



HAL
open science

Place des sages-femmes dans la prise en charge des couples hypofertiles : étude qualitative menée auprès de sages-femmes libérales

Louise Pouchol

► **To cite this version:**

Louise Pouchol. Place des sages-femmes dans la prise en charge des couples hypofertiles : étude qualitative menée auprès de sages-femmes libérales. Gynécologie et obstétrique. 2017. dumas-01664120

HAL Id: dumas-01664120

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01664120>

Submitted on 14 Dec 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.

UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE ET MAIEUTIQUE
FILIERE MAIEUTIQUE

PLACE DES SAGES-FEMMES DANS
LA PRISE EN CHARGE DES COUPLES
HYPOFERTILES

Étude qualitative menée auprès de sages-femmes libérales

Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'État de Sage- Femme
présenté et soutenu par
Louise POUCHOL
sous la direction de Madame Anne- Sophie PIHEN
enseignante en maïeutique à la faculté de Médecine et Maïeutique

ANNEE UNIVERSITAIRE 2016 - 2017

UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE ET MAIEUTIQUE
FILIERE MAIEUTIQUE

PLACE DES SAGES-FEMMES DANS
LA PRISE EN CHARGE DES COUPLES
HYPOFERTILES

Étude qualitative menée auprès de sages-femmes libérales

Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'État de Sage- Femme
présenté et soutenu par

Louise POUCHOL

sous la direction de Madame Anne- Sophie PIHEN
enseignante en maïeutique à la faculté de Médecine et Maïeutique

ANNEE UNIVERSITAIRE 2016 - 2017

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier vivement toutes les personnes qui m'ont aidée ou soutenue pour la réalisation de ce mémoire.

Tout d'abord Madame Anne-Sophie PIHEN, qui m'a aidée au double titre de sage-femme enseignante référente et directrice de mémoire, pour son accompagnement, ses conseils avisés, et sa grande disponibilité.

Mes attentives relectrices, Adélaïde principalement, mais aussi Eléonore, Marie-France et Maman.

Les sages-femmes grâce auxquelles ce mémoire existe, celles qui m'ont donné l'idée de ce mémoire et m'ont aidée dans sa réalisation, notamment Juliette et Laurence, puis celles qui ont accepté de se livrer aux entretiens. Elles doivent rester anonyme, mais je les remercie particulièrement pour leur enthousiasme.

A ma famille et mes amis pour leur soutien.

Je tiens également à exprimer ici ma grande reconnaissance à Madame Christiane ROUX, qui a accepté mon arrivée à la Faculté de Médecine et Maïeutique de Lille en cours de cursus, sans laquelle je n'aurais jamais été sage-femme.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION.....	3
II. MATERIEL ET METHODE.....	7
III. RÉSULTATS.....	10
1. EFFECTIF	10
2. POPULATION	10
3. PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE.....	11
4. SOLLICITATION DES SAGES-FEMMES PAR LES COUPLES HYPOFERTILES.....	17
5. SPÉCIFICITÉ DE CES PRISE EN CHARGES	19
6. COMPÉTENCE DES SAGES-FEMMES DANS LE DOMAINE DE L'HYPOFERTILITÉ.....	23
7. DIFFICULTÉS DU SUIVI.....	25
8. REGARDS DE SAGES-FEMMES SUR CES PRATIQUES ET SUR L'HYPOFERTILITÉ	28
IV. ANALYSE ET DISCUSSION	31
1. ANALYSE CRITRIQUE DE L'ÉTUDE.....	31
2. ANALYSE ET DISCUSSION	34
A. LEGITIMITE ET COMPETENCE DES SAGES-FEMMES	34
B. RÔLE ET IDENTITE DES SAGES-FEMMES	39
V. CONCLUSION.....	45
BIBLIOGRAPHIE	47

GLOSSAIRE

AMP : Assistance Médicale à la Procréation

DIU : Diplôme Inter Universitaire

DU : Diplôme Universitaire

FIV : Fécondation In Vitro

MAC : Médecines Alternatives Complémentaires

MAO : Méthode d'Auto Observation

NPT : NaPro Technologie

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OPK : Ovaires Poly Kystiques

PMA : Procréation Médicalement Assistée

AVERTISSEMENT

Nous n'oublions pas les hommes sages-femmes, mais dans ce travail nous utiliserons systématiquement le féminin pour parler de la profession, et ceci pour des facilités d'écriture.

I. INTRODUCTION

De la matrone à la sage-femme, le rôle de celles qui accompagnent les femmes au moment de donner la vie a évolué au cours des siècles et selon les cultures. En France, la place tenue par les sages-femmes s'est modifiée au rythme de la société. Elles y ont, au Moyen-Âge, une place prépondérante, et l'importante mortalité materno-infantile met la profession presque autant au cœur de la mort que de la vie ; ainsi, d'une part elles portent les enfants sur les fonts baptismaux, et de l'autre elles donnent l'extrême onction aux mourantes (Andrès, 2016). Au début du XX^{ème} siècle, les sages-femmes voient leur monopole en ce qui concerne la maternité diminuer par l'arrivée des médecins accoucheurs. Cette évolution s'accélère dans la deuxième moitié du siècle lorsque la maternité quitte le domaine de l'intimité familiale pour celui, médicalisé, de l'hôpital. Dans les années 1960-1970, la profession est même en voie de disparition (Knibiehler, 2007). Aujourd'hui, pour pratiquer les accouchements, il faut travailler en structure hospitalière. Rares sont celles qui les pratiquent encore à domicile. Au contraire, dans l'exercice libéral qui se développe de nouveau depuis les deux dernières décennies (DREES, 2012), les sages-femmes étendent progressivement leur champ de compétence pour tout ce qui concerne la femme, sauf l'accouchement : suivi des grossesses, préparation à la naissance, suivi post-natal, rééducation périnéale, et, depuis la loi HPST¹ de 2009, le suivi gynécologique de prévention, dans la limite de la physiologie.

Le référentiel métier² a retenu, comme étant l'une des huit principales situations de soin que doit savoir gérer une sage-femme, la réalisation d'une consultation de contraception et de suivi gynécologique de prévention. Elle est donc habilitée à « *décider de l'indication et d'une stratégie de prise en charge et d'accompagnement [...] en utilisant des supports pédagogiques, en étant à l'écoute de ses attentes et de son mode de vie [...], en expliquant la physiologie de la fécondité, des cycles et de la vie sexuelle* ³ ». Dans cette optique, les sages-femmes peuvent développer une pédagogie permettant aux patientes de comprendre et de connaître leur cycle et

¹ Loi HPST- LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Article 86

² Le Référentiel métier et compétence des sages-femmes a été réalisé en 2010 par le Collectif des Associations et des Syndicats de Sages-Femmes (CASSF), le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF) et le ministère de la santé et des sports. Mission « évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé.

³ Extrait de la situation 7 du référentiel métier

leur fertilité par l'observation rigoureuse des marqueurs de fertilité (glai­re cervicale et température, principalement), elles sont en mesure de détecter, à partir de cela, certaines pathologies ou anomalies du cycle, parfois même avant un désir de grossesse. Le cas échéant, elles peuvent orienter la patiente vers un médecin pour une prise en charge gynécologique adaptée.

Ce rôle pédagogique des sages-femmes est d'autant plus important que les études ont montré que la connaissance par les couples de la période fertile du cycle augmente les chances de conception (Bigelow, et al., 2004) (Fehring , 2002) (Keulers, Hamilton, Franx, Evers, & Bots, 2007). La maîtrise par les sages-femmes de cette clinique de la gynécologie et de la fertilité devient alors également un outil diagnostic et de prévention (Boyle & Stanford, 2011), utile notamment pour la réalisation de la consultation préconceptionnelle telle qu'elle est définie par l'HAS. Son objectif est que *« dès lors qu'ils expriment un projet de grossesse, toutes les femmes et tous les couples bénéficient en période préconceptionnelle d'informations et de messages de prévention, et se voient proposer des interventions adaptées si besoin »* (HAS, 2009).

De plus, les sages-femmes ont accès à un nombre limité de formations complémentaires (DU ou DIU) qui, conformément aux articles R.4127-339 et R.4127-340 du Code de la santé publique, sont reconnues par le Conseil National de l'ordre des sages-femmes⁴ et peuvent être revendiquées officiellement par les sages-femmes en plus de la pratique habituelle du métier. Cela leur permet notamment de se former aux médecines alternatives complémentaires qu'elles peuvent pratiquer aussi dans le cadre de l'hypofertilité.

S'il est souvent question de fertilité, c'est qu'elle fait parfois défaut, aussi la maternité est-elle depuis toujours liée à son contraire, l'infertilité. Celle-ci peut être temporaire ou permanente, auquel cas on parlera de stérilité. De tout temps, elle est considérée comme une injustice, une malédiction.

L'OMS définit l'infertilité comme l'absence de grossesse chez les femmes en âge de procréer (18 à 45 ans) au bout de 24 mois de rapports sexuels non protégés, et on parle

⁴ Liste des formations reconnues et autorisées consultable sur le site internet du Conseil de l'Ordre des Sages- Femmes : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/Liste-des-DU-DIU.pdf>

d'hypofertilité lorsqu'aucune grossesse n'est obtenue dans les six premiers mois. (Brzakowski, et al., 2009).

Ces dernières décennies ont été marquées par une augmentation du nombre de couples infertiles ou hypofertiles. En 1991, en France, un couple sur sept consultait pour des troubles de la fertilité (Thonneau, et al., 1991). En 2014, selon les différentes études, un couple sur six à un couple sur cinq consulte pour infertilité (Bry- Gaillard, Massin, & Young, 2014) (Ohanessian, Gamberre, & Agostini, 2014). La prévalence de l'infertilité en France est aujourd'hui de 15 %. Cette augmentation de la prévalence de l'infertilité peut en partie être imputée aux changements sociétaux : la contraception, la prolongation des études supérieures, l'insertion des femmes dans la vie active ou le souhait d'accueillir un enfant dans un cadre de vie familiale stable contribuent à retarder la décision de faire un enfant (Epelboin, 2009). L'âge moyen de la première grossesse est donc de plus en plus tardif, 26 ans en 1990, 29 ans en 2000 et 30,1 ans en 2010 (Ohanessian, Gamberre, & Agostini, 2014) (Salama, Muratorio, Torre, Paillusson, & Wainer, 2011) (Sullerot, 2005).

D'autre part, on note une demande de prise en charge plus globale de la part des couples et un vécu difficile des parcours d'AMP. Certaines études révèlent un nombre d'abandon des procédures atteignant parfois 60 %, la plupart étant liés à des difficultés émotionnelles ou psychologiques (Goëb, et al., 2006). La participation, en apparence limitée, de l'homme est parfois très mal vécue dans ces situations où il est bien souvent mis à l'écart du couple femme-médecin (Almeida, Nix- Muller, Germond, & Ansermet, 2002).

Il apparaît ainsi que le suivi initial des couples qui souffrent d'hypofertilité entre légitimement dans le domaine de compétence des sages-femmes, et qu'il l'implique dans tous ses facettes : écoute, accompagnement, suivi global des femmes, dépistage, prévention, rôle éducatif et pédagogique, et, bien sûr, connaissances médicales.

Dans ce travail, nous nous demandons donc comment les sages-femmes peuvent prendre en charge les couples hypofertiles tout en restant dans leur domaine de compétence, tel qu'il est défini actuellement.

Pour cela, nous nous occuperons principalement de décrire l'activité des sages-femmes en lien avec les couples hypofertiles. Nous voulons aussi déterminer les obstacles et difficultés rencontrés dans cette pratique, appréhender les représentations que les sages-femmes ont de ce

suivi des couples hypofertiles, et comprendre comment, dans ce suivi, elles se situent par rapport à la limite entre physiologie et pathologie.

II. MATERIEL ET METHODE

1. TYPE D'ETUDE

Nous avons mené une étude qualitative par entretien auprès de sages-femmes libérales dont le recrutement s'est fait par la méthode dite « de proche en proche ». (Blanchet & Gotman, 2012)

2. POPULATION- TERRAIN

Pouvaient être inclus dans l'étude les sages-femmes libérales qui, d'une manière ou d'une autre, prennent en charge les couples ou femmes hypofertiles, même s'il ne s'agit que du dépistage et de la prévention des troubles de la fertilité. Nous avons limité notre recherche à celles qui exercent en libérales puisque notre étude porte sur la réponse que peut apporter une sage-femme en « premier recours », de manière autonome ou dans le cadre d'un suivi gynécologique.

Les sages-femmes entrant dans le cadre de notre étude constituant une population très restreinte, notre recherche s'est étendue à la France entière, de mai à fin octobre 2016. Les entretiens quant à eux, se sont tenus entre juillet et novembre 2016

3. CRITERES DE JUGEMENT

Nous avons retenu plusieurs critères de jugements à partir desquels nous avons construit notre grille d'entretien.

- La place de l'hypofertilité dans l'activité de la sage-femme ainsi que l'importance de la sollicitation des patientes pour ce motif.
- Le mode d'accès ou d'entrée des patientes.
- Le type de réponse apportée à la demande des patientes, le type de problèmes traités et la place accordée au conjoint dans ces situations.
- La stratégie mise en place, le cas échéant, pour informer/ former les femmes à la connaissance de leur corps.
- La place de la physiologie dans ces suivis de situations pathologiques et les bénéfices attendus pour la patientes selon la sage-femme.

- L'aisance et le sentiment de compétence face à ces situations et les formations complémentaires nécessaires ou souhaitées par la sage-femme pour pouvoir répondre à ces problématiques.
- Les obstacles et difficultés rencontrés.
- Les représentations que se fait la sage-femme de l'hypofertilité et de l'infertilité.
- Le parcours professionnel de la sage-femme.

4. OUTILS

Nous avons mené notre recherche par des entretiens semi-directifs auprès des sages-femmes ayant accepté de participer à l'étude. La grille d'entretien initiale [cf. Annexe I] a été construite entre mai et juillet 2016 à partir des critères de jugement choisis en fonction, d'une part des objectifs de notre étude, et d'autre part des entretiens exploratoires informels que nous avons menés auprès de sages-femmes concernées ou non par le suivi des couples hypofertiles.

La grille d'entretien était volontairement peu détaillée, ce qui permettait à la fois d'obtenir les réponses attendues par rapport aux critères de jugement, et de laisser à la sage-femme la possibilité d'exprimer ses représentations ou d'autres particularités de sa pratique professionnelle qui débordaient le cadre strict de nos critères de jugement mais permettaient d'enrichir la recherche. Au fil des entretiens, la grille s'est donc adaptée à la grande diversité des sages-femmes par rapport à leur pratique professionnelle en matière d'accompagnement et de suivi. Par ailleurs, afin d'encourager les sages-femmes à exprimer librement leur représentation de ce suivi, nous avons systématiquement achevé l'entretien en leur demandant si elles souhaitaient ajouter quelque chose qui leur semblait important sur leur rôle auprès des couples ou femmes hypofertiles.

5. MÉTHODE D'ANALYSE

Pour l'exploitation des données, nous avons d'abord procédé à une analyse par entretien (Blanchet & Gotman, 2012) afin de mettre l'accent sur la singularité et le lien entre les représentations de chaque sage-femme et leur pratique professionnelle. De ce fait, nous avons pu établir clairement les différents types de prise-en-charge des sages-femmes interrogées.

Suite à cela, nous avons fait une analyse thématique de l'ensemble des entretiens (Blanchet & Gotman, 2012). Cela nous a permis de déterminer les points communs entre les

sages-femmes et une cohérence inter-entretien, mais également de souligner les variations dans leurs représentations et leurs pratiques. Les thèmes analysés correspondaient aux critères de jugement présentés précédemment.

6. MODE DE RECUEIL DES DONNEES

Les conditions d'entretien étaient variables selon le lieu d'exercice des sages-femmes. Lorsque c'était possible, ils ont eu lieu au cabinet de la sage-femme, sinon, les entretiens étaient faits par téléphone. Dans tous les cas ils ont été enregistrés, puis intégralement retranscrits pour permettre l'analyse des données.

7. AUTORISATION ET CONSIDERATIONS ETHIQUES

Nous avons présenté en mai 2016 notre projet de mémoire. Nous avons alors reçu une autorisation préalable de nos référents pédagogiques pour la réalisation de l'étude, et en juillet 2016, nous avons reçu l'avis favorable du CIER⁵ [Cf. Annexe II]. Ainsi, notre recherche a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL⁶ et le mode recueil des données envisagé a été jugé éthique.

Préalablement aux entretiens, nous informions les sages-femmes de l'objectif et du cadre de l'étude ainsi que du traitement anonyme des données personnelles qui ressortiraient des entretiens. Nous les informions également que leur participation à l'étude était libre et qu'elle pouvait s'en retirer à tout moment. Elles ont signé une fiche de consentement en ce sens [Cf. Annexe III].

⁵ CIER : Comité Interne d'Éthique de la Recherche médicale du GHICL (Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille)

⁶ CNIL : Commission Nationale Informatique et Libertés

III. RÉSULTATS

1. EFFECTIF

Nous avons recruté 13 sages-femmes par la méthode de proche en proche (Blanchet & Gotman, 2012) . La recherche a cessé quand les sages-femmes contactées nous réorientaient vers des sages-femmes faisant déjà partie de l'étude.

Ainsi, parmi les 32 sages-femmes dont nous avons eu les coordonnées, 12 d'entre elles sont restées injoignables malgré nos multiples relances, et 7 autres ne répondaient pas aux critères d'inclusion (il s'agissait principalement de sages-femmes n'exerçant pas ou plus en libéral). Finalement, il restait les 13 sages-femmes ayant accepté de participer à l'étude.

2. POPULATION

Toutes les sages-femmes interrogées sont des femmes, parce que les quelques hommes dont nous avons eu les coordonnées ne répondaient pas aux critères d'inclusion. Elles ont été diplômées entre 1981 et 2013. Puisque c'était un des critères d'inclusion, toutes ont une activité de sage-femme en libéral, mais deux d'entre elles exercent également à temps partiel en milieu hospitalier.

Afin de préserver l'anonymat des sages-femmes qui ont participé à l'étude, leurs prénoms ont été changés.

Dans le tableau suivant, les parcours des différentes sages-femmes interrogées ont été synthétisés en trois dates : obtention du diplôme, installation en libéral et première formation liée à l'infertilité ou du début de ce type de suivi. Ce tableau est également donné en annexe « volante » afin de faciliter la lecture de ce travail [Cf. Annexe IV].

Tableau 1: Parcours des sages-femmes

	Année de diplôme	Année d'installation en libérale	Début d'accompagnement de l'hypofertilité
Anne		1992	2007
Frédérique	1981	2002	2006
Claire	1984	2012	1985
Caroline	1991	2012	2014
Sophie	1992	2002	2006
Valérie	1994	2014	2006
Aude	1996	2008	2009
Laurence	2001	2014	1998
Anaïs	2003	2005	2011
Marion	2004	2014	2008
Charlotte	2009	2010	2012
Laure	2012	2012	2012
Camille	2013	2013	2015

3. PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE

La prise en charge spécifique de l'infertilité par les sages-femmes étant l'objet de cette étude, c'est donc ce qui fait à la fois le point commun de la population étudiée, mais constitue aussi, finalement, la plus grande source de diversité au sein de cette même population. Le tableau suivant récapitule, pour chaque sage-femme, sa prise en charge particulière, ou le cadre dans lequel elle est amenée à accompagner les couples hypofertiles, ainsi que les différentes formations faites qui lui sont utiles pour ce suivi. Pour une meilleure compréhension, il est également donné en annexe « volante » [Cf. Annexe IV].

Tableau 2: Prises en charge spécifiques des sages-femmes

Sages-Femmes	Type de prise en charge	Formations faites
Anne	Sexologie	. DU de sexologie . Hypnose
Frédérique	Sexologie	. DU de sexologie . Autre formation de sexologie en 2 ans
Claire	Suivi fertilité naturelle	. Méthode d'Auto Observation
Caroline	Suivi gynécologique	. Billings . DU de gynécologie . Homéopathie . Phytothérapie
Sophie	Travail tissulaire interne	. DU de gynécologie . Travail tissulaire interne
Valérie	Acupuncture principalement	. DIU d'Acupuncture . DATC (Diplôme d'Acupuncture Traditionnelle Chinoise) . Pharmacopée chinoise . Homéopathie . Hypnose
Aude	NaPro Technologie	. Master fertilité et sexualité conjugale . Sexologie . NaPro technologie/ Fertility care
Laurence	Suivi fertilité naturelle	. Méthode d'Auto Observation
Anaïs	Suivi gynécologique	. DU de gynécologie
Marion	Acupuncture	. DU d'acupuncture
Charlotte	Suivi gynécologique	. Diverses formations en gynécologie . Homéopathie . Ostéopathie
Laure	Suivi fertilité naturelle	. Billings . Sexologie . Master Fertilité et sexualité conjugale
Camille	NaPro Technologie	. NaPro technologie/ Fertility Care . Méthode d'Auto Observation . Formation à l'écoute

Si certaines des prises en charge spécifiques citées plus haut sont connues, d'autres le sont moins et nécessitent quelques explications. Laissons donc les sages-femmes parler elles-mêmes du travail qu'elles font auprès des couples hypofertiles.

A. SUIVI GYNECOLOGIQUE « CLASSIQUE »

Parmi les treize sages-femmes, trois rencontrent les couples hypofertiles à l'occasion d'un suivi gynécologique classique. Toutes les trois considèrent d'abord qu'elles ont un rôle d'écoute, et sont la première oreille médicale de l'inquiétude des couples. Charlotte estime être « *d'abord dans la discussion, et si besoin dans l'orientation vers d'autres professionnels* ». En plus de cette écoute, les sages-femmes ont noté l'importance de faire le point en ce qui concerne l'aspect médical, le mode de vie et la compréhension de la fertilité. Caroline nous dit : « *La sage-femme rassure, elle redonne le tempo d'un cycle normal avec l'évolution de la glaire, et explique quand est-ce qu'on peut optimiser les rapports pour avoir une fécondité* ». Elle estime que « *le rôle de la sage-femme, c'est de mettre en alerte et dans certains cas de prévenir et anticiper une consultation d'infertilité avant que la fertilité ne soit vraiment entachée* ». Anaïs explique : « *En fonction de ce que j'ai pu voir de leur sexualité et depuis combien de temps ils sont en projet, je les adresse tout de suite, ou non, à un gynécologue* ». En plus d'orienter vers les gynécologues, les sages-femmes adressent ces patientes vers d'autres professions médicales et paramédicales. Anaïs explique encore « *orienter parfois les femmes vers des endocrinologues ou des diététiciennes selon les cas* », et elle n'« *hésite pas non plus à conseiller l'acupuncture* ». Quand à Charlotte, elle nous dit : « *Avant d'adresser une patiente à un gynécologue, je tente l'ostéopathie et l'homéopathie, je suis formée là-dedans !* »

B. SUIVI DE LA FERTILITE PAR LA CONNAISSANCE DU CYCLE

FertilityCare et la NaPro technologie®

Le système FertilityCare est une méthode de régulation des naissances, qui permet donc de les favoriser ou les éviter. Il repose sur une observation systématique et standardisée du cycle (Boyle & Stanford, 2011). De cette méthode découle la NaPro technologie® (NPT), abréviation du terme anglais « Natural Procreative Technology ». C'est une médecine restauratrice de la fertilité qui s'appuie sur la connaissance précise du cycle et de ses différentes phases pour y faire

correspondre précisément les examens complémentaires (qui permettent le diagnostic), et les traitements, avec pour objectif que les couples puissent concevoir naturellement, lors d'une relation sexuelle. Dans notre étude, elle concerne deux des sages-femmes qui interviennent pour l'apprentissage de l'observation du cycle aux patientes. *« J'accueille les couples pour leur expliquer déjà quelles sont les périodes fertiles et infertiles au cours du cycle et leur apprendre aussi que les signes que la femme peut observer peuvent donner des indices sur la raison de leur hypofertilité, le but de la NaPro étant de diagnostiquer la raison de l'infertilité »*, explique Camille. Aude évoque également le rôle d'accompagnement, d'écoute et de conseil de la sage-femme auprès des couples : *« L'accueil des couples hypofertiles, c'est d'abord un accueil, une écoute, pour permettre aux gens de pouvoir raconter leur parcours, on est un lieu d'écoute, un peu comme un entretien du 4ème mois. »* Elle ajoute : *« On est aussi des éducatrices et donc on peut réfléchir avec le couple au mode de vie, essayer de voir s'il y a des petites choses que le couple peut faire [...] Tout ça, ce sont des choses que l'on peut voir comme sages-femmes et qu'on aura le temps de voir ! On prendra ce temps comme sages-femmes ! »*. Parallèlement, les couples sont suivis par un médecin formé à cette même méthode, qui prescrira les examens complémentaires également nécessaires au diagnostic, les traitements et orientera, si besoin, vers d'autres spécialistes. *« Il va chercher à comprendre les pathologies du cycle et à les restaurer, et il va aussi chercher à comprendre les pathologies masculines et chercher à améliorer la spermatogénèse le cas échéant »*, poursuit Aude. Les observations du cycle par la patiente elle-même permettent ainsi à la fois le diagnostic et le suivi de l'efficacité du traitement et le suivi par la sage-femme continue donc durant toute la prise-en-charge : *« [...] Je continue à les voir parce que ce que je leur apprend avec la NaPro, c'est à identifier les moments importants du cycle et donc à prendre le traitement quand il le faut »*, explique Camille.

La méthode d'auto observation

La méthode d'auto observation (MAO) connue aussi sous le nom de méthode symptothermique permet la connaissance du cycle, et notamment le repérage de la période fertile par l'observation de la glaire cervicale, la prise de la température, la palpation du col et la méthode MAMA⁷ pendant l'allaitement. Dans notre étude, trois sages-femmes y sont formées. Dans cette méthode, la sage-femme, là encore, intervient avec son rôle pédagogique⁸ pour apprendre à la

⁷ Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée

⁸ Situation 7 du référentiel métier

femme à s'observer. Si, le plus souvent, cette méthode est utilisée en régulation des naissances, la connaissance du cycle permet aussi de favoriser une grossesse. C'est ce que montre Laurence en nous disant : « *la simple reconnaissance de la période fertile suffit à débloquer des situations* », mais dans le cas de cycles anormaux voire pathologiques, ces observations sont un bon moyen de prévention. Claire explique : « *Si j'ai pu détecter des choses, c'est grâce à la courbe de température. Mais c'est vraiment de la prévention parce que trois fois sur quatre ça va se régler tout seul. Par contre, dans un certain nombre de cas cette détection initiale va effectivement aboutir à un suivi médical un peu plus développé parce que l'enfant ne vient pas* ».

La méthode Billings

La méthode de l'ovulation Billings™ est une méthode naturelle de régulation de la fertilité qui apprend aux femmes à identifier le signe naturel de leur fertilité, la glaire cervicale. En utilisant les signes simples qu'elle indique, il est possible d'identifier les périodes de fertilité et d'infertilité des cycles des femmes, qu'ils soient réguliers ou non. Comme la méthode d'auto observation, cette méthode, connue surtout pour la régulation des naissances, permet aussi l'accompagnement des couples qui désirent un enfant. Comme nous dit Laure, « *c'est un peu délicat, parce que la majorité des femmes qui ont du mal à avoir un enfant, c'est parce qu'elles s'observent mal, elles n'ont pas de rapport au bon moment, du coup il suffit de recadrer, d'expliquer les choses et ça va. Des vrais problèmes de fertilité il y en a quand même beaucoup moins* ». Cependant, en cas de pathologie du cycle, elle ajoute : « *Je me suis mis cette limite de 6 mois, et s'il ne se passe rien, je l'adresse en NaPro ou vers un gynécologue de ville, ou à la maternité* ». Parmi les sages-femmes interrogées, deux sont concernées par cette prise en charge : d'abord Laure, pour qui cette approche de la fertilité est l'occasion de suivre des couples hypofertiles, et Caroline pour laquelle cette approche est une aide dans le suivi des patientes qu'elle voit pour hypofertilité dans le cadre du suivi gynécologique. Elle estime que « *vraiment, les deux approches sont utiles. [...] C'est vrai que c'est pour moi un soutien et une aide, dans la sensibilisation des patientes et dans ma pratique professionnelle. Billings c'est intéressant pour tout ce qui est de faire des relectures... [...] On ne peut pas parler d'infertilité au bout de 6 mois de vie commune si en plus la patiente ne sait pas repérer la période fertile.* »

Les trois approches de la fertilité présentées précédemment, NaPro Technologie (NPT), MAO et Billings, ont de nombreux points communs, elles permettent notamment une approche très précise de la gynécologie par la clinique et la physiologie. Néanmoins, la NaPro technologie a pour spécificité d'être vraiment orientée vers la prise en charge des couples hypofertiles, d'où

un réseau comprenant des médecins formés. La méthode Billings et les MAO sont toutes les deux plus souvent utilisées pour la régulation des naissances et se distinguent par les paramètres cliniques observés au cours du cycle.

C. SEXOLOGIE

Dans le cadre de l'hypofertilité, les patientes peuvent faire appel à des sexologues pour deux principales raisons, comme l'expliquent les deux sages-femmes interrogées dans ce contexte. D'abord, dans les situations de vaginismes importants qui empêchent toute pénétration et donc toute conception naturelle : c'est la situation de certaines femmes qui ne font le pas de venir consulter que quand vient le désir d'enfant. Frédérique nous explique que le rôle de la sage-femme « [...] est d'abord un travail d'éducation sexuelle, pour leur expliquer leur intériorité, pour leur expliquer leur vagin, elles n'ont pas conscience comme on dit du « creux vaginal ». Elle poursuit : « [...] Mon rôle c'est aussi d'aider la femme à s'aimer en tant que femme et de trouver la dimension sacrée de la sexualité. Elles n'ont pas une belle image d'elle-même et de leur sexe, donc elles ont du mal à partager cela avec l'autre ». Ensuite, la sexologie intervient également après la grossesse pour favoriser la restauration d'une sexualité satisfaisante pour le couple : « Ce n'est pas que dans le cadre de la PMA, c'est quand ça a été difficile, quand ce n'est pas venu quand il fallait, au moment où elle a été désirée et où ça a été un petit peu long », nous dit Anne, avant d'ajouter que l'objectif « [...] c'est de réussir à ce que ce couple redevienne un couple qui fonctionne bien d'un point de vue sexuel, et pas qu'une relation pour avoir un enfant parce que là on est vraiment dans quelque chose de très particulier, [...]. On est dans cet espèce de truc qui est calculé, qui est organisé, et qui est très robotisé. [...] Oui c'est une blessure ».

D. ACUPUNCTURE

La pratique de l'acupuncture en soutien des patientes hypofertiles concerne deux des sages-femmes interrogées pour ce travail. Ces sages-femmes sont sollicitées soit en premier recours par les patientes, soit au contraire en soutien durant les parcours de PMA. Valérie explique que « l'acupuncture est faite pour retrouver un équilibre [...], on travaille sur une globalisation, un équilibre des énergies sur les 12 méridiens », et Marion nous dit : « je leur permets en fait d'avoir un meilleur équilibre général [...] qui fait qu'elles ont plus de chances de concevoir ». « C'est une logique médicale. [...] Je vois la patiente, je la questionne, je prends ses pouls et j'examine sa langue [...] Le diagnostic gynécologique, s'il y en a déjà un peut m'orienter aussi [...] puis je pose un diagnostic propre à la médecine chinoise et j'ai une prise-en-charge. [...]

On est dans le global ! », nous dit Valérie. Elle poursuit : « Ça va normaliser les chances, mais ça ne va pas en rajouter, s'il y a des difficultés de vie [...] qui prennent trop de place, ça va normaliser pour que le terrain soit plus propice pour développer quelque chose. Après, le corps ne peut pas toujours... C'est tout et je dis aux patientes que je ne peux pas faire des miracles avec mes aiguilles ! ».

E. LE TRAVAIL TISSULAIRE INTERNE

Le travail tissulaire interne est une branche de l'ostéopathie pratiquée par l'une des sages-femmes, Sophie, qui explique : *« Je n'emploie pas le mot ostéopathie parce que je travaille exclusivement la gynéco, c'est très ciblé ! Je parle de travail tissulaire interne ».* Elle ajoute : *« Souvent ça travaille sur des lésions assez subtiles qui sont liées à l'histoire des femmes, ou à l'histoire familiale. [...] C'est un peu compliqué, ce sont des choses qui sont rarement étiquetables par la médecine traditionnelle. [...] Le diagnostic est un diagnostic sur l'état des tissus, donc pour des OPK, il y aura des tissus qui sont tout engorgés, et souvent le ligament large qui va être frictionné, [...] effectivement ça ne rentre pas dans les diagnostics gynécologiques habituels ».*

4. SOLLICITATION DES SAGES-FEMMES PAR LES COUPLES HYPOFERTILES

A. PLACE DANS LA PRATIQUE QUOTIDIENNE DES SAGES-FEMMES

La place de la prise en charge des couples hypofertiles dans la pratique des sages-femmes interrogées est très variable, cependant aucune d'elle ne la considère comme anecdotique. Pour la plupart, il s'agit d'une à quelques consultations par mois, mais Sophie parle d'environ une consultation par semaine. Certaines mentionnent une activité variable selon les périodes, c'est le cas d'Aude et Camille qui n'ont donc pas pu donner d'indication sur le nombre de consultations. Les plus sollicitées sont les sages-femmes acupunctrices : pour Marion, les femmes hypofertiles représentent 25 % de son activité, et pour Valérie 10 %.

La sollicitation varie donc pour les sages-femmes interrogées d'une consultation par mois, en moyenne, à un quart de l'activité professionnelle.

B. MODE D'ENTREE DES PATIENTES

Les entretiens ont permis d'identifier différents modes d'entrée des patientes. Parfois les femmes viennent d'elles-mêmes, soit par le bouche à oreille ou leurs propres recherches, soit elles viennent « par hasard » parce qu'elles cherchent un suivi gynécologique. Comme l'explique Aude : « *Les couples viennent me voir parce que je fais du suivi gynécologique, ils ne font alors pas vraiment la différence entre sage-femme et gynécologue, et le gynécologue est la personne que l'on va voir pour une aide à la conception.* » Elle ajoute : « *Ce sont des gens du tout-venant qui viennent nous voir, et on ne leur demande pas par téléphone s'ils rentrent dans le cadre de la physiologie ou de la pathologie !* ». Sinon, les patientes leur sont adressées par d'autres professionnels de santé, notamment par les hôpitaux pour celles qui sont suivies en PMA, par les médecins traitants, les sages-femmes, ou d'autres professionnels. Par exemple, Marion explique que « *ce sont aussi certains ostéopathes que les femmes sont allées voir et qui leur dise d'aller [la] voir en complément du travail qu'ils font* ».

C. CIRCONSTANCES DE LA SOLLICITATION

L'ensemble des prises en charges propres à chacune des sages-femmes interrogées recouvre finalement quasiment toutes les étapes d'un parcours d'infertilité. Les femmes « *veulent déjà opter pour des méthodes non invasives avant d'entrer dans le parcours classique qui leur a été expliqué. [...] Si elles sont déjà entrées dans le parcours de PMA, elles cherchent à diminuer les effets secondaires très lourds des traitements* », explique Valérie qui fait de l'acupuncture. Laurence, elle, voit des couples qui viennent parce qu'ils n'arrivaient pas à avoir d'enfants, et veulent donc apprendre à connaître le cycle pour voir ce qu'il en est, c'est le cas également pour Claire. Anaïs, dans le cadre du suivi gynécologique, voit des patientes qui ont des difficultés à avoir un enfant et qui consultent la sage-femme en première intention pour « faire le point », ne sachant pas forcément qu'elle ne fait que du suivi gynécologique de prévention. Sophie, qui fait du travail tissulaire interne, constate que ce que les patientes considèrent comme une difficulté à concevoir est très variable : « *Il y a vraiment, nous dit-elle, des couples qui viennent pour une hypofertilité qui s'avère être ancienne, mais aussi des couples qui au bout de deux-trois mois sont déjà inquiets et veulent déjà une prise en charge. On est dans ces cas-là à la limite des consultations préconceptionnelles* ». En sexologie, Anne rencontre des femmes (rarement leur conjoint) qui consultent spontanément après les parcours de PMA pour des difficultés rencontrées dans la sexualité, mais bien souvent c'est au cours de la rééducation du périnée qu'elle perçoit ces difficultés et peut alors proposer une aide aux patientes. Frédérique voit plutôt les patientes qui

souffrent d'un vaginisme et qui bien souvent ne consultent que quand elles veulent un enfant ; elle nous explique que « *parfois, quand le bébé est conçu, même si le problème n'est pas totalement résolu, on ne revoit plus du tout le couple, donc là ça veut dire que la pénétration a juste un but de conception* ».

Ainsi, les sages-femmes interviennent, selon leur prise en charge spécifique, à différents moments du parcours d'infertilité : au début, elles travaillent seules (dans ces cas-là, il ne s'agit d'ailleurs pas toujours d'une vraie hypofertilité, mais d'une méconnaissance du corps et du cycle). Puis en soutien pendant le parcours, elles travaillent alors en coopération avec des médecins, ou après, notamment pour les sages-femmes sexologues. Il est impossible de classer les sages-femmes selon qu'elles travaillent seules ou en collaboration, puisque cela dépend des situations rencontrées.

5. SPÉCIFICITÉ DE CES PRISE EN CHARGES

A. PLACE DU CONJOINT

Pour ce travail, il nous a semblé pertinent d'appréhender la place que les sages-femmes accordaient aux conjoints. En effet, bien que la profession s'adresse par définition aux femmes, la fertilité, entendue comme l'aptitude à procréer, concerne un homme et une femme.

Ici, les sages-femmes qui voient les patientes hypofertiles dans le cadre des « médecines complémentaires » ne voient pas beaucoup les hommes, qui sont là, c'est ce qu'explique Sophie, comme de simples accompagnants. Valérie pense qu'« *ils ne viennent pas en couple parce que la démarche d'acupuncture est souvent une démarche personnelle de la femme qui va essayer de travailler sur elle-même autrement* ».

Au contraire, pour les sages-femmes sexologues, comme pour celles qui enseignent la connaissance du cycle, la présence de l'homme est très importante, et Frédérique, en sexologie demande à le voir au moins une fois. En NPT, Camille « *insiste sur le fait que la fertilité conjugale c'est la fertilité masculine et la fertilité féminine* », donc même si comme sage-femme elle se concentre plus sur la fertilité féminine, elle cherche à intégrer l'homme au maximum. Elle explique que leur ressenti par rapport au stress de la patiente est important pour elle, et que cela peut être un bon moyen d'évaluation du traitement ou d'un syndrome prémenstruel. Laure demande à ce qu'il soit là systématiquement. Elle explique que « *souvent, les maris regardent ça*

d'un mauvais œil, parce qu'une fois que le couple a fait l'entretien, c'est la femme qui fait tout et c'est elle qui vient les matins, lui est très vite exclu, la femme elle n'en peut plus et lui ne comprends pas pourquoi ». Elle estime que si l'on exclut le mari, la communication dans le couple s'en retrouve altérée, qu'il est plus facile de dire les choses devant lui que de dire à la femme de lui transmettre telle ou telle consigne, parce que ça peut être mal interprété, donc blessant. Aude explique aussi que le rôle de la sage-femme auprès de ces hommes, c'est de donner des conseils de base, écouter, rassurer, encourager. « *Il est important de s'adresser aux couples en tant que couples* » nous dit-elle.

Il ressort donc que les hommes sont parfois de simples accompagnants, mais que certaines sages-femmes essaient de les intégrer pour qu'ils comprennent ce que vit leur femme et qu'ils prennent leur responsabilité en faisant les examens demandés et en suivant les conseils d'hygiène de vie qui leur sont donnés, mais surtout qu'ils ne se sentent pas mis de côté dans ces parcours d'hypofertilité souvent difficiles à vivre. L'objectif de ces sages-femmes est en effet de « *replacer la fertilité dans un projet de couple, parce que les femmes souvent portent seules ce projet par peur d'ennuyer leur mari* », comme en témoigne Caroline.

B. PEDAGOGIE

Pour plusieurs des sages-femmes interrogées, la prise en charge des couples hypofertiles passe par une pédagogie d'apprentissage de l'observation des cycles ou de la connaissance du corps.

En sexologie, Anne explique qu'il s'agit « *simplement parfois de prendre un papier et un crayon et de faire un dessin, de leur dire voilà comment vous êtes faite, voilà comment se passe un rapport sexuel, pourquoi ça se passe comme cela... Ce n'est pas grand-chose* ». Frédérique estime qu'il faut leur faire comprendre qu'essayer c'est aussi l'occasion de réaliser pourquoi ça bloque. C'est souvent un travail long, la patiente devant prendre conscience et comprendre comment est fait son corps, puis pouvoir faire confiance à son conjoint.

En ce qui concerne les sages-femmes qui enseignent à leur patientes l'observation du cycle, le fonctionnement est globalement le même : il y a un premier entretien de présentation de la méthode et des observations, dont Aude dit qu'il est un peu comme un cours magistral, mais qu'il permet d'échanger et de voir ce que les patientes savent déjà. Si le couple est intéressé, il revient plusieurs fois pour être accompagné dans cet apprentissage, et progressivement les rendez-

vous s'espacent quand la méthode est bien intégrée. Camille continue à voir les patientes pour leur apprendre à identifier les moments où elles doivent prendre leur traitement, et c'est l'occasion pour elle de rappeler aux couples l'importance de suivre à 100% la méthode en remplissant rigoureusement le tableau⁹. Elle explique que *« si on leur donne une connaissance, cela leur donne le pouvoir de faire ce qu'elles veulent. C'est pour ça que les gens vont à l'école, c'est parce que quand ils savent, ils peuvent poser des choix, et notre but de sages-femmes, c'est au cœur même de notre métier, c'est de donner cette connaissance aux femmes »*. Aude compare cette pédagogie à une activité plus connue du métier, à savoir la préparation à l'accouchement, *« où on commence à enseigner à respirer, les postures... Et le cours d'après on vérifie que la femme, le couple, a bien compris la respiration, comment aller plus loin avec la respiration et proposer d'autres postures »*.

Ainsi, lorsqu'il y a une pédagogie à mettre en place, il s'agit principalement d'un accompagnement à long terme, d'apprentissage et d'approfondissement de la méthode.

C. TYPE DE PROBLEMES PRIS EN CHARGE

Nous entendons ici par « prise en charge », les différentes approches à différentes étapes du parcours. En effet, selon leur activité, les sages-femmes vont prévenir, dépister, traiter, accompagner, écouter, etc...

Dans la prévention et le dépistage, on retrouve principalement les sages-femmes qui pratiquent les MAO et la méthode Billings. En MAO, Claire a surtout pu dépister des **manques de progestérone**. Il en est de même pour Laure. Caroline quant à elle, évoque **les problèmes de qualité de la glaire**, les **cycles irréguliers**, les **dysovulations ou anovulations**.

Les sages-femmes pratiquant la NPT ont également un rôle de prévention et de dépistage. Mais la NPT ayant justement pour but de prendre en charge les infertilités, elles diagnostiquent en lien avec les médecins, suivent l'évolution de la pathologie et l'efficacité du traitement,

⁹ En NaPro Technologie, les patientes remplissent quotidiennement un tableau pour suivre le cycle dans lequel elles notent le signe le plus fertile (de glaire cervicale) qu'elles ont observé dans la journée, ainsi que d'autres signes tels que les saignements (leur couleur, l'abondance), les pertes vaginales anormales ainsi que divers symptômes tels que la tension mammaire ou les douleurs abdominales. Elles y notent également les traitements et les bilans sanguins faits. Cela permet de suivre au jour le jour le cycle et d'appréhender précisément son évolution en fonction des traitements.

toujours à partir de la physiologie du cycle. « *Nous proposons, explique Aude, de régler ce qui est réparable [...], donc des ovaires poly kystiques on peut les traiter. Au début il s'agit simplement de mettre la femme au régime avec une alimentation à index glycémique bas, les insuffisances ovariennes, l'endométriase, et cætera* ». Camille précise qu'en lien avec le médecin elle prend en charge les **OPK**, le **syndrome prémenstruel**, les **déficits en progestérone**, les **fausses couches répétitives**, l'**endométriase** qui sera traitée plus par chirurgie, les **kystes ovariens**, les **aménorrhées hypothalamo-hypophysaires**, les **déficits en glaire** et dépiste les **cervicites** en fonction des cycles.

Les sages-femmes qui font un suivi gynécologique « classique » ne prennent pas en charge plus particulièrement tel ou tel problème, mais sont plutôt là pour faire le point, déterminer s'il s'agit ou pas de pathologie et le cas échéant, leur rôle est en fait de rassurer des couples qui sont déjà inquiets mais dont on ne peut pas dire qu'ils sont hypofertiles.

Quant aux sages-femmes pratiquant les médecines dites « alternatives », leur champ d'action est très vaste : « *Il y a différents types de signaux, explique Valérie, c'est vraiment de tout ordre, et d'ailleurs les diagnostics en médecine chinoise sont différents pour chaque patiente. Par exemple, une patiente à qui on a dit que la glaire était trop compacte, en médecine chinoise, ça me fait dire il y a une stagnation des liquides organiques, [...] donc ça c'est un syndrome et on va le traiter en nourrissant tel et tel méridien pour qu'il ait plus de facilité à ce que le corps produise une glaire qui soit liquide, filandreuse* ». Marion observe souvent des **troubles du cycle** sur lesquels elle va pouvoir travailler en acupuncture, ainsi que **l'abondance des règles** ou le **syndrome pré menstruel**. Pour Sophie, en travail tissulaire interne, il n'y a bien souvent, comme nous l'avons déjà dit, aucun lien entre le diagnostic gynécologique et ce qu'elle peut ressentir comme tensions ou autres problèmes dans les tissus.

Ainsi, les sages-femmes peuvent prendre-en-charge seule ou participer à la prise en charge d'un large panel de pathologies gynécologiques, mais ce qui revient le plus sont **les troubles du cycle** quels qu'ils soient. Puisqu'il a été question ici de pathologie, nous allons voir comment elle est intégrée à la pratique des sages-femmes.

6. COMPÉTENCE DES SAGES-FEMMES DANS LE DOMAINE DE L'HYPOFERTILITÉ

A. PLACE DE LA PHYSIOLOGIE

Les entretiens ont montré la place prépondérante, dans l'activité de toutes ces sages-femmes, de la physiologie. Un point commun à leurs différentes pratiques, donc, même si elles ne le considèrent pas toutes de la même manière.

Pour Valérie et Sophie, ce sont les actes posés qui relèvent de la physiologie. Valérie estime qu'en acupuncture, *« même si effectivement on reste dans un complément de traitement sur des choses plus pathologiques, on est physiologique par l'acte qu'on fait ! »*. De la même façon, Sophie estime que sa prise en charge est complètement physiologique, puisqu'en ostéopathie elle est toujours amenée à améliorer l'état des lieux. *« On ne peut pas restaurer ce qui n'existe pas, on peut restaurer un équilibre ! »* dit-elle.

Pour d'autres sages-femmes, l'aspect physiologique concerne plutôt ce qu'elles enseignent aux patientes. Camille explique que son rôle est d'expliquer aux patientes ce qui est physiologique et ce qui ne l'est pas ; ce n'est donc pas déborder de ses compétences que d'apprendre aux patientes ce qu'il en est de leur cycle, car cela reste de la physiologie, et quand elle détecte une anomalie, elle adresse au médecin. Selon Caroline, *« notre rôle physiologique, c'est d'entendre, de leur parler de leur corps. Parfois elles sont complètement déconnectées [...]. On leur remontre tout ça, on leur explique la courbe toute simple de leur cycle [...], le fait que tout le corps se prépare à une fécondation et à une nidation, que la glaire va changer. C'est ça la physiologie »*.

« La dimension physiologique, c'est également savoir repérer la pathologie », comme le dit Claire. De la même manière, Anaïs se situe vraiment dans la prévention, pour voir s'il y a vraiment une difficulté. Elle se considère donc comme *« le lien entre la crainte d'infertilité des couples et le moment où il faut orienter vers un médecin »*

Pour Laure et Frédérique, qui n'ont pourtant pas du tout la même approche de l'hypofertilité, la physiologie consiste à savoir redonner du sens à certains aspects du corps. Pour Frédérique, les sages-femmes doivent *« rendre à la sexualité sa place et sa vraie place pour le bien des femmes, des hommes et des couples, parce que la sexualité c'est au cœur de la vie ! »*.

Laure considère la physiologie sous le même aspect et explique que la physiologie ce n'est pas forcément quand tout va bien, mais que c'est aussi savoir comment son corps fonctionne. Même quand il y a une pathologie on peut avoir une prise en charge physiologique : faire comprendre aux patientes leur corps, leur fertilité, parce que, dit-elle, « *même si elle (la physiologie) est blessée, elle est importante* ».

Il en ressort que la physiologie est au premier plan pour ces sages-femmes, bien qu'elle revête dans leur discours des aspects différents.

B. LIMITES DE LA PRISE-EN-CHARGE

Les limites que se fixent les sages-femmes dans leur suivi varient, là encore, selon les cas.

Pour plusieurs d'entre elles, la limite est une question de temps : il est question de six mois pour Laure et Anaïs. Laurence, elle, demande à ses patientes d'aller faire un point avec un gynécologue si elle observe en MAO des anomalies qui se répètent sur trois mois : « *Quand il est question de donner des traitements hormonaux, c'est pour moi une limite* », explique-t-elle. Charlotte, en suivi gynécologique classique, oriente immédiatement si elle détecte une pathologie, mais attend un an le cas échéant.

Pour d'autres, la limite de leur prise en charge n'est pas tant une question de temps que de ce qu'elles peuvent proposer aux couples. « *Je ne veux pas jouer avec les gens, explique Caroline, je veux bien aider les gens, les accompagner, mais je ne peux pas tout faire [...]. Il faut faire comprendre aux patientes nos limites* ». Il en est de même pour Sophie pour laquelle il n'y a pas vraiment de limite s'il est clair pour la patiente qu'il n'y a pas 100% de succès. « *Quand ça ne fonctionne toujours pas, explique-t-elle, le travail ne va plus être de favoriser la grossesse, mais d'en faire le deuil, et pour les tissus aussi* ».

Pour Aude, la limite est la même dans ce domaine que dans tous les autres du métier, les sages-femmes peuvent poser des diagnostics, elles le font pendant la grossesse et l'accouchement. Dans ce domaine, elles peuvent aussi prescrire les examens qui sont nécessaires, et s'ils sont pathologiques, les sages-femmes doivent orienter les patientes vers un médecin. Aude compare ces situations à celles des grossesses pathologiques : la sage-femme peut continuer d'accompagner la patiente, dépister, mais elle travaille en collaboration avec un médecin.

Enfin, la limite est parfois fixée par les patientes elles-mêmes, comme en témoigne Valérie. « *La principale limite, dit-elle, c'est la réalité du souhait* ». Les patientes sont parfois réticentes à l'acupuncture, il faut alors faire la différence entre le souhait réel et le souhait social. L'autre limite, selon elle, peut être la répétition des rendez-vous pour des patientes qui travaillent, qui n'ont donc pas forcément beaucoup de temps à consacrer. Cela pose la question du temps qu'elles auront à consacrer à leur futur enfant, et rejoint d'ailleurs la première limite évoquée.

Les sages-femmes se sentent donc limitées dans leur prise en charge de l'hypofertilité par trois principales contraintes qui sont la volonté des patientes, le type de suivi proposé et la durée de prise en charge sans obtention de grossesse.

C. FORMATION

Comme le montre le tableau II exposé précédemment, les sages-femmes interrogées ont toutes fait une ou plusieurs formations complémentaires qui leur permettent d'assurer le suivi des couples hypofertiles. Elles expliquent que la formation initiale ne leur paraissait pas suffisante, surtout en gynécologie. Caroline se sentait en difficulté du fait de la formation initiale insuffisante en gynécologie, et de ce qu'elle avait pu oublier depuis, donc le DU de gynécologie lui a redonné de l'assurance. Marion, qui n'a pas encore pu faire le DU de gynécologie, a dû poursuivre sa formation par elle-même, en lisant beaucoup, notamment pour pouvoir aider les patientes à suivre leur cycle, ce que la formation initiale ne lui avait pas apporté, et se sent ainsi plus à l'aise.

Les sages-femmes ont toutes sensiblement le même discours sur la nécessité de se former et sur le fait que la formation initiale ne permet pas d'assurer le suivi gynécologique, nous n'en citerons donc pas plus.

7. DIFFICULTÉS DU SUIVI

A partir de ce qu'ont pu dire les sages-femmes, nous avons dégagé trois principales difficultés dans leur pratique auprès des couples hypofertiles : il s'agit de difficultés économiques, du manque de reconnaissance, et plus généralement de difficultés liées aux patientes.

A. DIFFICULTES ECONOMIQUES

En ce qui concerne les difficultés économiques, plusieurs sages-femmes ont évoqué ce problème, et, comme l'explique Aude, ce sont des consultations longues qui n'ont pas de cotations particulières et qui sont mal rémunérées. Donc comme ces consultations sont longues, elle fait du hors-nomenclature. Pour Laure, le problème est le même : « *Je cote 23 € de consultation gynécologique pour une heure voire 1h30 d'explications, nous dit-elle, c'est du bénévolat !* ». Et comme le dit si bien Caroline, « *ce n'est pas un quart d'heure qu'il faut accorder à nos patientes, sinon on passe à côté de tas de choses* ». De son côté, Marion rencontre une difficulté un peu différente, puisqu'étant acupunctrice en activité principale, elle n'a pas pu avoir de convention avec la sécurité sociale. Cela pose problème puisque les séances d'acupuncture ne sont pas remboursées, et que la plupart des mutuelles ne les prennent pas en charge non plus.

B. MANQUE DE RECONNAISSANCE

Le manque de reconnaissance concerne aussi bien les sages-femmes en médecines « alternatives » que celles qui enseignent la physiologie du cycle. Valérie explique que ce qui, en Chine, est démontré par de multiples études, est mal accepté en France. Elle cite l'exemple des OPK pour lesquels l'acupuncture est efficace selon des études qui ont montré leur fiabilité. Pour Camille, le problème vient de ce que la NPT est dénigrée par beaucoup de médecins qui ne connaissent pas, « *simplement parce que c'est lié à la régulation naturelle des naissances* ». Elle ajoute que, comme la formation ne fait pas partie de celles reconnues par le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes¹⁰, elle ne peut pas s'afficher sage-femme et « NaPro », ce qui est dommage puisque cela « *empêche un exercice qui pourtant est tout à fait dans nos compétences. Parce que la base c'est l'enseignement aux couples des cycles de fertilité* ». Dans sa pratique des MAO, Claire estime qu'il « *n'est pas évident de trouver un médecin sans trop d'a priori et qui soit prêt à entendre que peut-être, on connaît bien la physiologie, et qu'on peut leur donner quelques indications* ». Elle évoque aussi le problème de la formation initiale qui n'étudie pas suffisamment dans la physiologie au niveau gynécologique alors que les sages-femmes y sont de plus en plus impliquées en ce qui concerne l'allaitement, le travail et le suivi de la grossesse : «

¹⁰ Conformément aux articles R.4127-339 et R.4127-340 du Code de la santé publique, seuls les titres, diplômes et fonctions figurant sur une liste établie par le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes peuvent être mentionnés par la sage-femme sur ses imprimés professionnels, sa plaque et sur un annuaire professionnel.

Pour le suivi gynécologique, c'est la catastrophe, dit-elle, et c'est dommage parce que ce sera tout à fait de notre ressort ». Elle n'est pas seule à le penser puisque Laure exprime la même incompréhension.

C. DIFFICULTES LIEES AUX COUPLES

Il est parfois difficile pour les sages-femmes de faire face à la souffrance des patients : *« Ce sont plus les problèmes humains, qui sont difficiles à gérer que les problèmes de pratique clinique »* explique Camille. Aude estime qu'il est difficile de se confronter à l'angoisse des gens, à leur souffrance parfois très forte. *« On est face aux couples, explique-t-elle, pour qui c'est une urgence, une angoisse. On est face à leur impatience d'avoir un petit, alors que moi je propose un chemin qui est long : pour comprendre ce qui ne va pas, il faut plusieurs cycles pour évaluer puis il faut aller voir un médecin »*. Il est également compliqué pour elle de savoir comment dire à un couple que ses chances de concevoir sont très diminuées, voire nulles. C'est une vérité nécessaire, mais dure à dire autant qu'à entendre.

L'autre difficulté évoquée par les sages-femmes est de faire face au vécu douloureux du parcours d'infertilité des couples. Anne évoque *« la façon dont elles parlent de leurs embryons congelés, de leurs paillettes ici et là, c'est le supermarché parfois ! Ce n'est pas simple quand on les entend parler. Ça me pose question ! »* Elle ajoute que pour le couple c'est aussi compliqué *« parce qu'on leur a fait de multiples examens, en disant 'vous avez vos trompes tirebouchonnées, vos spermatozoïdes sont comme ci comme ça ' »*. Anaïs estime que *« le plus important c'est de voir comment les patients se situent par rapport à leur vécu, et qu'il faut être encourageant. Le poids des mots est immense... les femmes s'imaginent stériles très rapidement »*. Il y a également les patientes pour qui le suivi par la sage-femme est difficile à appréhender. Marion explique avoir des patientes qui veulent *« consommer de l'acupuncture et qui viendraient volontiers tous les jours, alors que ce n'est pas le principe »*. En sexologie, Frédérique évoque des suivis qui sont très longs - un an, voire un an et demi – qui découragent parfois les femmes. *« Il y a des profils de femmes, dit-elle, qui anticipent l'échec, c'est-à-dire qu'elles ne vont pas tenter quoi que ce soit, parce qu'elles savent qu'elles ne vont pas y arriver »*.

8. REGARDS DE SAGES-FEMMES SUR CES PRATIQUES ET SUR L'HYPOFERTILITÉ

A. BÉNÉFICES POUR LES PATIENTES SELON LES SAGES-FEMMES

Lorsqu'on demande aux sages-femmes quel est selon elles, le bénéfice qu'ont les couples à les consulter, unanimement elles répondent que les couples y gagnent un accueil et une écoute qu'ils n'ont pas ailleurs (notamment auprès des gynécologues et des centres de PMA). Marion explique notamment que la consultation d'acupuncture, même si ce n'était pas le but, devient un peu le lieu d'écoute, d'échange, ce dont les patients manquent souvent dans leur parcours. « *Elles sentent qu'elles sont écoutées autrement aussi, dans leur capacité à être Maman, nous dit Valérie, c'est une prise en charge intégrale qui n'amène pas de pharmacologie* ». Sophie estime que les patientes vont chercher chez la sage-femme une oreille différente de celle du médecin ou du gynécologue, « *et c'est ça, ajoute-t-elle, notre qualité de sage-femme, on est à cheval entre le très médical et le moins médical* ».

Dans les autres bénéfices évoqués, on retrouve les avantages propres à chaque prise-en-charge. En acupuncture, Valérie explique qu'elle travaille sur la détente de l'esprit pour venir nourrir l'interne et les zones de reproduction. Ce sont des femmes qui sont sous tension pendant des mois et des mois, c'est donc un bien-être qu'elles ressentent particulièrement lors des séances, d'autant plus qu'elle fait « *les prescriptions homéopathiques qui correspondent à leur climat* ». Aude explique, par rapport à la NPT, que la méthode inclue la santé gynécologique des femmes et le décryptage de l'hypofertilité à partir de symptômes, notamment la qualité de la glaire, les saignements normaux ou non et l'évaluation des phases pré et post ovulatoires. Elle indique que, là où le gynécologue classique va assez vite orienter vers une FIV, en NPT ils vont chercher une cause pour permettre un traitement étiologique, parce que les couples veulent surtout « *concevoir sous la couette quoiqu'on en dise, et c'est ce que propose la NaPro* ». Camille indique que les couples vont gagner un diagnostic, et que le but des NPT est de redonner aux couples la gestion de leur fertilité : ils savent quand ils sont fertiles ou pas, et ils savent quel traitement permet de rétablir leur fertilité. Pour Laurence l'avantage est clair : « *Il y en a pour qui ça a suffi à débloquent les choses* ». Enfin, Claire estime que ces prises en charge permettent de « *détecter plus vite [...] et donc donner moins de traitement d'infertilité, parce-que les couples se connaissant ont moins besoin de consulter* ».

En résumé, les avantages qu'ont les patientes à venir les consulter sont inhérents, d'une part aux qualités et à l'approche spécifique des sages-femmes alliant l'accompagnement et l'aspect médical, et d'autre part aux avantages propres aux différentes prises en charge qu'elles peuvent proposer aux couples hypofertiles.

B. REGARDS SUR L'HYPOFERTILITE

Dans le discours des sages-femmes, l'infertilité et l'hypofertilité sont vues sous différents angles.

Pour certaines, le poids des mots a beaucoup d'importance dans les définitions d'hypofertilité et d'infertilité. Comme le dit Aude, « *hypofertilité, c'est moins raide à entendre qu'infertilité ou stérilité* ». Valérie, quant à elle ne parle jamais d'infertilité, mais toujours d'hypofertilité. Laure explique que « *l'infertilité, c'est très médical, très acté, alors que l'hypofertilité c'est une espérance de pouvoir soi-même réguler les choses en écoutant son corps* ». De son côté, Sophie relativise ces notions : « *Je pense, nous dit-elle, qu'il y a rarement de l'infertilité pure et dure, l'hypofertilité c'est une conjonction de personnes, de situations qui font qu'à un moment donné, la fécondité est difficile, voire impossible* ».

On trouve également une lecture de ces deux notions liées plutôt au temps : Valérie estime que six mois de tentatives, si les cycles sont bien suivis et qu'il y a des rapports supposés fécondants à chaque cycle en période ovulatoire, c'est une hypofertilité. Camille, en NPT, en donne la même définition. Caroline, quant à elle, considère que cela dépend aussi du couple qu'on a en face, parce qu'on ne considère pas la plainte de la même façon si les conjoints ont 20 ou 40 ans.

Pour d'autres, ces notions d'hypofertilité et d'infertilité sont l'occasion de remises en question du corps médical d'une part, mais aussi des couples et de leurs attentes. Ainsi, Marion évoque ce qu'elle peut apprendre de l'intimité des couples : « *Je rencontre en acupuncture, explique-t-elle, des gens qui rentrent en PMA alors qu'ils n'habitent pas dans la même ville, ils se voient deux fois par mois, forcément ce n'est pas facile* ». Bien souvent, en plus de l'acupuncture, elle doit expliquer aux patientes leurs cycles parce qu'elles n'y connaissent rien. En sexologie, Frédérique considère que la question de la sexualité n'est pas assez abordée en lien avec celle de l'hypofertilité : « *Je retrouve des couples dont la femme est enceinte, nous dit-elle, et la pénétration est hyper compliquée, ça me pose quand même la question du nombre de couples*

qui viennent pour de la PMA alors qu'il n'y a pas de pénétration... Parce que je suis absolument persuadée qu'il y en a bien plus qu'on ne le pense. Sans doute que les gynécologues posent vaguement la question, mais les couples disent ce qu'ils veulent, et comme personne n'insiste... Mais ils veulent un bébé, donc on va faire un bébé, sans regarder le problème de la sexualité. Et la PMA dans ces cas-là c'est vraiment biaiser ce problème de la pénétration ».

Nous pouvons ainsi dégager trois types d'approches dans la définition des notions d'hypofertilité et d'infertilité, liées au ressenti provoqué par les mots, à la durée de l'attente de grossesse ou à la prise en charge par le corps médical.

C. Rôle propre des sages-femmes dans l'accompagnement des couples hypofertiles

La question de la place des sages-femmes et de leur rôle dans l'accompagnement des couples hypofertiles est celle qui, de manière générale, a donné lieu aux réponses les plus fournies.

Aude estime que les compétences des sages-femmes dans le domaine de l'hypofertilité sont uniquement une transposition de ce qui se passe pendant la grossesse : *« une grossesse physiologique, nous la suivons seules, explique-t-elle, de même une femme qui vient en régulation naturelle des naissances, je la suis toute seule ; une femme qui présente une grossesse pathologique, je la suis en collaboration avec le médecin, et une femme qui consulte pour infertilité, c'est pareil, je l'aide à décrypter les signaux de son cycle et l'adresse au médecin pour le bilan et le traitement. Les compétences des sages-femmes sont utiles dans l'écoute, on l'exerce beaucoup. Donc c'est notre boulot ! »*

Laurence voit cette approche en lien avec le métier de sage-femme, avec la grossesse, parce que, dit-elle, *« on a, nous, en tant que sages-femmes, un espace de parole, d'écoute qui est plus important que quand on rentre dans le purement médical, où on ne s'intéresse plus qu'au problème, et où la femme et le couple se retrouvent un peu derrières. Et là généralement les sages-femmes sont très à l'écoute, disponibles, sensibles... Et ce d'autant plus si elles sont formées dans ce domaine-là ».*

Pour Claire, cette question du rôle des sages-femmes est une occasion de remise en cause de la profession et de la formation de manière générale. Elle explique que *« si au lieu de prescrire la pilule à tout va, on enseignait la connaissance des cycles, on pourrait détecter plus rapidement des hypofertilités, parce qu'on connaîtrait mieux la physiologie ».* Ce qui impliquerait que les

sages-femmes soient mieux formées dans ce domaine, parce que c'est tout à fait leur rôle. Si les sages-femmes peuvent apprendre aux patientes à se connaître et s'il y a un problème, il sera plus vite détecté et plus vite pris en charge.

Sophie, en travail tissulaire interne, considère que son rôle est vraiment comme à l'accouchement, qu'il relève de l'accompagnement d'une étape de la vie des femmes plus que de la guérison absolue ou de la substitution, le traitement ou l'opération. Elle est convaincue que le rôle de sage-femme, tout médical qu'il soit, n'est pas du même ordre que celui des médecins, mais qu'il est tout de même important.

Enfin, selon Caroline, l'intérêt de l'accompagnement de la sage-femme est dans la prise en charge globale de la personne et de sa physiologie. Pour elle, faire de la gynécologie correctement suppose de remettre le corps de la femme dans son contexte de vie.

Ainsi, ce sont toujours les mêmes aspects de la profession qui sont mis en avant, à savoir notre rôle d'éducatrice, d'écoute, d'accompagnement global et de « prise en charge physiologique de la physiologie ».

IV. ANALYSE ET DISCUSSION

1. ANALYSE CRITRIQUE DE L'ÉTUDE

A. *POINTS FAIBLES*

Le mode de recrutement

Bien qu'étant parfaitement académique (Blanchet & Gotman, 2012), le recrutement indirect des sages-femmes par la méthode dite « de proche en proche » comporte en lui-même des biais. Le recrutement s'est fait ici sur plusieurs réseaux : des sages-femmes ayant une activité similaire ou plusieurs sages-femmes d'une même région qui se connaissent. Ainsi, l'échantillon étudié n'est pas représentatif de la population des sages-femmes libérales. Il apparaît également que ce mode de recrutement ne permet pas de balayer l'ensemble des types de prise en charge

spécifiques de l'hypofertilité. Nous n'avons pas eu, par exemple, d'entretien avec des sages-femmes homéopathes.

La taille de l'échantillon

Du fait de sa faible taille, l'échantillon ne peut pas être considéré représentatif d'une quelconque population. Il était, en effet, difficile de trouver des sages-femmes pouvant être incluses dans l'étude, ce que nous attribuons au fait que la pratique des sages-femmes dans le champ de l'hypofertilité est probablement anecdotique. L'autre difficulté rencontrée fut celle de la prise de contact avec des sages-femmes pour la plupart libérales : nous nous étions fixé trois messages vocaux sur trois semaines maximum. Au-delà de cette limite et sans réponse de la part de la sage-femme, nous cessions d'essayer de la contacter.

Les biais d'entretiens

Les biais d'entretiens sont inhérents à la méthode, puisque, du point de vue de l'auditeur, il y a probablement une façon de poser les questions qui appelle un certain type de réponse, et il y a certainement une interprétation des propos tenus par les sages-femmes aussi bien qu'une subjectivité dans l'analyse des entretiens, notamment sur le choix des propos des sages-femmes auxquels l'importance est accordée. Du point de vue des sages-femmes, il y a un biais potentiel, puisqu'elles ne disent pas forcément tout de leurs représentations, et l'entretien peut leur faire dire des choses qu'elles n'avaient pas encore intellectualisées.

Les conditions d'entretien

Les conditions d'entretiens n'étaient pas toujours optimales. Le temps a plusieurs fois été limitant, notamment lorsque les entretiens avaient lieu au cabinet de la sage-femme. Au téléphone, le son n'était pas toujours bon, ce qui rendait la conversation moins fluide.

La grande diversité des sages-femmes interrogées

La diversité des sages-femmes est, comme nous le verrons, un point fort de l'étude, mais elle a néanmoins posé le problème de la grille d'entretien qu'il a fallu adapter à chaque sage-femme. Tout en gardant les mêmes critères de jugement, il fallait adapter les questions pour que

toutes se sentent concernées. D'où, en outre, la difficulté à analyser les entretiens pour parler, dans un même travail, de pratiques parfois très différentes.

Le choix de la problématique

La problématique choisie au début de l'étude ciblait la recherche sur les couples hypofertiles. En effet, il nous apparaissait que l'infertilité sortait du domaine de compétence des sages-femmes. Il est cependant apparu en cours d'étude que les sages-femmes prenaient en charge indistinctement hypofertilité et infertilité sans pour autant déborder de leurs compétences.

B. POINTS FORTS

Intérêt des entretiens

La méthode de l'entretien, par son essence même, permet de répondre à une recherche qualitative sur les représentations et les pratiques d'une population, ce qui était l'objectif de l'étude. Cela a permis également aux sages-femmes d'aborder spontanément des sujets qui ont pu enrichir la grille d'entretien et donc les résultats de cette étude.

Motivation des sages-femmes

Nous avons été marqués, au cours des entretiens, par la motivation des sages-femmes. A l'exception de trois d'entre elles, elles ont montré beaucoup d'enthousiasme pour répondre aux questions et un véritable intérêt pour l'étude.

Taille de l'échantillon

Si la petite taille de la population est un point faible de cette étude, elle a cependant permis, dans le temps imparti, de faire une analyse en profondeur du discours des sages-femmes.

Diversité des profils de sage-femme

Avant d'être un point faible, cette diversité est un point fort puisque c'est elle qui fait la richesse de cette étude. Cela montre que les compétences des sages-femmes peuvent se déployer dans de nombreuses directions, même inattendues.

2. ANALYSE ET DISCUSSION

A. *LEGITIMITE ET COMPETENCE DES SAGES-FEMMES*

L'hypofertilité, un domaine où légitimité et compétence ne vont pas forcément de pair

La légitimité, mot emprunté au vocabulaire politique, est le caractère de ce qui est fondé en droit, et au-delà de cela, c'est également la justification de l'obéissance qui est due, le terme s'appliquant le plus souvent au pouvoir politique. Transposer cette notion de légitimité à la pratique des sages-femmes soulève deux questions :

- Les sages-femmes ont-elles le droit, conformément aux lois qui encadrent l'exercice de leur pratique, de suivre les couples hypofertiles ?

- Les sages-femmes ont-elles, par leur formation, les compétences nécessaires pour assurer ce suivi ?

La légitimité, du point de vue légal, des sages-femmes en matière d'hypofertilité est définie par le Code de la santé publique qui stipule que « *l'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également 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* »¹¹. Pour cela, « *la sage-femme est autorisée à pratiquer l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de pathologie, concernant : Les femmes à l'occasion du suivi gynécologique de prévention (...)* »¹². De plus, en cas de pathologie, « *la sage-femme peut participer, sous la direction d'un médecin, au traitement de toute patiente présentant une affection gynécologique* »¹³. En ce qui concerne les médecines « alternatives » exercées par les sages-femmes, elles appartiennent à la liste des formations complémentaires autorisées par le Conseil

¹¹ Article L4151-1 du Code de la santé publique, modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 127

¹² Article R4127-318 du Code de la santé publique, modifié par le décret n°2012-881 du 17 juillet 2012 - art. 1

¹³ Article R4127-324 du Code de la santé publique

national de l'ordre des sages-femmes déjà évoquée. Ainsi, les sages-femmes ayant participé à l'étude entrent toutes dans le cadre de la loi.

Si la question de la légitimité « légale » des sages-femmes est aisément résolue, celle de leurs compétences et donc de leur légitimité auprès des patientes ne l'est pas vraiment, et ce d'autant plus que le terme de compétence lui-même n'est pas clair. Entendue comme la capacité à accomplir un certain type d'action, elle paraît banale, mais comme le souligne le sociologue Bernard Rey, si l'on reconnaît à quelqu'un une compétence, cela implique une double récurrence, d'une part du point de vue des situations, et d'autre part du point de vue du sujet qui sera en mesure de repérer entre ces situations ce qu'il y a de commun (Rey, 2009). Il précise aussi la notion de « compétence professionnelle », qu'il définit comme « *la faculté de juger de ce qui est opportun dans les situations que la profession fait rencontrer* ». Selon lui, si elle est professionnelle, cette compétence n'est « *ni intuitive, ni déductible de la seule pratique* », ce qui la lie aux savoirs et donc à un « *processus de rationalisation* ». Il poursuit en expliquant que, pour que l'individu puisse adapter ses compétences aux situations toujours nouvelles qui se présentent, les savoirs acquis doivent également s'appuyer sur une expérience pratique. La formation initiale des sages-femmes, par les deux aspects théorique et pratique qui la composent, a donc bien pour objectif l'acquisition des compétences propres à la profession. Bernard Rey estime également que pour être vraiment « professionnelles », les compétences doivent être définies par la profession elle-même (Rey, 2009). C'est le cas pour les sages-femmes, car bien que leurs compétences soient précisément encadrées par la loi, elles sont capables de les préciser elles-mêmes, avec notamment le code de déontologie des sages-femmes et plus récemment avec le Référentiel métier¹⁴.

La question de la place des sages-femmes dans la prise en charge des couples hypofertiles met donc en évidence un décalage entre les compétences théoriques et les compétences réelles à l'issue de la formation initiale. Toutes, pour pouvoir prendre en charge l'hypofertilité, ont fait une ou plusieurs formations complémentaires, soit pour avoir une approche différente du problème - c'est le cas des sages-femmes en médecines alternatives ou en sexologie - soit pour approfondir leurs connaissances en gynécologie, en l'abordant pour certaines par l'angle de la physiologie clinique, et pour d'autre par les DU qui dispensent une formation gynécologique générale. En ce

¹⁴ Le Référentiel métier et compétence des sages-femmes a été réalisé en 2010 par le Collectif des Associations et des Syndicats de Sages-Femmes (CASSF), le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF) et le ministère de la santé et des sports. Mission « évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé

qui concerne la physiologie gynécologique et son apprentissage aux patientes, c'est un rôle légal comme nous l'avons vu plus haut, et les sages-femmes l'ont intégré au référentiel métier puisqu'il y est stipulé qu'elles sont habilitées à « *décider de l'indication et d'une stratégie de prise en charge et d'accompagnement [...] en utilisant des supports pédagogiques, en étant à l'écoute de ses attentes et de son mode de vie [...], en expliquant la physiologie de la fécondité, des cycles et de la vie sexuelle* ¹⁵ ». De plus, la formation initiale en gynécologie a pour objectif que l'étudiant sache « *prévenir, informer, éduquer dans les domaines de la sexualité, de la fécondité et l'infertilité et des problèmes gynécologiques (...)* »¹⁶, qu'il sache également « *répondre aux demandes liées au désir d'enfant* », « *dépister et participer à la prise-en-charge des femmes présentant une ou des infections et pathologies gynécologiques par le raisonnement médical, la démarche clinique, la reconnaissance et l'identification des signes cliniques* »¹⁷. Malgré tout cela, en pratique, comme l'expliquent les sages-femmes dans l'étude, cette compétence en physiologie gynécologique n'est pas acquise à l'issue de la formation initiale. La formation initiale, à l'image de la profession est en perpétuel remaniement, il faut donc relativiser ce que peuvent en dire les sages-femmes en fonction de leur année de diplôme. Cependant, il est intéressant de noter que celle de l'étude qui a le plus pointé ce problème, Laure, a été diplômée en 2012. Elle explique notamment qu'aujourd'hui, la gynécologie n'est abordée presque exclusivement que du côté de la contraception et de la pathologie, qu'il n'y a pas de place pour la physiologie et que cela se ressent dans la formation : il n'y a pas assez de théorique sur ce sujet, et pas d'occasions pour les étudiants de pratiquer en stage dans ce domaine.

Nous avons donc vu que les sages-femmes sont légalement légitimes pour suivre les couples hypofertiles. Cependant, il apparaît que cette légitimité n'est pas accompagnée de compétences du fait du manque de formation sur le sujet, aussi bien dans la formation théorique initiale que dans la pratique en stage, bien qu'elle fasse partie du référentiel métier et du programme officiel du diplôme d'État.

¹⁵ Extrait de la situation 7 du Référentiel métier

¹⁶ Arrêté du 19-7-2011 – J.O. du 10-8-2011 concernant le régime des études du Diplôme de Formation Générale en Sciences Maïeutiques

¹⁷ Arrêté du 11-3-2013 – J.O. du 28-3-2013 concernant le régime des études du Diplôme d'État de sage-femme

Sentiment de compétence des sages-femmes

Si, de manière générale, la formation initiale n'est pas suffisante pour accompagner des femmes ou couples hypofertiles, les sages-femmes ayant participé à l'étude ont toutes dit se sentir compétentes dans ce domaine.

Ce sentiment de compétence leur vient donc de la ou des formations complémentaires qu'elles ont suivies. Certaines évoquent en outre l'importance de l'expérience puisqu'il leur a fallu les années pour se sentir vraiment compétentes ; cela confirme la théorie de Bernard Rey, évoquée plus haut, selon laquelle pour qu'il y ait compétence il faut qu'il y ait récurrence (Rey, 2009). Pour d'autres sages-femmes, c'est le fait d'être très claires sur les limites de leur suivi qui leur permet de se sentir compétentes. La plupart des sages-femmes ont évoqué aussi leur besoin constant de formation continue, pour pouvoir se sentir légitimes dans ce suivi vis-à-vis des patientes.

Si nous considérons la théorie du sociologue Philippe Zarifian, élaborée dans le cadre de l'entreprise sur le jugement de compétence, il est remarquable qu'aucune sage-femme n'ait évoqué un sentiment de compétence lié à la reconnaissance des patientes. En effet, il explique que le jugement de compétence est plus attribué par le salarié lui-même (ici la sage-femme) que par une quelconque hiérarchie, et ce en fonction de la reconnaissance du client (ici de la patiente) (Zarifian, 2004). Notons que la reconnaissance dont nous parlons ici n'a rien à voir avec la gratitude, mais plutôt justement avec la reconnaissance de compétence. Cela dit, ce n'est pas parce qu'aucune sage-femme n'a fait le lien entre son sentiment de compétence et la reconnaissance des patientes que ce n'est le cas pour aucune, cela fait bien sûr partie des biais de l'étude. La question n'était peut-être pas bien posée, peut être aussi que pour certaines sages-femmes, ce lien est inconscient...

Ainsi, le manque de formation initiale en gynécologie est-il compensé par les formations complémentaires et l'expérience. Finalement toutes les sages-femmes interrogées se sentent compétentes dans leur suivi, bien qu'aucune n'attribue ce sentiment à une quelconque reconnaissance des patientes.

Limite entre physiologie et pathologie en infertilité

Parler de compétence des sages-femmes dans un domaine nécessite forcément de pouvoir faire la différence entre ce qui relève ou non du physiologique, du normal et du pathologique.

Ces termes de « normal », « pathologique », « santé » et « maladie » ont eu de multiples définitions et recouvrent des réalités assez floues. De plus, si l'on considère l'hypofertilité et l'infertilité selon les définitions données en introduction, c'est-à-dire comme une absence de conception au-delà respectivement de six mois et 24 mois, on se trouve bien plus en difficulté pour déterminer ce qui est normal et ce qui ne l'est pas. Cette ambiguïté a été soulevée à plusieurs reprises par les sages-femmes dans cette étude : Camille dit très justement qu'hypofertilité et infertilité ne sont pas des pathologies, mais des symptômes d'autres pathologies ; Sophie estime que c'est une conjonction de personnes, de situations qui font qu'à un moment donné, la fécondité est difficile, voire impossible. Ce sont donc des réalités complexes puisqu'elles en impliquent d'autres, notamment la sexualité et la connaissance de son corps. Peut-on dire d'un couple qui a un seul rapport sexuel par mois et qui consulte au bout d'un an qu'il est hypofertile ? Il l'est selon la définition. Cela remet en cause sa pertinence par rapport à la réalité de la fertilité qui suppose déjà que l'homme et la femme soient fertiles et que l'union ait lieu en période fertile pour la femme. Et même lorsque ces conditions sont réunies, avec une fertilité normale, on est bien loin des 100 % de conception .

En, 1867, dans son essai *Principes de médecine expérimentale*, Claude Bernard théorise les notions de physiologie et de pathologie. Il définit la physiologie comme le bon équilibre des différentes fonctions du corps, et la maladie comme une variation quantitative d'une de ces fonctions (Bernard, 1947 rééd. 1987). Si l'on considère que beaucoup d'infertilités sont dues à des dérèglements hormonaux, cette limite paraît pertinente, et elle justifierait la posture des sages-femmes qui suivent la patiente et l'orientent si elles détectent une pathologie (bien souvent un trouble du cycle). Un siècle plus tard, dans son essai *Le normal et le pathologique*, le philosophe et médecin Georges Canguilhem remet en cause ces définitions qui posent, selon lui, le problème de l'objectivation du malade. Il propose alors une définition individuelle, subjective et qualitative du normal et du pathologique. Ce serait justement du fait de cette subjectivité que la détermination du normal et du pathologique ne revient pas d'abord aux sciences biologiques, mais à la clinique. Ainsi, comme l'explique Céline Lefève, la bonne santé devient alors pour un sujet la capacité « *d'effectuer les activités qui lui sont indispensables dans son milieu* », et la pathologie « *une allure de vie où l'on est contraint de faire moins de choses et de faire toujours la même chose* »

(Lefève, 2009). Si l'on considère l'infertilité et l'hypofertilité du point de vue de Canguilhem, alors les définitions classiques sont de nouveaux justifiées, parce que, même s'il n'y a aucun trouble de la fertilité cliniquement et biologiquement objectivable, il y a une pathologie dès lors qu'il y a une plainte d'une patiente, qu'elle ressent une limitation dans ses capacités, ici celle d'avoir un enfant. Si cette vision des choses a l'avantage de prendre en compte le vécu des personnes, elle a l'inconvénient d'augmenter radicalement le champ de la pathologie et donc de diminuer celui de la physiologie. En ce qui concerne l'activité des sages-femmes de manière générale, cette définition de Georges Canguilhem ne peut convenir. Leur restera-t-il beaucoup de grossesses à suivre si, dès lors qu'une patiente a des inquiétudes ou des limitations de ses activités qu'elle n'avait pas anticipées ou des signes sympathiques, la grossesse est considérée comme pathologique ? Sans doute pas.

Pour donner du sens à l'activité des sages-femmes, il faudrait donc pouvoir associer les définitions de C. Bernard et G. Canguilhem. Ainsi, toute plainte ou inquiétude d'un couple, qu'elle soit ou non biologiquement et cliniquement justifiée, doit être entendue par une oreille médicale, donc celle de la sage-femme convient, et lorsque la sage-femme détecte une pathologie, au sens où l'entend C. Bernard, elle adresse le couple au médecin.

Finalement, si la loi justifie aisément l'activité des sages-femmes en lien avec l'infertilité, nous avons vu que c'est une compétence qu'elles n'ont pas d'emblée. En effet, pour délimiter les compétences des sages-femmes, les définitions habituelles du normal et du pathologique ne sont pas suffisantes.

B. RÔLE ET IDENTITE DES SAGES-FEMMES

Pertinence de telles prises en charges

Avant de réfléchir au rôle propre des sages-femmes dans la prise-en-charge de l'hypofertilité, nous allons d'abord voir si ces prises en charges sont pertinentes et si elles présentent un intérêt pour les patientes en particulier et pour la santé publique en général.

Du point de vue sexologique, l'impact d'un parcours d'infertilité et plus particulièrement de PMA a été démontré. « L'échec » vécu par le couple vient bouleverser sa sexualité, son intimité, « le couple devra réapprendre à s'aimer et à se désirer, ou se séparer... » (FlisTrèves & Gellman, 2003). L'auteur explique qu'avant le parcours de PMA, les couples ont déjà une

sexualité perturbée, sur commande, du fait du combat contre l'infertilité, et quand ils arrivent en PMA, leur sexualité devient soudain inutile pour faire un enfant. Une autre étude a montré que les couples peuvent avoir des troubles sexuels avant un diagnostic de stérilité, ils pourraient donc être une cause concomitante de l'infertilité. Ainsi, un regard plus attentif devrait être porté, selon les auteurs, sur ces troubles sexuels invalidants par rapport à la procréation comme la dysfonction érectile, l'éjaculation précoce/retardée ou impossible chez l'homme, le vaginisme ou la dyspareunie chez la femme. La même étude associe également un défaut de connaissances et d'éducation sexuelle à une augmentation de l'hypofertilité (Quattrini, Ciccarone, Taton, & Vittori, 2010).

Concernant l'acupuncture et le travail tissulaire interne, ils font partie de ce qui autrefois était appelé « médecines traditionnelles ». Aujourd'hui le terme de médecines alternatives complémentaires (MAC) est souvent préféré, car, comme l'explique Claudie Haxaire il y a à la fois une recrudescence de médecines traditionnelles et l'émergence de nouvelles formes de thérapies. Elle explique également que les médecines alternatives sont perçues souvent comme des « ressources préventives » et que leurs utilisateurs sont aussi des consommateurs de soins officiels. (Haxaire, 2011). Pour le travail tissulaire interne, nous n'avons pas trouvé d'études ; en revanche, beaucoup d'études ont été menées concernant les effets de l'acupuncture sur le traitement de tel ou tel trouble de la fertilité. Nous citerons seulement une revue de la littérature scientifique qui a montré l'utilité de la médecine chinoise pour le traitement de l'infertilité féminine de manière générale (Xia JF, 2016).

Comme nous l'avons déjà dit, l'objectif des méthodes Billings et MAO est la détermination par la patiente, grâce à divers signes, des périodes fertiles et infertiles. Étant habituellement utilisées pour limiter les naissances, c'est donc plus dans ce cadre qu'elles ont été évaluées. Cependant, nous citerons deux études : l'une confirme le lien entre le jour « sommet » de glaire et le pic de LH (Fehring, 2002), l'autre évaluait les probabilités de concevoir pour des couples utilisant les méthodes naturelles pour cibler la période fertile. Les probabilités cumulées de concevoir au bout d'un, trois, six et douze cycles étaient respectivement de 38 %, 68 %, 81 % et 92 %. Les sages-femmes expliquent que ces méthodes leur permettent de détecter, s'il y en a, des troubles du cycle, et qu'elles sont donc un bon outil de prévention. Là encore, cela n'a pas été évalué (Gnoth, Godehardt, Godehardt, & Frank-He, 2003).

Concernant la NPT, plusieurs études ont été faites sur la prise en charge de telle ou telle pathologie, ici ne nous citerons qu'une étude générale englobant toutes les pathologies. C'est une

étude rétrospective sur le suivi en NPT de couples pour lesquels le désir de grossesse est d'un an minimum, et dont 33 % avaient fait au moins une tentative de FIV auparavant. 75 % d'entre eux ont reçu un traitement¹⁸. Au bout de deux ans, 25,5 % (taux brut) ou 52,8% (taux ajusté) des couples avaient eu un enfant, dont 16 % des couples ayant fait une ou plusieurs FIV avant (Stanford, Tracey, & Parnell, 2008)

Ce que nous avons livré de références concernant les prises-en-charges des sages-femmes n'en est qu'un très bref aperçu. Développer plus encore ces résultats nous ferait sortir de l'objet propre de notre étude, nous nous concentrons donc sur la façon dont les sages-femmes se situent dans le suivi des couples en difficulté pour concevoir.

Concurrence des sages-femmes

Quelle que soit l'activité pratiquée par les sages-femmes, il est remarquable de constater qu'elles n'ont jamais le monopole du suivi des patientes et des couples et partagent leur activité tantôt avec les médecins généralistes, les gynécologues obstétriciens, les puéricultrices ou les kinésithérapeutes.

Cette multiplicité d'approches est valable également pour le suivi de l'hypofertilité et de l'infertilité. De manière générale, ces pathologies concernent plus les gynécologues et les biologistes, mais il n'y a pas non plus besoin d'être sage-femme pour être acupunctrice, ostéopathe, instructrice NaPro, sexologue, etc... Cela soulève deux questions : la première, à laquelle nous ne pourrions pas vraiment répondre, est de comprendre quelles raisons amènent les patientes à consulter plus particulièrement une sage-femme. Nous ne pouvons approcher la réponse que par ce que les sages-femmes nous en disent. Elles évoquent leur « double casquette », qui dans un domaine aussi sensible que l'hypofertilité est rassurante pour les patientes, particulièrement dans le cadre des médecines alternatives, où elles redoutent d'avoir à faire à des « charlatans ». Pour les sages-femmes instructrices des diverses méthodes de

¹⁸ Les traitements en NPT sont le plus souvent hormonaux (Clomifène, HCG, progestérone, traitement pour améliorer la qualité de la glaire), ou chirurgicaux. Leurs spécificités sont d'abord que les modalités du traitement sont adaptées à chaque cycle et à chaque patiente en fonction de ses observations, et leur objectif est toujours la restauration de la fertilité. Ainsi, il n'y a pas, par exemple, d'hyperstimulation de l'ovulation, mais le Clomifène est utilisé à plus faibles doses pour stimuler l'ovulation.

connaissance du cycle, c'est la blouse blanche qui rassure, de même que leur plus grande disponibilité pour les rendez-vous par rapport à un gynécologue ou tout autre spécialiste.

La deuxième question soulevée par cette concurrence est celle de la place des sages-femmes dans le système de soins français. Comme nous l'avons vu en introduction, la profession est en perpétuel remaniement, il y a notamment aujourd'hui une augmentation considérable de l'exercice libéral (hausse de 7 % par an entre 2000 et 2010) (DREES, 2012). Lors des récentes manifestations des sages-femmes (2013-2014), celles-ci revendiquaient notamment d'être « praticiens de premier recours » pour la santé des femmes (Andrès, 2016). Le Conseil de l'ordre définit cette notion de premier recours comme « *un concept simple : permettre à toutes les femmes d'avoir accès à une sage-femme* » (Conseil national de l'ordre des sages-femmes, 2014). Ceci n'est pas seulement une demande des sages-femmes, puisque la Cour des Comptes, dans son rapport de 2010, recommande de « *mieux articuler et valoriser les compétences respectives des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens, en faisant encore davantage des sages-femmes des professionnels de premier recours pour le suivi des femmes en bonne santé* », et ce pour assurer à la fois la sécurité des patientes, et la « *gestion optimale des moyens* » (France, 2011).

La place des sages-femmes dans le système de soin français est évidemment dépendante du cadre légal dans lequel elle est autorisée à se déployer, ce dont nous avons déjà parlé, mais elle dépend aussi de la façon dont la profession est perçue par le « grand public », et de ses rapports avec les gynécologues-obstétriciens. De manière générale, le rôle des sages-femmes est assez flou. Dans cette étude, nous l'avons vu, certaines patientes ayant entendu que telle sage-femme faisait du suivi gynécologique, ont pensé qu'elle était comme un gynécologue, mais paradoxalement, beaucoup n'imaginent pas que les sages-femmes puissent faire autre chose que les accouchements. Les relations de la profession avec les gynécologues ont déjà fait couler beaucoup d'encre et, parmi les multiples travaux qui ont été faits, nous citerons seulement celui d'Hélène Lecomte qui explique que, de manière générale, si les relations entre les deux professions sont bonnes, c'est notamment au sujet du suivi gynécologique qu'apparaissent les difficultés (Lecomte, 2013) .

Malgré la concurrence dont nous avons parlé et la méconnaissance du grand public sur la profession, il est donc justifié que des sages-femmes aient investi le champ de l'infertilité, dans sa prise en charge initiale, ou dans son accompagnement en complément d'un médecin. D'une part elles répondent de cette façon à une demande des patientes, et d'autre part, cela va dans le sens des recommandations de la Cour des Comptes.

Identité professionnelle et hypofertilité

Alors que la place que peuvent tenir les sages-femmes dans la prise-en-charge des couples hypofertiles n'est même pas reconnue par la plupart d'entre-elles, comment expliquer que des sages-femmes se soient intéressées à cela ? Pour répondre à cette question, nous devons réfléchir à la notion d'identité professionnelle.

Le sociologue Claude Dubar explique que l'identité définit ce que sont les individus, ce qui les caractérise dans toutes les situations. La différence, qui constitue l'identité, repose toujours sur ce qui est exclusif et propre à un être. Il distingue l'identité privée et l'identité professionnelle (Dubar, 1991). Comme le souligne la sociologue Anne-Marie Fray, l'identité professionnelle commence avec sa propre identité. En effet l'homme est libre, donc responsable de ce qu'il est et des choix qu'il pose, notamment sur le plan professionnel (Fray & Picoulet, 2010). La notion d'identité professionnelle est donc une articulation entre l'identité pour soi, celle par laquelle on se définit soi-même, et l'identité pour autrui qui est celle que nous attribuons les autres (Dubar, 1991). L'identité professionnelle est aussi une identité de métier. Elle serait dans le sentiment d'appartenance à une profession issue d'une socialisation et dont le résultat est la conformité aux normes collectives. Comme l'explique une autre sociologue, Anne-Laurence Penchaud, cette « conformité » à la profession est acquise durant les études, qui, en plus de dispenser un apprentissage technique, ont une fonction d'apprentissage « normatif » : il s'agit de former les étudiants à la culture de leur future profession (Penchaud, 2011).

Ici, les motivations profondes des sages-femmes pour suivre des couples hypofertiles relèvent plus du domaine de l'identité privée, alors que la façon dont elles vont les prendre en charge relèvent plutôt de leur identité professionnelle. Par exemple, ce qui a poussé Camille à se former en NaPro technologie, c'est l'absence de réponse éthique à l'infertilité des couples. Quant à Valérie, elle s'est lancée en acupuncture pour pouvoir mieux gérer les douleurs, sujet qui lui a toujours tenu à cœur ; elle met cela sur le compte de la mémoire ancestrale de la douleur lors d'une hospitalisation à 18 mois. Pour Laurence, l'envie de se former en méthode naturelle est venue « avec l'arrivée d'un bébé pas tout à fait prévue ». Ce sont là des choses très personnelles que les sages-femmes évoquent. Dans la façon dont elles parlent de leur suivi, on retrouve facilement l'identité professionnelle : importance de la physiologie, suivi global, écoute, compétences médicales... qui reviennent fréquemment dans leur discours.

Il est possible également d'expliquer cet attrait des sages-femmes pour une telle prise en charge par la situation actuelle de la profession. Comme nous l'avons déjà expliqué, il y a d'abord cette volonté d'être réellement praticien de « premier recours ». D'une certaine manière, les sages-femmes souhaitent retrouver l'autonomie et le prestige dont elles jouissaient il y a quelques décennies lorsque tout ce qui se rapportait à la maternité était une « affaire privée, une affaire de femme » (Knibiehler, 2007). Cette volonté d'être un « premier recours » va de pair avec l'autonomie largement revendiquée durant les grèves de 2013-2014 (Andrès, 2016). Le sociologue Eliot Freidson explique qu'« *un métier peut atteindre le degré d'autonomie d'une profession à condition de contrôler un domaine d'activité disjoint qui peut être isolé du champ global de la médecine et où la pratique n'exige pas le contrat quotidien avec les médecins, ni le recours à leur autorité* » (Freidson, 1984). Cela rejoint ce que nous disions plus haut : quand les sages-femmes ne contrôlent rien et n'ont de monopole nulle-part, leur autonomie n'en est que plus diminuée. Nous avons ici parlé du mouvement de grève de 2013-2014 parce qu'il fait partie de l'actualité professionnelle et a permis de révéler les revendications et aspirations des sages-femmes d'aujourd'hui mais, étonnamment, aucune sage-femme ne l'a évoqué dans les entretiens.

Ainsi, si les sages-femmes ne sont pas pleinement autonomes et n'ont pas de monopole, elles n'en n'ont pas moins une identité professionnelle, et c'est sans doute ce qui les pousse dans ces prises en charges : elles ont des qualités de sages-femmes dont elles veulent, en premier recours, faire profiter les patientes.

V. CONCLUSION

Ce mémoire s'inscrit dans le contexte actuel de la profession de sage-femme qui a récemment vu de nombreuses transformations dans son domaine de compétence et dans ses modes d'exercices. Nous nous sommes intéressés à la place que pouvaient prendre les sages-femmes dans la prise en charge des couples hypofertiles, ce qui nous a amenés aussi à considérer celle qu'elles ont auprès des couples infertiles. Les quarante dernières années ont vu une maîtrise grandissante de la fécondité, l'enfant est devenu un « projet parental », c'est le fameux « un enfant si je veux, quand je veux » du combat féministe. Ainsi, bien que n'étant pas un problème récent, l'infertilité prend aujourd'hui une autre dimension, la rendant intolérable et source de grande angoisse pour les couples, et surtout les femmes.

Pour appréhender cette place des sages-femmes auprès des couples hypofertiles, nous avons mené treize entretiens auprès de sages-femmes libérales. Cela nous a d'abord montré la grande diversité dans les prises-en-charge proposées aux couples hypofertiles et infertiles, nous en avons déterminé quatre types. D'abord dans le cadre du suivi gynécologique classique, les sages-femmes sont une première étape dans le parcours d'un couple, pour rassurer et faire l'anamnèse, elles sont le lien entre l'inquiétude des patients et la prise en charge purement médicale. D'autres sages-femmes, sexologues, travaillent soit en amont quand les troubles de la fertilité sont dus à des problèmes de sexualité, soit en aval lorsque c'est le difficile parcours d'infertilité qui a causé des problèmes dans les relations du couple. Par le biais des médecines alternatives complémentaires, certaines sages-femmes sont amenées à suivre des patientes infertiles, soit en premier recours, soit en soutien d'un parcours de PMA. Enfin, certaines sages-femmes, abordent l'infertilité par l'angle de la physiologie clinique en gynécologie. Elles enseignent aux patientes à connaître leur cycle, ce qui permet soit de déterminer la période fertile et donc d'augmenter considérablement les chances de concevoir, soit de diagnostiquer des troubles du cycle. Pour plusieurs des sages-femmes, ces différents types de prise en charge se recoupent, ainsi si l'on peut catégoriser les prises en charges, il nous est impossible de classer les sages-femmes.

Bien que ne représentant pas l'ensemble des prises en charges de sages-femmes auprès de couples hypofertiles, cette étude en a néanmoins donné un aperçu, et a surtout permis de soulever plusieurs axes de réflexion. Le plus évident est celui de la limite des compétences des sages-femmes. En effet, l'hypofertilité apparaît d'abord comme pathologique, et les sages-

femmes ne sont autonomes que dans la physiologie. Ce mémoire a montré qu'elles ne dépassaient pas le cadre de leurs compétences légales, ayant dans tous les cas une prise en charge physiologique : acupuncture, enseignement du cycle, dépistage, prescription d'exams complémentaires... La physiologie n'est donc pas tant dans ce qu'elles prennent en charge que dans la façon dont elles le font. Il apparaît cependant que la formation initiale est insuffisante pour assurer ces suivis, puisque toutes les sages-femmes ont fait une ou plusieurs formations complémentaires et, pour plusieurs, ce peu de formation dans le domaine de la physiologie gynécologique est un manque dans la formation initiale qu'il faudrait combler. L'étude montrait également que, dans ce domaine comme dans les autres, les sages-femmes n'ont aucun monopole : ce qu'elles font, d'autres peuvent le faire. Nous nous sommes alors demandé pourquoi les sages-femmes allaient dans cette direction, et il nous a semblé que leur identité professionnelle jouait là un rôle prépondérant. En dépit de la concurrence que subissent les sages-femmes dans tout ce qu'elles pratiquent, si elles continuent à le faire c'est qu'elles ont les qualités inhérentes à la profession - compétences médicales, écoute et accompagnement global - dont elles ont consciences et dont elles veulent faire profiter les patientes. L'intérêt que certaines ont pour l'hypofertilité s'inscrit dans la volonté qu'elles ont d'être des praticiennes de « premier recours » pour la santé des femmes.

Ce mémoire, traitant d'un sujet considéré comme pathologique, nous pose finalement la question de la physiologie en gynécologie et de la place qu'elle tient à la fois dans la formation et dans la pratique. Il n'est pas anodin que la sage-femme qui se plaint le plus de ce manque soit presque la plus jeune diplômée (2012). La gynécologie n'est quasiment exclusivement abordée aujourd'hui que sous l'angle de la pathologie, de la contraception et du dépistage de différents cancers. Qu'en est-il de la physiologie ? La clinique en gynécologie est riche et sa connaissance par les professionnels de santé et les femmes permettrait à la fois le dépistage, la prévention et le diagnostic de pathologies pouvant interférer sur la fertilité des femmes. Pourquoi s'en priver ?

Si les sages-femmes ont su remettre au goût du jour la physiologie dans d'autres domaines, pensons par exemple à l'accouchement et à l'allaitement, sauront-elles faire de même en ce qui concerne la gynécologie ?

Pour aller au-delà de cette étude, il serait intéressant de se poser cette même question du point de vue des patientes ; Cela nous permettrait d'appréhender de manière plus juste la place particulière que tiennent les sages-femmes dans le suivi de la fertilité des femmes.

Bibliographie

- Almeida, A., Nix- Muller, C., Germond, M., & Ansermet, F. (2002). Investissement Parental Précoce de l'enfant conçu par Procréation Médicalement Assistée autologue. *Psychiatrie Enfant*, 45, 45-75.
- Andrès, E. (2016). La grève de 2013-2014 : une crise identitaire des sages-femmes. *Mémoire pour l'obtention du diplôme d'état de sage-femme*. Université d'Angers.
- Bernard, C. (1947 rééd. 1987). *Principes de Médecine expérimentale*. PUF.
- Bigelow, J. L., Dunson, D. B., Stanford, J. B., Ecochard, R., Gnath, C., & Colombo, B. (2004, 4). Mucus observations in the fertile window: a better predictor of conception than timing of intercourse. *Human Reproduction*, 19, 889-892.
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2012). *L'enquête et ses méthodes- l' Entretien*. (A. Colin, Éd.) Paris.
- Boyle, P., & Stanford, J. (2011). Natural Procreative technologie- A multifactorial approach of the chronic problem of infertility. *Biomedicina*, 21(3), 37-42.
- Bry- Gauillard, H., Massin, N., & Young, J. (2014, 11). Infertilité du couple: étiologie et prise en charge. *Endocrinologie- Nutrition*, 1-15.
- Brzakowski, M., Lourdel, E., Cabry, R., Oliéric, M. F., Claeys, C., Devaux, A., . . . Merviel, P. (2009). Epidémiologie du couple infertile. *Journal de gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction, Hors-série 1*, F3- F7.
- Carricaburu, D. (s.d.). Entre coopération et concurrence : sages-femmes et obstétriciens face à la réforme de la périnatalité.
- Conseil national de l'ordre des sages-femmes. (2014). Mouvement des sages-femmes : sage-femme praticien de premier recours. *Contact sage-semme*(37), 6-7.

- DREES. (2012, mars). La profession de sage-femme : constats démographiques et projection d'effectifs. *Etudes et Résultats*.
- Dubar, C. (1991). *La socialisation: construction des identités sociales et professionnelles*. A. Colin.
- Epelboin, S. (2009, janvier). Impossibilité de concevoir. *Etudes sur la mort*(119), 101-109. doi:DOI 10.3917/eslm.119.0101
- Fehring , R. J. (2002, 10). Accuracy of the peak day of cervical mucus as a biological marker of fertility. *Contraception*, 66, 231-235.
- FlisTrèves, M., & Gellman, S. (2003). Sexualité et Aide médicale à la procréation. *Spirale*, 65-70. doi:DOI 10.3917/spi.026.0065
- France. (2011). *Le rôle des sages-femmes dans le système de soins*. Rapport de la cour des comptes.
- Fray, A.-M., & Picouleau, S. (2010, 8). Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail. *Management & Avenir*, 72-88. doi:DOI 10.3917/mav.038.0072
- Freidson, E. (1984). *La Profession Médicale*. Payot.
- Gnoth, C., Godehardt, D., Godehardt, E., & Frank-He, P. (2003). Time to pregnancy: results of the German prospective. *Human Reproduction*, 18(9), 1959±1966. doi:10.1093/humrep/deg366
- Goëb, J. L., Férel, S., Guetta, J., Dutilh , P., Dulioust, E., Guibert, J., . . . Jouannet, P. (2006). Vécus psychologiques des démarches d'assistance médicale à la procréation. *Annales Médico Psychologiques*, 164, 781-788.
- HAS. (2009, septembre). Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer . *Document d'information pour les professionnels de santé*.

- Haxaire, C. (2011). Acteurs professionnels, traditionnels ou alternatifs. Dans C. d. santé, *Médecine, santé et sciences humaines- Manuel* (pp. 39-47). Les Belles lettres.
- Keulers, M. J., Hamilton, M., Franx, A., Evers, J. L., & Bots, R. S. (2007). The length of the fertile window is associated with the chance of spontaneous conceiving an ongoing pregnancy in subfertile couples. *Human Reproduction*, 22(6), 1652-1656.
- Knibiehler, Y. (2007). *Accoucher, Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXe siècle*. Editions de l'école nationale de la santé publique.
- Lecomte, H. (2013). L'articulation de deux professions au carrefour de l'obstétrique : Etude sociologique de la relation gynécologue- obstetricien/ sage-femme. *Mémoire pour l'obtention du diplôme d'état de sage-femme*. Université de Lille II.
- Lefève, C. (2009). Le normal et le pathologique. Dans J. M. Mouillie, C. Lefève, & L. Visier, *Médecine et sciences humaines- Manuel pour les études médicale* (pp. 86-103). Les Belles Lettres.
- Ohanessian, A., Gamberre, M., & Agostini, A. (2014, 9). Epidémiologie de la Fertilité. *Gynécologie*, 1-7.
- O'Reilly E, S. M. (2014). Perspectives of complementary and alternative medicine (CAM) practitioners in the support and treatment of infertility. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 14, 394. doi: 10.1186/1472-6882-14-394
- Paradis, S., Bourgogne, C., Gillois , P., & Hoffmann, P. (2016, 02). Fréquence de la réalisation de la consultation préconceptionnelle par des professionnels de santé dans les pays membres de l'union européenne, protocole de la revue de la littérature. Consulté le 05 13, 2016, sur http://www.crd.york.ac.uk/PROSPEROFILES/35964_STRATEGY_20160201.pdf
- Penchaud, A.-L. (2011, 8). La socialisation professionnelle en médecine. Dans C. d. santé, & L. B. Lettres (Éd.), *Médecine, santé et sciences humaines- Manuel* (pp. 101-105).
- Quattrini, F., Ciccarone, M., Taton, F., & Vittori, G. (2010, janvier- mars). Évaluation psychologique et sexologique du couple infertile. *Sexologies*, 19, 48-52.

- Rey, B. (2009, mars 1). Compétence » et « compétence professionnelle. *Recherche et Formation*, 103-116. doi:10.4000/rechercheformation.756
- Salama, S., Muratorio, C., Torre, A., Paillusson, B., & Wainer, R. (2011). Exploration du Couple Infertile. *AKOS(Article 3-1310)*, 1-8.
- Stanford, J. B., Tracey, A., & Parnell, M. (2008). Outcomes From Treatment of Infertility With Natural Procreative Technology in an Irish general practice. *Journal of the American Board of family medicine*, 21(5). doi:doi: 10.3122/jabfm.2008.05.070239
- Sullerot, E. (2005, avril). Un premier enfant de plus en plus tard. *Population & Avenir(674)*, 14-16. doi:DOI 10.3917/popav.674.0014
- Thonneau, P., Marchand, S., Tallec, A., Ferial, M. L., Ducot, B., Lansac, J., . . . Spira, A. (1991). Incidence and main causes of infertility in a population of three french region. *Human Reproductoin*, 6(6), 881-816.
- Xia JF, I. Y. (2016). Chinese medicine as complementary therapy for female infertility. *Chinese Journal of Integrative Medicine*, 1-8. doi:10.1007/s11655-016-2510-5
- Zarifian, P. (2004). *Le Modèle de la Compétence*. Editions Liaisons.

ANNEXE I: GRILLE D'ENTRETIEN

Entretien n° :

Date :

Fait au cabinet de la SFL

Fait par téléphone

Quelle est la place de l'hypofertilité dans votre activité de sage-femme libérale ? Y a-t-il une sollicitation importante de la part des patientes ?

Dans quel cadre, les patientes font-elles appel à vous pour cette prise-en-charge peu habituelle ? Et comment savent-elles que vous faites ce suivi ?

Quelles furent vos motivations pour vous lancer dans ce suivi ?

Quelle réponse apportez-vous à ces patientes :

- Quel type de problèmes prenez-vous en charge ?
- Quelle place accordez-vous au conjoint ?
- Quels sont selon vous les bénéfices pour la patiente à un tel suivi ?
- Quelle stratégie mettez-vous en place, si nécessaire, pour informer/ former les femmes à la connaissance de leur corps

Quelle est la place de la physiologie dans ces suivis de situations pathologiques ? Quelle est votre légitimité en tant que sage-femme dans ces prises-en-charges particulières ? Où se situent vos limites ?

Vous sentez-vous à l'aise et compétente face à ces situations ? Avez-vous eu besoin de faire des formations complémentaires, ou souhaitez-vous en faire pour répondre à ces questions ?

Quels obstacles et difficultés rencontrez-vous dans votre suivi ?

Comment vous représentez-vous l'hypofertilité par rapport à l'infertilité ?

Quel est votre parcours professionnel de sage-femme ?

- Année de diplôme
- Année d'installation en libérale
- Début du suivi des couples hypofertiles/ Année de formation en lien avec la prise en charge des couples hypofertiles

ANNEXE II: AVIS DU CIER



Avis du comité interne d'éthique de la recherche médicale (CIER) du GHICL Bureau restreint

Numéro d'ordre de l'avis : 2016-06-04 FMM

Intitulé de la recherche : Place des Sages-femmes dans la prise en charge des couples hypofertiles

Responsable du projet : Louise POUCHOL

Promoteur : GHICL

Lieu où se déroule la recherche : *France entière*

Documents sur lesquels le comité (protocole, document d'information et/ou de consentement remis aux sujets participants...) : Grille CIER

Date de réunion du comité d'éthique restreint : 23/06/2016

Personnes ayant délibéré :

✓ L'expert médical : Dr Lansiaux

✓ Le responsable adjoint du DRM : Mme Demilly

Avis du comité d'éthique du GHICL

Avis favorable sans restriction

Avis favorable avec demande de modifications (avis temporaire) : voir fiche « demande de modifications du CIER » jointe à cet avis

Avis défavorable

○ motivations :

○ recommandations :

La Responsable adjointe du DRM

Nom : DEMILLY Magali

Date : 27/06/16

Signature :

L'Expert médical du GHICL

Nom : LANSIAUX Amélie

Date :

Signature :

Suite aux corrections rapidement apportées, le CIER donne un

Avis favorable sans restriction

ANNEXE III : FEUILLET DE CONSENTEMENT DE PARTICIPATION A L'ETUDE

Faculté de médecine et de Maïeutique
56 rue du Port 59046 LILLE



Nom de l'étudiant : POUCHOL
Prénom de l'étudiant : Louise
Tel : 03 20 13 47 36

Information pour participation à une étude médicale

Dans le cadre du mémoire que je dois réaliser au cours de mes études je réalise un travail de recherche médicale :

« *La place des sages-femmes dans la prise en charge des couples hypofertiles* »

Pour mener à bien cette recherche, j'ai besoin de recueillir des données par le biais d'entretiens et c'est la raison pour laquelle je vous ai contacté.

Pour participer à ce travail, il est important que vous sachiez :

- Que votre participation n'est pas obligatoire et se fait sur la base du volontariat
- Que vous avez le droit de vous retirer de l'étude à tout moment si vous le souhaitez, sans en supporter aucune responsabilité
- Que vous avez le droit de refuser de répondre à certaines questions qui vous seront posées
- Que les données recueillies seront traitées de manière confidentielle ; et que si elles devaient être utilisées pour donner lieu à une publication, elles seraient anonymes
- Qu'à tout moment vous pouvez avoir accès aux données vous concernant
- Que je me tiens à votre disposition pour répondre à vos questions concernant les objectifs du travail une fois le recueil des données effectuées
- que les éventuels enregistrements seront détruits dès la fin des travaux

Cette recherche est réalisée dans le respect des règles de bonnes pratiques cliniques et de la législation nationale en vigueur.

Les données de santé vous concernant feront l'objet d'un traitement informatique destiné à l'évaluation scientifique de la recherche. Elles seront transmises dans des conditions garantissant leur confidentialité, c'est-à-dire de manière **anonymisée**. En vertu des articles 39, 40 et 56 de la loi n° 78-17 du 06 Janvier 1978 modifiée par la loi 2004-801 du 06 août 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pourrez exercer vos différents droits dont celui d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition concernant la levée du secret médical auprès du médecin qui vous propose de participer à la recherche. Par ailleurs, conformément à l'article L.1111-7 du Code de la Santé Publique, les données de santé vous concernant peuvent vous être communiquées par le médecin de la recherche et pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé, à d'autres entités de cet organisme, responsable de l'étude.

Fait en double exemplaires à Le.....

Signature

Consentement de participation à une étude médicale

Je soussigné(e), Monsieur ou madame

Prénom..... Nom.....

Certifie avoir reçu et compris toutes les informations relatives à ma participation et avoir eu un délai de réflexion avant de consentir à participer à l'étude médicale

« La place des sages-femmes dans la prise en charge des couples hypofertiles »

Accepte un enregistrement audio-phonique des entretiens. Celui-ci sera détruit dès la fin du travail.

Cette étude médicale est réalisée dans le cadre d'un mémoire de maïeutique soutenu par Louise Pouchol étudiante en maïeutique à la faculté de médecine et de Maïeutique de Lille

Fait en double exemplaires à Le

Signature

MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

ANNEE 2016-2017

TITRE :

PLACE DES SAGES FEMMES DANS LA PRISE EN CHARGE DES COUPLES HYPOFERTILES

Etude qualitative menée auprès de sages-femmes libérales

AUTEUR : Louise POUCHOL

Sous la direction de Madame Anne- Sophie PIHEN

MOTS-CLES : Sage-femme, hypofertilité, infertilité, compétence, physiologie, suivi gynécologique, NaPro technologie, Billings, Médecines alternatives complémentaires, identité professionnelle.**RESUME :**

Depuis la loi HPST de 2009, les sages-femmes ont acquis de nouvelles compétences, notamment celle de pouvoir assurer le suivi gynécologique de prévention. L'hypofertilité (toutes causes confondues) étant un problème de plus en plus fréquent, nous nous sommes demandé quelle pouvait être la place des sages-femmes dans la prise en charge des couples hypofertiles.

Nous avons mené une enquête par entretiens semi directifs auprès de sages-femmes libérales qui d'une manière ou d'une autre prennent en charge les couples hypofertiles.

Par la méthode dite « de proche en proche », nous avons recruté treize sages-femmes, dont les prises-en-charges spécifiques sont très variées : médecines alternatives complémentaires, sexologie, suivi gynécologique classique, suivi fertilité par la connaissance du cycle... Les entretiens ont montré que les sages-femmes, dans le cadre de la prise en charge des couples hypofertiles, ne dépassent pas les limites de leurs compétences. En effet, bien que certaines situations soient pathologiques, leurs prises en charges demeurent physiologiques. L'enquête a également permis de dégager les spécificités de ces suivis. Il est apparu que comme dans les autres domaines, les sages-femmes n'ont pas le monopole de ces activités, c'est donc leur identité professionnelle de sage-femme qui les pousse à pratiquer ces suivis.

Ce travail nous a principalement interpellé sur la place de la physiologie clinique en gynécologie dont l'utilité est sous-estimée et qui est donc ignorée, à la fois dans la formation initiale, et dans la pratique courante de la gynécologie.