes dans les domaines du suivi gynécologique de prévention, de la contraception et de l'orthogénie.

Notre étude en rejoint une autre de 2013 réalisée en Haute-Normandie dans le cadre d'un mémoire sage-femme qui avait montré que trois-quarts des femmes interrogées ignoraient que les sages-femmes pouvaient effectuer des consultations gynécologiques de prévention et de contraception [18]. Mais elle se distingue d'un autre mémoire réalisé en 2011 qui avait conclu qu'un peu plus de la moitié des interrogées pensaient qu'une SF pouvait prescrire un moyen de contraception à une femme durant toute sa vie[19].

En 2015 en Île de France, une étude réalisée dans le cadre d'une thèse sur les connaissances des compétences des sages-femmes libérales par les internes de médecine générale avait montré que 62% des internes interrogés avaient connaissance qu'une sage-femme était compétente pour la prescription d'un moyen de contraception [20]. Ce pourcentage diminue à 40% lorsqu'il s'agissait de réaliser la pose d'un DIU et à 33% lorsqu'il s'agissait d'un implant contraceptif sous-cutané. Seulement 36% et 35 % des internes savaient respectivement que les sages-femmes pouvaient réaliser des frottis cervico-utérins (FCU) et assurer le suivi gynécologique physiologique. Enfin, la compétence des sages-femmes la moins connue des internes en médecine générale était la même que les femmes interrogées dans notre étude : la vaccination contre les lésions du col de l'utérus (HPV).

Ainsi, nous constatons que le manque de communication au sujet des nouvelles compétences des sages-femmes touche les femmes mais également la population des internes en médecine générale et ainsi les médecins généralistes de demain.

De plus, ce n'est pas la seule profession médicale à être touchée par cette méconnaissance.

En effet selon une étude de 2012, 59,3% des pharmaciens avaient connaissance que la sage-femme pouvait prescrire l'implant contraceptif, et seulement 29% savaient qu'elle pouvait prescrire la vaccination HPV [21].

Il existe donc un réel manque de communication et d'informations sur les compétences des sages-femmes, et cela même auprès des professions ayant un rôle primordial dans la santé des femmes. Une prise en charge multidisciplinaire optimale implique une collaboration et une connaissance des compétences et limites de chacun.

En plus d'évaluer le niveau de connaissances des femmes, nous avons recherché quels facteurs pouvaient y être liés. Notre étude a montré que le niveau de connaissance des interrogées était significativement lié à l'âge ($p.value < 0,001$), la CSP ($p.value < 0,001$), la situation maritale ($p.value < 0,001$) et la parité ($p.value < 0,001$)

Un meilleur niveau de connaissance était observé chez les femmes de plus de 30 ans, chez les femmes au foyer et chez les femmes pacsées-mariées.

De plus, les femmes ayant été informées sur la profession de sage-femme via les mouvements de grève, par d'autres professionnels de santé, via les émissions de télévision et via leur grossesse ou accouchement, obtiennent significativement de meilleurs scores que les femmes ayant reçu des informations par l'entourage ou à l'occasion de leurs études.

Ainsi, nous distinguons que le niveau de connaissances des récentes compétences des sages-femmes est essentiellement lié à un facteur commun : être mère, avoir déjà vécu une grossesse ou un accouchement et de ce fait avoir déjà fait la rencontre de sages-femmes.

La clé du niveau de connaissance des femmes réside donc chez les sages-femmes elles-mêmes.

Après tout est-ce que ce n'est pas l'expérience qui fournit la matière de nos connaissances ?

2.3. La représentation sociale des sages-femmes

A notre connaissance aucune étude et publication n'ont été réalisées à ce sujet, ce qui donne à notre étude un aspect novateur en la matière.

Tout d'abord, rappelons quelques notions de psycho-sociologie concernant la RS.

Selon Claude Flament « la représentation sociale est un ensemble organisé de cognitions relatives à un objet, partagées par les membres d'une population homogène par rapport à cet objet ». En allant un peu plus dans le détail selon Abric : « La représentation restructure la réalité pour permettre une intégration à la fois des caractéristiques objectives de l'objet, des expériences antérieures du sujet, et de son système d'attitudes et de normes. Cela permet de définir la représentation comme une vision fonctionnelle du monde, qui permet à l'individu ou au groupe de donner un sens à ses conduites[...]» [22]. Autrement dit la RS permet à l'individu et/ou aux groupes de comprendre le monde extérieur pour guider leurs comportements et leurs pratiques.

Toute représentation est organisée autour d'un noyau central, l'élément fondamental. Il est lié aux conditions historiques, sociologiques et idéologiques, aux valeurs et aux normes.

C'est la base commune héritée par le groupe à travers la socialisation. C'est l'élément le plus stable de la RS, celui qui va le plus résister au changement.

Les éléments périphériques s'organisent autour du NC, ils constituent la partie la plus superficielle et la plus mouvante de la RS. C'est grâce à eux que la représentation peut s'inscrire dans la réalité du moment car, contrairement au NC, ils sont plus sensibles et résultent de l'actualité, des caractéristiques du contexte immédiat et des informations reçues par les individus.

Ils sont l'interface entre la réalité objective et le NC et permettent ainsi d'adapter la RS face à des évolutions de contextes.

L'étude de la RS de la sage-femme chez les femmes que nous avons interrogées et plus particulièrement l'étude du NC de cette représentation, a révélé que les femmes reliaient principalement cette profession à l'accouchement, aux bébés, à la grossesse et son suivi mais également à des qualités humaines comme l'écoute et la douceur. Ainsi la « place » de la SF dans le suivi de grossesse et la pratique de l'accouchement est bien identifiée et connue des femmes.

Nous pouvons également dire que les interrogées se représentaient la sage-femme comme une personne prodiguant des soins, ayant un rôle de conseillère, d'assistance et d'accompagnement.

Les indices de polarité et de neutralité nous indiquent que la plupart des mots ont été connotés positivement et très peu de façon neutre. Ainsi les femmes ont une vision positive de la profession.

Nous l'avons vu, la RS de la sage-femme des nullipares et des primi-multipares se regroupent beaucoup puisque les deux représentations présentent un grand nombre d'éléments communs et ce au niveau le plus central. Les éléments centraux partagés étaient : accouchement, accompagnement, à l'écoute, bébé, grossesse, naissance, préparation à l'accouchement et suivi de grossesse. Ces termes forment la base commune héritée des femmes.

Néanmoins certains termes étaient spécifiques à un groupe particulier. En effet, les termes « préparation à l'accouchement » et « à l'écoute » étaient plutôt spécifiques au groupe des primi-multipares ($p < 0,0001$ / $p < 0,02$) alors que le terme « bébé » lui était plus spécifique du groupe des nullipares ($p < 0,01$).

Les deux représentations partageaient d'autres éléments communs, mais la place de ces derniers à l'intérieur des RS variait en fonction de la parité. Cela était notamment le cas pour le mot « conseils » ayant une place centrale dans la RS des primi-multipares, alors qu'il n'apparaît qu'en 2ème périphérie dans celle des nullipares. Cette différence de pondération pourrait être la traduction du rôle important de conseillère qu'ont pu avoir les sages-femmes dans la prise en charge des femmes ayant déjà accouché au moins une fois.

D'autres éléments de la représentation permettent de distinguer les deux groupes. En effet, l'analyse des autres structures a mis en évidence des termes liés principalement à la période du post-partum pour la RS des primi-multipares comme par exemple « rééducation du périnée », « post-partum », « allaitement », « suivi du nouveau-né » et « suivi post-accouchement », termes qui d'ailleurs leur étaient significativement caractéristiques.

Alors que l'analyse des structures non centrales de la RS des nullipares a révélé des termes évoquant peut-être plus l'accouchement avec les termes « douleur », « patience », « conseils » et « hôpital », ce dernier étant le seul terme significativement lié aux groupes avec le terme central « bébé ».

Ainsi malgré de nombreux éléments communs, les deux RS sont bien distinctes. En effet, la vision de la sage-femme des primi-multipares est beaucoup plus riche et spécifique, elle rassemble des termes relevant de la période prénatale, natale et postnatale tandis que celle des nullipares semble plus approximative et repose beaucoup sur l'accouchement et ce qui en découle. Cela corrobore nos précédents résultats qui démontraient un meilleur niveau de connaissances des compétences des sages-femmes de la part des primi-multipares, et manifeste ainsi une cohérence interne de l'étude

Curieusement, malgré un moins bon niveau de connaissance des nullipares des récentes compétences des sages-femmes, les termes « contraception » et « suivi gynécologique » font partie de leur RS. Une des hypothèses serait que les nullipares ont eu des difficultés à trouver des mots à partir du mot inducteur sage-femme et ont donc inconsciemment repris les termes qu'elles avaient lu dans les questions précédentes.

En comparant les IP et IN des deux RS, on constate que les primi-multipares ont plus évoqué des mots à connotation positive que les nullipares. Cela s'est compensé par l'évocation d'un peu plus de mots neutres chez les nullipares en comparaison des primi-multipares. Cela rejoint notre impression de représentation un peu plus « floue » et superficielle de la profession de leur part.

V/Conclusion

Avant la loi HPST, seules les femmes enceintes et les jeunes mamans consultaient les sages-femmes. Depuis, la profession a connu une évolution sans précédent puisque toute femme en bonne santé peut dorénavant à tout période de sa vie faire appel à une sage-femme pour son suivi gynécologique de prévention et pour la prescription de sa contraception.

Notre étude avait pour objectif principal de déterminer le niveau de connaissance des femmes sur les compétences en gynécologie de prévention et contraception des sages-femmes.

A l'heure actuelle, la connaissance de leurs compétences dans ces domaines ne semble pas acquise et cela malgré la campagne d'information nationale lancée le 23 juin. Le fait que les lois HPST et Santé soient récentes et qu'il existe une offre de soins de sages-femmes encore très inégale peut expliquer une part de la méconnaissance de leurs compétences.

En attendant que l'offre de soins se définisse davantage et qu'une majorité de sages-femmes propose des consultations de contraception et de suivi gynécologique le Ministère de la Santé doit continuer d'informer les femmes sur les nouvelles capacités des sages-femmes en utilisant d'autres supports pour sensibiliser chacune d'entre elles. Mais c'est principalement au contact de sages-femmes que la connaissance des femmes sur la profession s'améliore, ainsi c'est par exemple lors de séances de préparation à l'accouchement ou encore d'un séjour en suites de couches, qu'il semblerait opportun d'informer les patientes sur leur profession, leurs différents rôles et missions.

L'étude nous a permis de montrer qu'une fois informées de leurs récentes compétences, les femmes étaient majoritairement prêtes à consulter une sage-femme pour leur suivi gynécologique de prévention ou pour leur contraception.

Cela va sans nul doute être une nécessité car la diminution du nombre de gynécologues-médicaux, risque d'augmenter les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous, de provoquer des difficultés d'accès géographique et d'induire au fil des années une dégradation de la santé des femmes en France.

Malgré une méconnaissance des récentes compétences des sages-femmes, l'étude de la RS a révélé que leur place au cours de la grossesse et de l'accouchement est connue par les femmes. Les femmes ayant déjà accouché maîtrisent également leurs diverses autres missions durant la période du post-partum. Leur vision de la profession est beaucoup plus large et détaillée que les nullipares et c'est très certainement dans leur RS que les nouvelles compétences des sages-femmes vont doucement faire leur apparition.

Dans un futur proche où gynécologues et gynécologues-obstétriciens risquent à manquer, les sages-femmes vont inmanquablement prendre une place importante dans la prévention de la santé génésique en assurant le suivi gynécologique et la contraception de nombreuses femmes.

Est-ce que les femmes en seront satisfaites ? Est-ce que l'arrivée des sages-femmes dans ces domaines permettra d'améliorer dans les prochaines années la couverture gynécologique et l'accès à la contraception en France et ainsi diminuer la morbi-mortalité féminine et le nombre d'IVG ?

Est-ce que les termes tels que « stérilet », « frottis » feront leur entrée dans la RS des sages-femmes au même titre que la rééducation du périnée ? Dans tous les cas, une collaboration entre gynécologues, médecins généralistes et sages-femmes sera alors primordiale pour la santé des femmes.

Références Bibliographie

[1] Décret n° 2016-743 du 2 juin 2016 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse et en matière de vaccination

[2] Loi n° 2009-584 du 16 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

[3] Institut National du Cancer. Cancer du sein. In: INCa. Les Cancers en France. Édition 2015. Boulogne-Billancourt:INCa ;2016. p.58-61

[4] Institut National du Cancer. Cancer du col de l'utérus. In: INCa. Les Cancers en France. Édition 2015. Boulogne-Billancourt:INCa ;2016. p.61-5

[5] Gambiez-Joumard A, Vallée J. Approche de la vision des femmes sur le suivi gynécologique systématique et les difficultés éprouvées pour le frottis cervico-utérin. Exercer 2011 ; 22 (n°98):122-28

[6] Ministère des Affaires sociale et de la Santé. Sage-femme [en ligne]. C2016 [consulté le 11/09/2016]. Disponible sur :<http://social-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/sages-femmes/>

[7] Abric JC. Méthodologie d'étude des représentations sociales. 1st éd. Ramonville Saint-Agne: Erès, 2003.

[8] Volent S. Un premier enfant à 28,5 ans en 2015 : 4,5 ans plus tard qu'en 1974. Insee Première n°1612, mars 2017

[9] Auzanneau N. Les femmes et l'accès à la santé [en ligne]. C 2011 [consulté le 21/04/2017].

Disponible sur : http://opinionlab.opinionway.com/dokumenty/opinionway_mgen_lmde_acces_sante_femmes_2011.pdf

[10] David M, Perigois E. Ressenti national des femmes à l'égard du suivi gynécologique. Institut d'études, de marchés et d'opinions BVA, 2008.

[11] Profil médecin. Gynécologue médical [en ligne]. C2016 [consulté le 05/04/2016]. Disponible sur : <http://www.profilmedecin.fr/contenu/chiffres-cles-gynecologue-medical/>

[12] Cohen J, Madelenat P, Levy-Toledano R, et al. Les acteurs. In : Gynécologie et santé des femmes, quel avenir en France?. 1st éd. Paris : Eska; 2000. p18-36

[13] Profil médecin. Gynécologue-obstétricien [en ligne]. C2016 [consulté le 05/04/2016]. Disponible sur : <http://www.profilmedecin.fr/contenu/chiffres-cles-gynecologue-obstetricien/>

[14] INSEE. Personnels et équipement de santé [en ligne]. C2017 [consulté le 04/04/2016].

Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2569382?sommaire=2587886#consulter>

[15] UFC Que choisir. Délai de rendez-vous chez le gynécologue. Plateforme ouverte des données publiques françaises [En ligne]. Octobre 2012 [Consulté le 1/04/2017].

Disponible sur : <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/delai-d-attente-rendez-vous-gynecologue-0/>

- [16] Assurance Maladie. Les consultations en métropole. [en ligne] C 2017 [consulté le 28/04/2017]. Disponible sur : <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/consultations/les-consultations-en-metropole/les-consultations-en-acces-direct-specifique.php>
- [17] Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C, et al. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif? Population & Sociétés [en ligne]. 2014 [consulté le 03/04/2017]. Disponible sur : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/176/publi_pdf1_population_societes_2014_511crise_pilule.fr.pdf
- [18] Petit M. Suivi gynécologique de prévention et consultations de contraception : état des lieux auprès des femmes et des sages-femmes de Haute-Normandie. Mémoire de sage-femme : Université de Rouen;2013.
- [19] Maury M. Nouvelles compétences en gynécologie et contraception : quel intérêt porté par les patientes, quels enjeux pour les SF ?. Mémoire de sage-femme : Université Paris Descartes;2011
- [20] Girardot A. Connaissance des compétences des sages-femmes libérales par les internes de médecine générale d'Île-de-France. Thèse d'exercice de médecine générale : Université Paris Diderot ;2015.
- [21] Gache B. Connaissance des pharmaciens d'officine à propos du droit de prescription des sages-femmes. Mémoire de sage-femme : Université d'Auvergne ;2012.
- [22] Abric JC. Les représentations sociales: Aspect théoriques. In : Pratiques sociales et représentations. 1st éd. Paris. PUF;2016. p15-47

Annexes

Annexe I : Questionnaire

Madame ,

Je suis Jennifer Lingen , étudiante à l'université Grenoble Alpes .

Je réalise actuellement un mémoire de fin d'étude sur la santé des femmes et leurs comportements vis à vis de celle-ci.

Pour la réalisation de ce travail, j'ai mis au point un questionnaire qui est de l'ordre de 10 minutes .

Vous êtes bien entendu libre de participer à cette étude .

Les données personnelles recueillies sont bien sûr confidentielles, anonymes, et ne seront en aucun cas diffusées.

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

QUESTIONNAIRE

CONTRACEPTION ET SUIVI GYNECOLOGIQUE

1. Avez - vous un suivi gynécologique ? OUI / NON
si OUI → passez à la question 3
si NON → passez à la question 2 puis directement à la 9

Si vous avez répondu NON à la question 1

2. Pour quelle raison ?
- Difficulté pour trouver un professionnel de santé pour ce suivi ?
 - Vous n'en voyez pas la nécessité pour le moment
 - Prix de la consultation trop élevé
 - Autre , précisez :

Si vous avez répondu OUI à la question 1

3. Quel professionnel de santé assure votre suivi gynécologique ?
4. Quel est en moyenne le coût d'une consultation ?
5. Quel est en moyenne le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous ?
6. Qu'est ce qui a motivé le choix de ce professionnel de santé ?
.....
7. Êtes-vous satisfaite par votre prise en charge ?
- Oui
 - Non pour quelle raison ?
8. Quelles sont vos principales attentes concernant le professionnel de santé chargé d'assurer votre suivi gynécologique de prévention ?
.....
.....

9. Quelle méthode de contraception utilisez-vous actuellement ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aucune | <input type="checkbox"/> Anneau Vaginal |
| <input type="checkbox"/> Préservatif | <input type="checkbox"/> Stérilet |
| <input type="checkbox"/> Pilule | <input type="checkbox"/> Méthode Naturelle (courbe de température , retrait...) |
| <input type="checkbox"/> Implant | <input type="checkbox"/> Méthode définitive (stérilisation) |
| <input type="checkbox"/> Patch oestro- progestatif | <input type="checkbox"/> Cape cervicale, Diaphragme, Spermicide |

10. Si vous en avez une, quel professionnel de santé vous a prescrit votre contraception ?

.....

SELON VOUS ET D'APRES VOS CONNAISSANCES (plusieurs réponses sont possibles)

Après de quels professionnels de santé, une femme en bonne santé peut-elle s'adresser pour ...

	Réponses	Pensez-vous à d'autres types de professionnels de santé vers qui une femme pourrait se diriger pour ce motif ?
11 - se faire prescrire la pilule		
12 -se faire prescrire une cape ou un diaphragme cervicale ?		
13 -se faire prescrire un anneau vaginal ?		
14 -se faire prescrire, poser ou retirer un implant ?		
15 -se faire prescrire, poser ou retirer un stérilet ?		
16 - se faire prescrire et réaliser le vaccin contre le cancer du col de l'utérus ?		
17 - réaliser son suivi gynécologique (<i>frottis, prélèvements vaginaux , dépistages de maladies sexuellement transmissibles etc...</i>) ?		
18 - obtenir des informations et/ou une consultation en vue de réaliser une IVG médicamenteuse?		
19 - diagnostiquer et traiter une infection vaginale ?		

ASSOCIATION LIBRE

20. Lorsque vous entendez le mot « **sage-femme** », quels sont les 5 mots ou expressions qui vous viennent **spontanément à l'esprit** ?

-		+	-	0
-		+	-	0
-		+	-	0
-		+	-	0
-		+	-	0

21. Classez les selon l'importance que vous leur accordez en inscrivant le nombre de point dans les petites cases de droite, **5 points pour le plus important**, 4 pour le suivant et ainsi de suite jusqu'à **1 point** pour celui que vous considérez étant **le moins important**.

22. Indiquez ensuite pour chaque mot si ces derniers ont une signification positive ou négative pour vous, en entourant le signe + ou - à côté du nombre de points. Si le mot a une signification /connotation neutre entourez le chiffre 0.

INFORMATION GENERALES

23. Quel âge avez-vous ?

24. De quelle nationalité êtes-vous ?

25. Quelle ville habitez-vous ?

26. Quel est votre niveau d'étude ?

- Collège
- BEP / CAP
- Lycée
- Enseignement supérieur
- Autre, précisez :

27. Quelle est votre situation professionnelle ?

- Étudiante
- Agricultrice
- Artisane, commerçante, chez d'entreprise
- Cadre
- Employée
- Femme au Foyer
- Ouvrière
- Profession intermédiaire
- Sans Profession
- Autre, précisez :

28. Êtes-vous ?

- Célibataire
- En couple
- Pacsée / Mariée

29. Avez-vous des enfants ? OUI / NON si OUI combien :

30. Quelle est votre couverture sociale ?

- Sécurité sociale
- Couverture Maladie Universelle (CMU)
- Aucune
- Mutuelle
- Aide Médicale d'État (AME)

Pour les questions 11 à 19 « Au près de quels professionnels de santé une femme peut-elle s'adresser pour ... » la réponse « sage-femme » était une réponse correcte pour toutes les situations citées .

En effet, depuis la loi HPST « Hôpital Patient Santé Territoire » de 2009 :

Les sages-femmes peuvent *prescrire et assurer le suivi de tous les moyens contraceptifs* tout comme les gynécologues et médecins généralistes. Elle peuvent également *assurer le suivi gynécologique de la femme en bonne santé et l'orienter vers un médecin lorsqu'elle dépiste une pathologie* .

De plus, depuis le vote du projet de loi santé en décembre 2015 :

Les sages-femmes peuvent également *réaliser les IVG par méthode médicamenteuse*.

Ces compétences dans les domaines de la contraception et de la gynécologie ont été reprises dans une récente campagne d'information intitulée :

« Au moins 6 bonnes raisons de consulter une sage-femme »

29. Avant ce questionnaire, avez-vous été sensibilisée par cette campagne ?

- Oui, si oui cela vous a-t-il permis d'en apprendre plus sur cette profession : OUI / NON
- Non

30. Par quel intermédiaire avez-vous bénéficié d'informations sur la profession de sage-femme ?

- Par vos études / votre travail
- A l'occasion de discussions avec vos amis et / ou votre famille
- Par les mouvements de grèves entrepris par les sages-femmes
- Via les émissions de télévision française (ex : les maternelles, baby boom ...)
- Par d'autres professionnels de santé (ex : médecin généraliste, pharmacien ...)
- Autre, précisez :

31. Si une situation, telle celles citées se présentait, aimeriez-vous consulter une sage-femme ?

- Oui pour toutes les situations
- Oui mais uniquement pour :
 - Prescription de cape ou diaphragme
 - Prescription de pilule
 - Prescription, mise en place, ou retrait d'implant / stérilet
 - Prescription et réalisation du vaccin contre le cancer du col de l'utérus
 - Suivi gynécologique de prévention (frottis, dépistage des MST...)
 - Obtenir des informations /une consultation en vue d'une IVG médicamenteuse
 - Diagnostic et traitement d'une infection vaginale (mycose)
- Non pour toute les situations
pour quelle(s) raison(s) :
 - Habitudes avec le professionnel qui vous suit
 - Vous pensez que les sages-femmes sont moins compétentes dans ces domaines
 - Autre, précisez :

Je vous remercie du temps et de l'attention que vous avez consacré à ce questionnaire.

Annexe II :Analyse prototypique « sage-femme » selon la population totale interrogées

Mots Induits	Fréquence citation	Rang Moyen
à l'écoute	14,29	3,46
accompagnement	8,67	3,59
accompagnement à l'accueil du bébé	0,51	4
accompagnement à devenir mère	1,02	4
accompagnement à l'accouchement	0,51	4
accompagnement de la femme enceinte	1,02	4
accompagnement des futurs parents	0,51	5
accompagnement après accouchement	0,51	1
accompagnement médical	0,51	4
accouchement	67,35	3,92
accouchement difficile	0,51	2
accouchement à domicile	1,53	1,67
accueillante	1,02	3
accueil de l'enfant	0,51	5
accueil des familles	0,51	2
acupuncture	0,51	2
aide	5,1	2,8
aide à l'accouchement	2,04	4,25
aide aux jeunes mamans	0,51	2
aide en post-natale	0,51	4
aime la profession	0,51	3
allaitement	3,57	2,29
amour	0,51	3
angoisse	0,51	3
apaisement	0,51	3
apprentissage	0,51	5
attentive	0,51	4
assistance	1,02	1,5
baby-boom	1,02	2,5
bébé	26,53	3,06
belle profession	1,53	3,33
bien-être	0,51	1
bienveillance	1,53	2,33
blouse blanche	1,53	1,67
bonheur	1,02	1
césarienne	0,51	1
coaching	1,02	1,5

compétence	2,04	3,75
compréhensive	1,53	3
confiance	1,53	3,33
confidence	0,51	1
connaissance	1,02	4
connaissance du corps des femmes	0,51	1
conseils	8,67	2,65
conseils allaitement	0,51	1
conseils nouveau né	0,51	2
conseils pédiatriques	0,51	1
conseils post accouchement	0,51	3
consultation	1,02	2,5
contact	0,51	2
contraception	4,59	2,67
couple enfant maman	0,51	2
courage	1,53	3,67
couveuse	0,51	3
déchirure vaginale	0,51	1
détermination	0,51	4
dévouement	0,51	2
diabète gestationnel	0,51	1
dialogue	1,02	3
difficile	0,51	2
disponibilité	2,55	3,4
docteur	0,51	3
douceur	5,61	2,91
douleur	3,06	1,33
échange	0,51	5
échographie	1,02	2,5
émotion	0,51	1
empathie	1,02	4
enceinte	3,57	2
encouragement	1,02	3,5
enfant	12,24	3,13
épuisement	0,51	2
étude	1,02	3
exercice	1,02	2,5
expérience	1,02	3,5
explications des soins du nouveau né	0,51	2
femme	9,18	2,06
femme enceinte	1,53	4

gants	0,51	1
gentillesse	1,53	2
gestion de la douleur	1,02	2
gestion natalité	0,51	1
grève	0,51	2
grossesse	14,8	3,97
gynécologue	2,55	2,6
haptonomie	0,51	1
hôpital	15,31	2,17
hospitalisation	0,51	3
humain	1,02	4
hygiène	0,51	4
impatiente	0,51	3
implication	0,51	1
infirmière	2,55	3,8
information	1,02	3
intermédiaire	0,51	2
intimité	0,51	3
sage femme qui m'a accompagné	0,51	1
libéral	0,51	1
ma sœur	0,51	1
machiste	0,51	3
maïeutique	0,51	4
maman	0,51	3
maternité	11,22	2,77
médecin	2,04	3,25
médecine	5,1	2,7
médicalisation de la société	0,51	2
métier	0,51	1
moins qualifiée	0,51	2
monitoring	0,51	1
moralisatrice	0,51	1
mort-né	0,51	1
naissance	20,41	3,33
nouveau-né	3,57	3,14
obstétricien	0,51	1
obstétrique	0,51	3
ouvert d'esprit	0,51	5
passion	1,53	4,67
parents	0,51	2
partenaire de l'obstétricien	0,51	2

patience	2,55	2,4
péridurale	1,53	1,33
périnée	1,53	2
peu connu et reconnu	0,51	1
planning familiale	1,02	1,5
plus de disponibilité	0,51	2
possibilité de danger	0,51	2
post-partum	3,57	2
poussez	0,51	1
premiers jours du nouveau-né	0,51	4
prendre soin	0,51	4
préparation à l'accouchement	18,88	3,78
prescription	0,51	3
prescription de la pilule	0,51	2
prescription médicale	1,53	3,67
présence	0,51	2
presque le travail du gynécologue	0,51	4
prévention	1,02	3
prise en charge parent enfant	2,04	3
proche de la mère	0,51	5
profession de santé	1,02	2
profession médicale	4,08	3,5
professionnel	2,04	2
proximité	0,51	2
qui est à côté de la femme pendant l'accouchement	0,51	2
rassurante	3,57	1,86
rééducation du périnée	11,22	2,41
relaxation	0,51	2
remplacement du gynécologue en cas d'urgence	0,51	4
respect	1,02	1,5
respirez-soufflez	0,51	2
responsabilité	0,51	5
revalorisation métier	0,51	3
sage	1,02	1,5
sage femme homme	3,06	2,5
sage femme à domicile	1,02	4,5
salle de travail	0,51	2
sang	0,51	4
santé	1,02	3
sauveuse	0,51	5

savoir	0,51	2
savoir faire	0,51	4
séance pré et post natale	0,51	1
sécurité	1,02	4,5
s'occuper de son bébé	0,51	4
soin	6,63	3
soin nouveau-né	1,02	3,5
soulage la douleur	0,51	2
soulage les femmes	0,51	2
soutien	3,06	2,67
soutien à l'accouchement	0,51	2
sourire	1,02	2,5
suite de couche	1,53	3,33
spécialisation	1,02	1
stérilisation	0,51	1
suivi	4,08	2,88
suivi à domicile	1,02	1,5
suivi de grossesse	18,37	3,86
suivi de la femme	1,02	4
suivi de la santé de la mère	0,51	3
suivi gynécologique	3,57	3
suivi médicale	1,53	2,67
suivi du nouveau-né	2,04	3,25
suivi personnalisé	1,02	4
suivi post accouchement	4,59	2,89
suivi psychologique	0,51	1
surveillance	0,51	3
sympa	1,02	3
pacte	0,51	1
toilette du nourrisson	0,51	1
travail	0,51	1
utérus	0,51	2
vaccin	0,51	1
vagin	0,51	3
vie	2,55	4
Moyenne	4,67	2,63

Annexe III: Calculs des seuils binomiaux

Calcul du seuil binomial pour la Population totale

Nbre de mots différents	194			
Nbre de mots moyen par personne	4,63			
Nbre d'interrogées	196			
k	0,0238659794	binomiale	p-value	%
0	0,0087872312		0,9912127688	0
1	0,0508965227		0,9491034773	0,510204082
2	0,151277718		0,848722282	1,020408163
3	0,3099871179		0,6900128821	1,530612245
4	0,4972146786		0,5027853214	2,040816327
5	0,6729952271		0,3270047729	2,551020408
6	0,809806771		0,190193229	3,06122449
7	0,9005988826		0,0994011174	3,571428571
8	0,9530421505		0,0469578495	4,081632653
9	0,9798261173		0,0201738827	4,591836735
10	0,9920718934		0,0079281066	5,102040816
11	0,9971345257		0,0028654743	5,612244898

Calcul du seuil binomial pour le sous-groupe des Nullipares

Nbre de mots différents	151			
Nbre de mots moyen par personne	3,56			
Nbre d'interrogées	117			
k	0,0235761589	binomiale	p-value	%
0	0,0613323867		0,9386676133	0
1	0,2345972112		0,7654027888	0,854700855
2	0,4772431753		0,5227568247	1,709401709
3	0,7018300304		0,2981699696	2,564102564
4	0,8563782012		0,1436217988	3,418803419
5	0,9407130332		0,0592869668	4,273504274
6	0,9787239577		0,0212760423	5,128205128
7	0,9932774777		0,0067225223	5,982905983
8	0,9981092385		0,0018907615	6,837606838

Calcul du seuil binomial pour le sous-groupe Primi-multipares

Nbre de mots différents	104			
Nbre de mots moyen par personne	4,67			
Nbre d'interrogées	79			
k	0,0449038462	binomiale	p-value	%
0	0,0265289828		0,9734710172	0
1	0,1250625337		0,8749374663	1,265822785
2	0,3057321766		0,6942678234	2,53164557
3	0,5237495493		0,4762504507	3,797468354
4	0,7185012002		0,2814987998	5,063291139
5	0,8558449346		0,1441550654	6,329113924
6	0,9354839288		0,0645160712	7,594936709
7	0,9745308712		0,0254691288	8,860759494
8	0,9910529993		0,0089470007	10,12658228
9	0,9971809924		0,0028190076	11,39240506

Annexe IV : Effectifs de citation des éléments de la RS en fonction de la parité

		Nullipares	Primi- multipares	P value
Conseils	Cité	5	12	p<0,008
	Non cité	112	67	
Enfant	Cité	20	4	p<0,02
	Non cité	97	75	
Femme	Cité	11	7	p<0,9
	Non cité	106	72	
Hôpital	Cité	25	5	p<0,005
	Non cité	92	74	
Maternité	Cité	16	6	p<0,2
	Non cité	101	72	
Aide	Cité	8	2	Test de Fischer p<0,4
	Non cité	109	77	
Allaitement	Cité	1	6	Test de Fischer p<0,02
	Non cité	116	73	
Contraception	Cité	7	2	Test de Fischer p<0,4
	Non cité	110	77	
Douceur	Cité	4	7	Test de Fischer P<0,2
	Non cité	113	72	
Douleur	Cité	6	0	Test de Fischer p<0,09
	Non cité	111	79	
Enceinte	Cité	3	4	Test de Fischer p<0,5
	Non cité	114	75	
Médecine	Cité	9	1	Test de Fischer p<0,06
	Non cité	108	78	
Patience	Cité	5	2	Test de Fischer p<0,8
	Non cité	112	77	
Post-partum	Cité	1	6	Test de Fischer p<0,02
	Non cité	116	73	
Profession médical	Cité	7	1	Test de Fischer p<0,2
	Non cité	110	78	
Réduction du périnée	Cité	4	18	p<0,0001
	Non cité	113	61	

Soin	Cité	10	3	Test de Fischer p<0,3
	Non cité	107	76	
Suivi	Cité	3	5	Test de Fischer p<0,3
	Non cité	114	74	
Suivi gynécologique	Cité	5	2	Test de Fischer p<0,8
	Non cité	112	77	
Suivi du nouveau-né	Cité	0	4	Test de Fischer p<0,03
	Non cité	117	75	
Suivi post-accouchement	Cité	2	7	Test de Fischer p<0,04
	Non cité	115	72	
Vie	Cité	5	0	Test de Fischer p<0,09
	Non cité	112	79	

Résumé

Résumé

Objectifs : Analyser les connaissances des femmes à propos des compétences en gynécologie des sages-femmes, l'organisation du suivi gynécologique et leur représentation sociale de la sage-femme.

Matériel et Méthode : Nous avons réalisé une étude descriptive auprès de femmes de 18 à 49 ans, dans plusieurs lieux publics de Grenoble, de mi-septembre 2016 à mi-janvier 2017. Les critères de jugement comprenaient les taux de bonnes réponses concernant les compétences, le coût moyen d'une consultation, le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous, et la représentation sociale de la sage-femme.

Résultats : Sur 196 femmes interrogées, 18,70% des femmes avaient connaissance des récentes compétences des sages-femmes. Elles étaient majoritairement suivies par un gynécologue. Une consultation coûtait en moyenne 39,64 euros et le délai d'obtention de rendez-vous était de 7 semaines. Les femmes reliaient principalement la profession de sage-femme à l'accouchement, la grossesse et son suivi mais également à des qualités humaines comme l'écoute et la douceur.

Conclusion : Les compétences des sages-femmes semblent méconnues, outre celles, historiques, autour de la naissance. Dans un contexte où les femmes risquent d'avoir de plus en plus de difficulté à obtenir un rendez-vous auprès de gynécologues, l'information de ces compétences doit être mieux relayée.

Mots clés : Compétences sage-femme ; Contraception ; Suivi gynécologique ; Représentation sociale de la sage-femme

Abstract

Objectives: To analyze women's knowledge of midwifery gynecology skills, organization of gynecological monitoring and their social perception of the midwife.

Materials and methods: We carried out a descriptive study among 18-to49-year-old women in several public places in Grenoble from mid-September 2016 to mid-January 2017. The assessment criteria included response rates truly representative of the skills, the average cost of a consultation, the waiting time for an appointment, and the social perception of the midwife.

Results: Of 196 women interviewed, 18.70% of women had knowledge of recent midwifery skills. They were mostly followed by a gynecologist. A consultation costed on average 39.64 euros and the waiting time for an appointment was 7 weeks. Women mainly linked midwifery with childbirth, pregnancy and its monitoring, but also with human qualities such as listening and gentleness.

Conclusion: The midwives' skills seem to be unknown, besides the historical skills around birth. In a context in which women may find it increasingly difficult to get an appointment with gynecologists, information about these skills needs to be better relayed

Keywords: Midwifery ; Contraception ; Gynecological monitoring ; Social representation of the midwife