



HAL
open science

Perception de la profession de sage-femme par les femmes

Anaïs Gauvain

► **To cite this version:**

Anaïs Gauvain. Perception de la profession de sage-femme par les femmes. Gynécologie et obstétrique. 2018. dumas-01866316

HAL Id: dumas-01866316

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01866316v1>

Submitted on 3 Sep 2018

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.



PERCEPTION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME PAR LES FEMMES

Anaïs GAUVAIN
Née le 25 mai 1995



2017-2018

Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme
Sous la direction de Marie-Odile LEGLINEL, sage-femme enseignante
Ecole de Sage-Femme de Caen
Université de Caen Basse-Normandie



CAEN · CAMPUS 5

BIBLIOTHÈQUE
UNIVERSITAIRE

SANTÉ



ECOLE DE SAGE-FEMME

AVERTISSEMENT

Afin de respecter le cadre légal, nous vous remercions de ne pas reproduire ni diffuser ce document et d'en faire un usage strictement personnel, dans le cadre de vos études.

En effet, ce mémoire est le fruit d'un long travail et demeure la propriété intellectuelle de son auteur, quels que soient les moyens de sa diffusion. Toute contrefaçon, plagiat ou reproduction illicite peut donc donner lieu à une poursuite pénale.

Enfin, nous vous rappelons que le respect du droit moral de l'auteur implique la rédaction d'une citation bibliographique pour toute utilisation du contenu intellectuel de ce mémoire.

Le respect du droit d'auteur est le garant de l'accessibilité du plus grand nombre aux travaux de chacun, au sein d'une communauté universitaire la plus élargie possible !

Pour en savoir plus :

Le Code de la Propriété Intellectuelle :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006069414>

Le site du Centre Français d'exploitation du droit de Copie :

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

Adresse	Bibliothèque Universitaire Santé Pôle des Formations et de Recherche en Santé . 2, rue des Rochambelles . 14032 CAEN CEDEX
Tél.	02 31 56 82 06
Courriel	bibliotheque.sante@unicaen.fr
Internet	acd.unicaen.fr/

Remerciements

A Marie-Odile LEGLINEL, directrice de ce mémoire

Pour son aide précieuse tout au long de ce travail

Aux Docteurs Xavier HUMBERT, Philippe GRUJARD, Mathieu BANSARD, Pierre-André

COUETTE, Nicolas SAINMONT, Andry RABIAZA, Catherine NICHOLS

Pour leur enthousiasme et leur participation, sans qui cette étude n'aurait pas été possible

A Sandrine, Benoît, Jules et Rémi

Pour leur soutien inconditionnel

A Mathilde, Emeline, Cécile, Maguelonne et Tiffany

Pour leurs bons conseils et leur amitié

A Gabrielle, Thomas et Coralie

Pour leurs nombreuses relectures

Tables des matières

Glossaire des abréviations

PARTIE I : INTRODUCTION 1

PARTIE II : MATERIEL ET METHODE 12

PARTIE III : RESULTATS 12

I. Description de la population enquêtée 14

II. Comparaison des études 15

III. Connaissances des femmes sur les compétences des sages-femmes 18

IV. Comparaison des notes 22

PARTIE IV : ANALYSE ET DISCUSSION 14

I. Critique de l'étude 24

a. Points forts 24

b. Points faibles 24

II. Analyse des résultats de l'étude 25

a. Description de la population 25

b. Connaissances des femmes sur la formation des sages-femmes 27

III. Réponse à l'objectif principal 29

IV. Réponse aux objectifs secondaires 34

V. Que pourrions-nous faire de plus ? 34

Conclusion 36

Bibliographie

Annexes

Glossaire des abréviations

CAP	Certificat d'Aptitude Professionnelle
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CPEF	Centre de Planification et d'Education Familiale
DAN	Diagnostic Anté Natal
DIU / SIU	Dispositif Intra-Utérin / Système Intra-Utérin
FCV	Frottis Cervico-Vaginal
FEH	Femme Enfant Hématologie (département de l'hôpital regroupant tous les services de la maternité ainsi que la pédiatrie, la néonatalogie, l'oncologie pédiatrique)
HPV	Human Papilloma Virus
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
N.R	Non Renseigné
P1	Abrégé de PCEM1 ou Première Année du Premier Cycle des Etudes de Médecine
PACES	Première Année Commune aux Etudes de Santé
PMA / AMP	Assistance Médicale à la Procréation
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PNP	Préparation à la Naissance et à la Parentalité
SDC	Suites De Couches
SDN	Salle De Naissance
SIG	Surveillance Intensive de Grossesse
T3	3 ^{ème} Trimestre

INTRODUCTION

Aujourd'hui, avec le droit de poser un diagnostic et de prescrire, les sages-femmes forment une profession médicale à compétences définies. Leur champ d'intervention auprès des femmes et des nouveau-nés en bonne santé est établi par le code de la santé publique.

Selon l'Ordre National des Sages-Femmes, « *la sage-femme assure la surveillance et le suivi médical de la grossesse et propose des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Elle assure, en toute autonomie, la surveillance du travail et de l'accouchement. Elle dispense les soins à la mère et à l'enfant après l'accouchement. Elle pratique la rééducation périnéo-sphinctérienne liée à l'accouchement. Au-delà de la période traditionnelle de la grossesse, la sage-femme accompagne également les femmes tout au long de leur vie en assurant leur suivi gynécologique de prévention et en prescrivant leur contraception. Elle prescrit et pratique les vaccinations auprès de la femme et du nouveau-né dans les conditions définies par décret. La sage-femme pratique les actes d'échographie obstétricale et gynécologique systématiques ou de dépistage. Elle peut concourir aux activités d'assistance médicale à la procréation selon les conditions définies par décret. Spécialiste de la physiologie, la sage-femme adresse ses patientes à un médecin lorsqu'elle décèle une pathologie. Elle peut pratiquer les soins prescrits par un médecin en cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques. Sous réserve d'obtention de diplômes complémentaires, la sage-femme peut pratiquer des actes d'ostéopathie, d'acupuncture et des examens échographiques. Depuis peu, la loi autorise les sages-femmes à pratiquer l'IVG par voie médicamenteuse à conditions d'avoir de l'expérience dans le domaine de l'orthogénie.*

Dans l'exercice de l'ensemble de son activité professionnelle, la sage-femme tient un rôle primordial de proximité dans la prévention et l'information auprès des femmes. A ce titre, elle contribue au repérage des situations de violences faites aux femmes. » [1]

Cette définition proposée par le conseil de l'ordre des sages-femmes rend compte de la diversité des compétences de la sage-femme. Seulement, une question peut actuellement se poser : quelle est réellement la perception de la profession de sage-femme dans la population générale au vu de ce champ de compétences ?

Pour comprendre le contexte actuel de l'évolution médico-sociale de la profession, il est important de revenir sur l'évolution historique de l'exercice des sages-femmes et de leur formation.

Au départ, au temps de la Grèce Antique, la sage-femme bénéficiait d'une place privilégiée dans la société ; ayant un statut de prêtresse, elle jouissait donc d'un grand prestige. Un texte de Soranos, médecin grec du début du IIème siècle après Jésus-Christ, démontrant particulièrement bien le souci de l'éthique professionnelle (Annexe I), pourrait être considéré comme un code d'éthique des sages-femmes, comparable au serment d'Hippocrate des médecins [2]. A Rome également, les « *obstetricie medicae* », ou encore *obstétrix*, dont la femme-médecin Metilia Donata, étaient des praticiennes respectées, formées, avec de nombreuses responsabilités. La loi Cornéliac leur a conféré le rôle d'expert devant la justice. Tous les traités sur les maladies des femmes écrits par des médecins étaient basés sur les récits relatés par les *obstetricie medicae*, car ils n'avaient à cette époque pas accès au corps des femmes [3].

Au Moyen-Âge, dans la période du Vème au IXème siècle, les guérisseuses et les matrones pratiquaient les accouchements ; la transmission orale était la seule base de leur apprentissage [4]. Pendant cette période, Constantin dit « l'Africain », aux environs de 1100, fut le traducteur en latin des traités de la médecine arabe et grecque. Trotula, sage-femme de Salerne, enseignait l'art obstétrical et la médecine des femmes, et travaillait également sur la traduction de l'arabe de ces traités. L'Occident allait donc redécouvrir la médecine arabe, à l'apogée de ses avancées. Malgré l'interdiction de l'Eglise, les bonnes sœurs dans les couvents, comme les moines dans les monastères, gardèrent un savoir écrit et pragmatique dont l'obstétrique.

Du XIVème au XVème siècle, la méfiance des médecins à l'égard des guérisseuses était grande, comme à l'égard des femmes de manière générale sous l'influence de l'Eglise Catholique. Celles-ci représentaient en effet le pêché, la « tentation de la chair ». Les guérisseuses avec leurs connaissances des plantes représentaient pour les hommes d'Etat et l'Eglise un danger car elles fournissaient des plantes pour diminuer la fertilité et provoquer l'avortement. C'est ainsi qu'en France, la domination de l'Eglise allait interdire l'émergence du savoir venu du Moyen-Orient. Les guérisseuses n'eurent pas accès à ces connaissances et demeurèrent dans leurs pratiques ésotériques et empiriques [5].

De la fin du XVème siècle au XVIème siècle, ce fut un réel fléau qui marqua l'Occident. La sorcellerie fut, à sa manière, une réponse aux angoisses religieuses. La chasse aux sorcières fut étonnamment plus le fait du pouvoir de l'Etat que de l'Eglise. Les sorcier(e)s et guérisseurs(ses) allaient être traité(e)s comme des hérétiques. Environ 30 à 50 000 guérisseuses périrent sur les

bûchers durant ces trois siècles. Ce fut dans le haut milieu des médecins parisiens que les premières voix s'élevèrent au début du XVII^{ème} siècle pour mettre en doute l'existence de la sorcellerie [6].

A partir du XVI^{ème} siècle, les sages-femmes regagnèrent une place privilégiée auprès des femmes. Elles rédigèrent des traités comprenant et détaillant un savoir clinique, découlant d'une longue expérience et accompagnés d'une réflexion profonde en arrière-plan, à l'image de Mme Louyse Bourgeois, sage-femme de la reine Marie de Médicis. Elle publia en effet le premier livre de « *Bons conseils aux sages-femmes* ». Elle y décrit de façon concise les présentations du fœtus avec la conduite à tenir pertinente qui doit en découler. Elle semble être la première à décrire la présentation de la face. Elle détaille également la prise en charge de la procidence du cordon, elle connaissait les circulaires, la dystocie des épaules. Elle a pratiqué la version podalique par manœuvre interne pour extraire le fœtus en position « vicieuse ». Première d'une lignée de sages-femmes instruites, elle possédait une expérience et une dextérité acquises que les chirurgiens et les médecins de l'époque ne possédaient pas [7].

La fin du XVII^{ème} siècle et le XVIII^{ème} siècle furent marqués par une évolution des pratiques obstétricales. Les sages-femmes étaient reconnues, contrairement aux matrones, qui étaient très critiquées. Mais un grand décalage entre les villes et les campagnes était encore observé. Les sages-femmes restaient dans les grandes villes où leur formation était reconnue et où elles bénéficiaient d'une rémunération, tandis que les matrones restaient nombreuses dans la France rurale. Mauriceau, en 1668, publia son traité « *Des maladies des femmes grosses* ». Il fut le premier à vivre de la seule pratique des accouchements. Mais, au XVIII^{ème} siècle, les sages-femmes récoltèrent tous les troubles induits par la rivalité entre chirurgiens et médecins. Le débat « accoucheur-chirurgien » ou sage-femme au chevet des femmes date donc du XVIII^{ème} siècle. Il s'ensuivit, à nouveau, dans certaines régions un véritable dénigrement des sages-femmes, traitées d'ignorantes, d'incompétentes et de maladroitesses. Dans la pratique des accouchements dystociques, les chirurgiens allaient asseoir leur pouvoir et imposer progressivement la position allongée ou « gynécologique » pour tous les accouchements sur lesquels ils intervenaient, avec une augmentation notable de l'utilisation des instruments [8].

Cependant, à la fin du XVIII^{ème} siècle, la révolution française laisse le pays dans un état sanitaire et social catastrophique, les gens du peuple étant les premières victimes. De multiples

cahiers de doléances furent rédigés par les femmes, qui réclamaient l'aide et l'assistance de sages-femmes formées lors de leurs couches. Mais, tout comme l'Eglise, les matrones et les sages-femmes apparaissaient comme étant contre les idées des lumières aux yeux des révolutionnaires [9].

Le XIX^{ème} siècle, ou l'âge d'or des sages-femmes, vit s'améliorer les conditions de vie suite à la Révolution. Des textes de lois, visant à reconsidérer et redéfinir les statuts des chirurgiens, médecins, sages-femmes et officiers de santé, furent publiés. On estime à environ 20 000 le nombre de sages-femmes formées au XIX^{ème} siècle. Leur diplôme sera le premier diplôme attribué aux femmes. Considérées comme les « institutrices du système de santé », elles dépasseront à la fin du siècle les médecins en nombre, et exerceront principalement dans les zones rurales [10]. Elles ont des bases plus ou moins approfondies en obstétrique, en petite chirurgie, en botanique, et pratiquent encore la saignée ; elles sont les grandes praticiennes de la vaccination antivariolique. [11]

Au XIX^{ème} siècle, 40% des accouchements se terminaient par des extractions par forceps. Chaque grand accoucheur-chirurgien inventa son forceps. Néanmoins, deux sages-femmes permirent l'amélioration de leur formation ; grâce à leur envie d'approfondir leur apprentissage clinique et théorique, elles donnèrent à la profession le prestige et la reconnaissance dont le reste de la profession put bénéficier tout au long du XIX^{ème} siècle ; il s'agit de Mme Du Coudray et de Mme Dugès-Lachapelle. En 1759, Mme Angélique Du Coudray, sage-femme instruite et expérimentée, publia l'« *Abrégé de l'art des accouchements* ». En 25 ans, elle forma 5 000 sages-femmes avec un mannequin de démonstration dans toute la France, ainsi que quelques centaines de médecins (Annexe II) [12] [13]. Mme Marie-Louise Dugès-Lachapelle (1769-1821), quant à elle, fille d'une maîtresse sage-femme, put mener à bien la réalisation de la première école nationale de sages-femmes, grâce à l'appui de Chaptal, ministre sous le Consulat, et de Baudelocque (1746-1810), nommé en 1795 chirurgien-chef et accoucheur de la Maternité. Les études prévues initialement d'une durée de 6 mois passèrent très rapidement à un an. Pendant cette époque, où la plupart des accouchements ont lieu à domicile, les véritables obstétriciennes sont les maîtresses sages-femmes, diplômées de la Maternité de Paris. Il est important de rappeler que les accoucheurs comme Mauriceau ont tiré leur art de trois mois de pratique dans cette maternité. Dans les cas pathologiques, la maîtresse sage-femme, qui demeure chargée du service

ordinaire des accouchements, se devra d'appeler le chirurgien en chef, qui décidera s'il doit terminer lui-même l'accouchement [14].

Cependant, une migration massive des parturientes vers les structures hospitalières sera constatée, faisant suite à l'industrialisation du pays, au grand nombre de logements insalubres, et à la création de la Sécurité Sociale et du corps des accoucheurs des hôpitaux en 1881. Cette migration mettra fin à l'autonomie et à la suprématie de la maîtresse sage-femme de Port-Royal, et, par voie de conséquence, contribuera certainement à l'accélération du processus « anti-accouchement à domicile » [15]. Certaines des maîtresses sages-femmes parviendront à garder l'autorité sur le service d'obstétrique après négociation. Toutefois, les sages-femmes n'échappent pas à leur immuable mauvaise réputation, à nouveau soupçonnées de pratiquer clandestinement des avortements et de divulguer des techniques contraceptives. La loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine définit les conditions d'exercice des sages-femmes et posent les limites de la profession. La durée des études est repoussée à deux ans dans toutes les écoles [16]. Le nombre de lits destinés aux parturientes prises en charge par les sages-femmes dans les hôpitaux diminuera de moitié. La tendance du nombre de médecins par rapport à celui des sages-femmes s'inversera également ; on compte 20 000 médecins au tout début du XXème siècle pour 13 000 sages-femmes [17]. Dans un contexte de défaite en 1870 et de guerre en 1914, les représentants du pays adoptent une politique nataliste. Cela conduit à la loi du 31 juillet 1920 qui condamne toute forme de provocation de l'avortement et interdit toute information sur la contraception. Le choix de la capitale en matière d'organisation médicale autour des femmes enceintes, des accouchées et des nourrissons va porter un coup fatal à l'exercice traditionnel libéral des sages-femmes. Elles ne sont plus les seules à prodiguer assistance et soins. Afin d'appliquer les règles d'hygiène, les soins sont segmentés entre salles d'accouchement (fief des sages-femmes) et suites de couches où l'on commence à trouver des infirmières (leur diplôme ayant été créé en 1922) [18].

De nombreux syndicats et fédérations de sages-femmes virent le jour entre 1911 et 1945, travaillant sur les nouveaux horizons de la profession, protestant contre la domination de la capitale, organisant et participant à des congrès nationaux et internationaux comme celui de Berlin en 1936. En 1943, les études sont portées à trois ans : une année d'études générales d'infirmier, trois semestres d'obstétrique et un semestre de puériculture. Juste après la guerre

1939-1945, par l'ordonnance du 24 septembre 1945, l'Ordre des Sages-Femmes fut créé, présidé par un médecin jusqu'en 1995. En 1973, la première année des études de sages-femmes se détache de celle des infirmières. En 1982, les hommes sont intégrés à la profession et les études sont portées à quatre ans en 1985, avec comme nouveauté la rédaction d'un mémoire [19].

La succession de trois plans de périnatalité depuis 1970, dont le but majeur est d'accroître la sécurité de la mère et de l'enfant lors de la naissance, permit une restructuration obstétrico-pédiatrique. Cette réorganisation fut permise par le renforcement des moyens techniques adéquats (1970), la création des différents niveaux des maternités (1998), et, d'un point de vue plus humaniste, la mise en place de l'entretien prénatal individuel, le suivi psychologique de la grossesse, la prise en compte des souhaits des patients (2005-2007). La conséquence directe de ces transformations en matière d'obstétrique et de néonatalogie est la concentration géographique des naissances par sécurité à proximité des blocs opératoires et des services de réanimation. Malgré ces avancées médicales, la morbi-mortalité maternelle et infantile reste beaucoup plus élevée en France que dans les pays voisins [20].

C'est dans ce contexte que le travail des sages-femmes évolue. La profession de sage-femme connaît un renouveau au XXIème siècle de par l'extension de son champ de compétences, avec :

- la possibilité de déclarer la grossesse et de réaliser l'examen postnatal si l'accouchement s'est déroulé normalement en 2004 (Annexe III)
- de poser des dispositifs intra-utérins, de prescrire des contraceptifs et autres produits pharmaceutiques en 2009 (Annexe IV).

Le rapport de la Cour des Comptes de la Sécurité Sociale en 2011 souligne néanmoins le sous-emploi des compétences des sages-femmes [21].

La fin du XXème siècle amorce les réformes du XXIème siècle. En effet, le programme incorporant les étudiants sages-femmes à la première année de médecine est adopté en 2003 après l'essai pilote de l'école de Grenoble en 2001. Les études ont maintenant une durée de cinq ans (Annexe V). De nouveaux programmes sont appliqués en 2011 dans le cadre du processus de Bologne (LMD), qui, avec le décret du 15 décembre 2014, permet désormais aux titulaires d'un diplôme d'Etat de sage-femme obtenu à compter de l'année universitaire 2014-2015 d'acquérir le

grade universitaire de master de plein droit. Les écoles s'engagent donc à se rattacher à l'université [22].

Cette évolution de statut et des compétences attribués aux sages-femmes françaises a vu le jour à la suite des mouvements de grève institués par celles-ci.

Depuis 2001, les sages-femmes se rassemblent et appellent à l'augmentation des effectifs de sages-femmes, à l'augmentation de leur salaire et à la revalorisation du statut de leur profession [23] [24].

Ces mouvements de grève se poursuivront en 2011, où les sages-femmes réclameront l'autonomie de la formation initiale des sages-femmes dans l'Université, l'évolution du statut des sages-femmes fonctionnaires, la revalorisation des salaires dans le public et le privé et la revalorisation des cotations des actes « sage-femme ». La réponse du gouvernement a été la modification de la loi du 7 juillet 2011 (Annexe VI), avec l'incorporation dans les activités des sages-femmes du suivi gynécologique, de l'exercice en Assistance Médicale à la Procréation, de la prescription de médicaments. Ces nouvelles compétences faisaient partie de la loi relative à l'Hôpital, aux Patients, à la Santé et aux Territoires (loi HPST) de 2009. Pourtant, selon les sages-femmes dans leur manifeste publié au cours de ces grèves, les Françaises n'ont pas été informées de cette nouvelle offre de soins qui leur était proposée, et leur profession reste pour elles invisible vis-à-vis de la population, des autres professionnels de santé et des politiques [25].

Le 16 octobre 2013 est marqué par le lancement d'une grève illimitée des sages-femmes pour une meilleure visibilité de la profession dans le suivi gynécologique des femmes. Elles réclament la mise en place de groupes de travail au ministère, avec un ordre de mission précis et un calendrier sur les quatre thèmes suivants :

- l'intégration des sages-femmes au statut du personnel médical hospitalier
- la mise en place d'un parcours de soin lors de la grossesse et du suivi gynécologique intégrant la sage-femme comme praticien de premier recours
- les modifications législatives nécessaires à la reconnaissance de statut médical de toutes les sages-femmes dans leur pratique quotidienne (en particulier Code de la Santé Publique)
- l'ouverture de négociations avec les fédérations de l'hospitalisation privée.

Si le collectif admet avoir obtenu gain de cause sur la reconnaissance des sages-femmes libérales, il estime en revanche ne pas avoir été entendu sur le statut de celles exerçant à l'hôpital. Il souhaite qu'elles quittent le statut de la fonction publique hospitalière pour intégrer un statut médical sur le modèle des praticiens hospitaliers. Les sages-femmes de l'hôpital de Poissy, où 98% du personnel suit le mouvement, déclarent faire une « grève du zèle ». En pratique, elles se cantonnent aux actes qui leur sont dédiés mais exigent l'intervention d'un médecin pour les autres [26] [27] [28].

Pour exemple, l'ensemble des chefs de service des maternités de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) a apporté un soutien « sans réserve » : « *La demande qu'elles expriment, de faire reconnaître leurs compétences sous forme d'un statut médical de sages-femmes hospitalières et de ne plus être assimilées au personnel non médical est parfaitement légitime et soutenue sans réserve par les chefs de service des maternités de l'AP-HP, de même que la revalorisation salariale de leur activité* », écrivent-ils dans un communiqué. Ils notent encore que « *les difficultés à faire fonctionner les maternités hospitalières à l'occasion du mouvement de grève soulignent à quel point les sages-femmes sont irremplaçables et indispensables à la bonne marche des services* » [29]. Cependant, ce soutien de la part des gynécologues obstétriciens ne concerne pas l'ensemble des revendications des sages-femmes mobilisées ; en effet, le Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France (SYNGOF) remet en cause la qualité du suivi gynécologique réalisé par les sages-femmes en énonçant que « *l'autonomisation des sages-femmes, portée par le climat d'effervescence actuel, ne peut se faire au péril des patientes. C'est pourtant le cas si les sages-femmes dévient vers le suivi gynécologique au-delà de la physiologie à laquelle se limitent leurs compétences* » [30].

L'annonce en mars 2014 par Marisol Touraine, ministre de la Santé, de la création d'un statut médical spécifique pour les sages-femmes a ravivé la colère de certaines d'entre elles, qui réclament un statut de praticien hospitalier. La ministre a également annoncé la valorisation des compétences médicales en gynécologie notamment, le renouvellement de leurs responsabilités, et un renforcement de la formation des sages-femmes, avec un statut « amélioré » des étudiants en quatrième et cinquième année de maïeutique, et un niveau de rémunération aligné à celui des étudiants en médecine) [31].

En juin 2014, une centaine de sages-femmes hospitalières manifeste à Paris pour réclamer de meilleurs salaires [32]. Le collectif des sages-femmes annonce une suspension de la grève en octobre 2014, retenant que l'intégration à l'université n'est pas acquise, le statut des étudiants est toujours en attente, la place de la sage-femme dans la stratégie nationale de santé toujours pas définie, en attente d'une présentation au Parlement qui devrait être fin juin 2014, finalement repoussée en janvier 2015 puis au printemps 2015.

Finalement, le projet de loi santé, point de départ du mouvement, intègre la profession de sage-femme sur des points précis, comme l'IVG médicamenteuse, la vaccination, la prévention, la définition d'un statut d'étudiant sage-femme, en attendant la loi définitive [33] [34].

Le 02 juin 2016 paraît le décret n° 2016-743 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse et en matière de vaccination. Les changements apportés sont les suivants :

- l'ajout de la mention « ou à la sage-femme » après « parlez-en à votre médecin »,
- l'autorisation de la pratique d'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) par voie médicamenteuse par les sages-femmes sous conditions,
- l'autorisation de la prescription et de la pratique des vaccinations de la femme et du nouveau-né et aussi celles des personnes vivant dans leur entourage par les sages-femmes, en précisant les conditions [35].

Dans le but de réaliser un travail traitant des représentations sociales actuelles sur la profession de sage-femme, du point de vue des femmes, une définition des termes sociologiques étudiés semble nécessaire.

Le concept de représentation désigne « *une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social* » [36], c'est-à-dire qu'elle est construite et maintenue par les interactions et échanges entre les membres d'un groupe. Pour Moscovici, la représentation sociale a une double vocation : permettre aux individus de se positionner socialement par rapport à un objet, et fournir aux membres d'une communauté un référentiel commun pour la communication ; c'est « *un*

ensemble d'idées, d'images, d'informations, d'opinions, d'attitudes, de valeurs » porté par un groupe social à propos d'un objet [37] [38].

Selon Abric (1988), « *toute représentation est organisée autour du noyau central* ». C'est une théorie partagée également par Moscovici, qui annonce que le noyau figuratif constitue une base stable autour de laquelle pourrait se construire la représentation. L'idée fondamentale de la théorie du noyau est que dans l'ensemble des savoirs se rapportant à un objet de représentation, certains éléments centraux se regroupent en une structure qu'Abric nomme « *noyau central* » ou « *noyau structurant* ». Le noyau central est directement marqué par le contexte historique, sociologique et idéologique de l'objet étudié. Il est imprimé de la mémoire collective du groupe et aussi du système de normes auquel il se réfère. Le système central constitue la base commune collectivement partagée des représentations sociales. Il est stable, cohérent et résiste au changement.

Le système périphérique, quant à lui, est dépendant des événements quotidiens et permet l'adaptation de la représentation à des contextes sociaux variés. C'est grâce à lui que la représentation peut s'inscrire dans la réalité du moment. Contrairement au système central, il est plus instable et se détermine par les caractéristiques du contexte immédiat. Il est en fait l'intermédiaire entre la réalité concrète et le système central ; il régule et adapte le système central aux contraintes et aux caractéristiques des situations concrètes et permet une modulation individuelle de la représentation [39] [40].

En ce qui concerne les sages-femmes, il est indéniable que le noyau central des représentations sociales sur cette profession est constitué par l'accompagnement de la parturiente durant le travail et par la pratique de l'accouchement, car il s'agit de compétences qui n'ont pas mué au fil des siècles. Il semble en effet apparaître dans la pensée collective que la sage-femme a un rôle cantonné à la salle d'accouchement, mais qu'en est-il de la réelle connaissance de ce que l'on peut appeler les éléments périphériques ? Autrement dit, les représentations sociales actuelles des femmes sur la profession de sage-femme incluent-elles le reste de son activité, par exemple le suivi de la grossesse, la surveillance du *post-partum* ou encore le suivi gynécologique ?

Ainsi, ce schéma de réflexion amène à se demander si les représentations sociales sur la profession de sage-femme sont aujourd'hui différentes de celles constatées en 2010. En effet, lors d'une étude réalisée dans le cadre d'un mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme, l'auteure avait pu constater que la profession de sage-femme restait peu connue des femmes [41].

De ce questionnement découle la problématique suivante : de quelles manières les représentations sociales des femmes sur la profession de sage-femme ont-elles évolué depuis 2010 ?

Dans ce travail, l'hypothèse principale émise est que ces représentations tendent aujourd'hui plus vers la réalité et cela, comme hypothèses secondaires, grâce aux actions menées par les sages-femmes et par le ministère de la santé. Une autre hypothèse est qu'il subsiste des différences de connaissances sur les sages-femmes entre la population rurale et la population urbaine.

L'objectif principal de cette étude est donc la mise en évidence de la présence ou de l'absence d'évolution des représentations sociales des femmes sur la profession de sage-femme depuis 2010 et d'en supposer les facteurs influençants.

MATERIEL
ET
METHODE

L'objectif de ce travail étant de mettre en évidence l'évolution ou l'absence d'évolution des représentations sociales des femmes sur la profession de sage-femme depuis 2010 et d'en supposer les facteurs influençants, il a été choisi de réaliser une étude quantitative multicentrique en Normandie Occidentale (ancienne Basse-Normandie). L'outil utilisé est un questionnaire (Annexe VII) composé de 30 questions, et organisé en trois parties : une concernant la formation des sages-femmes, une concernant ses compétences et une concernant le profil des personnes enquêtées. Il est destiné aux femmes âgées d'au moins 18 ans, il n'y a pas d'autres critères d'inclusion. Les femmes exclues de l'étude sont les femmes qui ne parlent pas français, qui ne savent ni lire, ni écrire. Il est inspiré du questionnaire utilisé lors de l'étude réalisée en 2010 à l'école de sage-femme de Caen (Annexe VIII).

L'outil a été distribué dans neuf cabinets libéraux de médecins généralistes sur l'ensemble de la région, ainsi que dans le service de consultations obstétricales, échographiques et gynécologiques du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Caen. Ont été retenus six centres dans le Calvados (Caen (CHU et cabinet libéral), Ouistreham, Colombelles, Deauville et Honfleur), deux centres dans la Manche (Les Pieux et Equeurdreville-Hainneville), un centre dans l'Orne (Domfront). Ces lieux ont été choisis afin d'obtenir un échantillon de population hétérogène se rapprochant le plus possible de la population générale. Les médecins généralistes voient en effet en consultation tous les profils de femmes, que ce soit en âge, en parité, en niveau socio-économique, etc. Des centres ont été réunis à la fois en zone rurale et en zone urbaine (Annexe IX).

Un test préalable a été effectué auprès de sept femmes, appartenant à deux catégories professionnelles différentes (travailleurs en école primaire et employés à la Sécurité Sociale), de parité et d'âge différents. Cela a permis d'apporter quelques modifications pour une meilleure cohérence et une meilleure compréhension du questionnaire.

Les questionnaires ont été distribués à la convenance du professionnel de santé dans le cabinet : ils étaient soit laissés librement en salle d'attente, soit distribués par la secrétaire à l'arrivée de la patiente. Le temps de réponse était estimé à dix minutes. Pouvant être remplis pendant le temps d'attente avant la consultation, une urne était laissée à disposition afin de les collecter une fois remplis. Une page web avec un QR code a été créée afin d'apporter les réponses aux questions ; le lien était mentionné sur la dernière page du questionnaire, afin de

limiter le risque de consultation des réponses avant que les femmes aient rempli le questionnaire. Le but secondaire de cette étude était d'essayer de mieux informer les femmes en mettant à leur disposition les réponses.

315 questionnaires ont été distribués au total sur la période allant du 29 juin au 11 décembre 2017 ; 174 questionnaires ont été récupérés, 168 sont interprétables. Le taux de participation était donc de 55%.

Le traitement des données était manuel, chaque réponse étant reportée l'une après l'autre dans un tableur Excel.

Un système de notation de chaque questionnaire a été mis en place : il y a 69 items au total, une bonne réponse cochée équivaut à un point, une mauvaise réponse correspond à zéro point. La note est ensuite ramenée sur 20. Cette note permet d'appréhender le niveau de connaissances des femmes en fonction de différents critères : la parité, le niveau socio-économique, l'âge, etc.

La comparaison des notes repose sur le calcul de la p-value par le test de Student. La comparaison de notre étude et celle de 2010-2011 a été réalisée à l'aide du calcul de la p-value par le test de Chi² pour les grands effectifs, et par le test de Fisher pour les petits effectifs (inférieurs à dix). Lorsque la p-value est inférieure à 0.05, elle apparaît en rouge dans les tableaux ; cela veut dire que la différence entre les deux effectifs comparés est significative.

RESULTATS

I. Description de la population enquêtée

Tableau 1 : Description de la population

Items	Réponses	Effectif	Nombre total	Pourcentage
Âge	18-25 ans	55	167	33%
	26-35 ans	32	167	19%
	36-45 ans	59	167	35%
	>45 ans	21	167	13%
Profession	Activité professionnelle	131	167	78%
	Etudiante	10	167	6%
	Retraîtée	13	167	8%
	Sans profession	13	167	8%
	Profession de santé	29	122	24%
	Autres professions	93	122	76%
Niveau d'étude	Collège	29	167	17%
	Lycée avec bac	35	167	21%
	Lycée sans bac	20	167	12%
	Enseignement supérieur	83	167	50%
Origine	France métropolitaine	157	167	94%
	Europe	8	167	5%
	Afrique Noire	1	167	0,5%
	Amérique latine	1	167	0,5%
Lieu d'habitation	Milieu rural	105	166	63%
	Milieu urbain	61	166	37%
Sage-femme dans l'entourage	Oui	25	167	15%
	Non	142	167	85%
Consultation avec une sage-femme	Oui	118	166	71%
	Non	48	166	29%
Gestité	0	35	166	21%
	1	30	166	18%
	2	47	166	28%
	3	33	166	20%
	>3	21	166	13%
Parité	0	8	129	6%
	1	33	129	26%
	2	64	129	50%
	3	17	129	13%
	>3	7	129	5%
Grossesse actuelle	Oui	24	144	17%
	Non	120	144	83%
	1 ^{er} trimestre	4	24	17%
	2 ^{ème} trimestre	7	24	29%
	3 ^{ème} trimestre	13	24	54%

Le choix de classification des zones rurales et des zones urbaines selon le code postal a été fait de manière subjective. En effet, dans cette étude, il est considéré que la zone urbaine correspond aux agglomérations caennaise et cherbourgeoise, à St-Lô, Coutances, Lisieux, Bayeux, Deauville-Trouville, Honfleur.

Aussi, dans la catégorie parité, les femmes qui n'ont jamais été enceintes n'ont pas été comptées.

Enfin, les premiers choix de professionnel de santé de suivi de grossesse des femmes ont été comparés selon le terme actuel de leur grossesse. Un test de Chi² a été réalisé à cette fin, la p-value est de 0.54, donc supérieure à 0.05, ce qui veut dire que la différence n'est pas significative.

II. Comparaison des études

Dans les trois tableaux suivants sont comparées plusieurs données évaluées dans l'étude réalisée en 2010-2011 par une étudiante sage-femme avec celles obtenues lors de notre étude.

Le premier tableau est observationnel, il représente les deux populations enquêtées, ainsi que leurs caractéristiques. Aucune comparaison n'a été faite, volontairement. Les mêmes tranches d'âge n'ont pas été choisies pour les deux études.

Tableau 2 : Description des deux populations

Description de la population	Items	Résultats de l'étude 2010-2011			Résultats de l'étude 2017-2018		
		Effectif	Nombre	%	Effectif	Nombre	%
Âge	-	20-29 ans	N.R	29%	18-25 ans N=55	167	33%
	-	30-39 ans	N.R	27%	36-45 ans N=59	167	35%
Profession	Activité professionnelle	N.R	N.R	72%	131	167	78%
Gestité/parité	Nulligeste	N.R	N.R	21%	35	166	21%
	Primigeste	N.R	N.R	8%	30	166	17%
	Primipare	N.R	N.R	8%	33	129	26%
	Grossesse en cours	114	528	22%	24	144	17%
Sage-femme dans l'entourage	Oui	136	441	31%	25	167	15%

N.R = Non Renseigné

Tableau 3 : Comparaison des connaissances sur la formation des sages-femmes

Formation des sages-femmes	Items	Résultats de l'étude 2010-2011			Résultats de l'étude 2017-2018			p-value
		Effectif	Nombre	%	Effectif	Nombre	%	
	-							-
Entrée à l'école de sage-femme	Dossier devant comité d'admission	2	443	4,6%	0	160	0%	1
	PI/PACES	154	443	34,8%	115	160	71,9%	<0.001
	Infirmière spécialisée	36	443	8,1%	12	160	7,5%	0.801
	CAP petite enfance	8	443	1,8%	2	160	1,2%	1
	Baccalauréat	14	443	3,2%	31	160	19,4%	<0.001
Durée des études	1 an	2	377	0,5%	4	155	2,6%	0,063
	2 ans	25	377	6,6%	11	155	7,1%	0.846
	3 ans	112	377	29,7%	35	155	22,6%	0.095
	4 ans	117	377	31,0%	49	155	31,6%	0.896
	5 ans	108	377	28,6%	46	155	29,7%	0.811
	6 ans	8	377	2,1%	10	155	6,5%	0,017
Profession de sage-femme	Paramédicale	244	467	52,2%	30	166	18,1%	<0.001
Les sages-femmes peuvent être des hommes	Non	16	448	3,6%	4	168	2,4%	0,612

Tableau 4 : Comparaison des connaissances sur les compétences des sages-femmes

Compétences des sages-femmes	Items	Résultats de l'étude 2010-2011			Résultats de l'étude 2017-2018			p-value
		Effectif	Nombre	%	Effectif	Nombre	%	
	-							-
Lieux d'exercice	Maternité publique	449	450	99,8%	167	168	99,4%	0,470
	Maternité privée	446	450	99,1%	163	168	97,0%	0,066
	PMI	241	450	50,2%	94	168	55,9%	0,595
	Libéral	367	450	81,5%	136	168	80,9%	0,864
Services d'exercice	DAN	102	450	22,7%	48	168	28,6%	0,128
	Gynécologie	187	450	41,5%	132	168	78,6%	<0,001
	Pédiatrie	97	450	21,5%	44	168	26,2%	0,222
	SDC	350	450	77,8%	144	168	85,7%	0,745
	SDN	420	450	93,3%	163	168	97,0%	0,077
	SIG	266	450	59,1%	132	168	78,6%	<0,001
	PMA	156	450	34,7%	37	168	22,0%	0,002
	Consultation échographique	215	450	47,8%	117	168	69,6%	<0,001
Déclaration de grossesse	oui	192	436	44,0%	100	168	59,5%	<0,001
Suivi de grossesse physiologique	oui seule	167	449	37,2%	127	168	75,6%	<0,001
Suivi de grossesse pathologique	oui seule	26	443	5,9%	17	168	10,1%	0,067
	avec médecin	246	443	55,5%	125	168	74,4%	<0,001
PNP	oui	446	451	98,9%	149	168	88,7%	<0,001
Diagnostic et suivi du travail sans complications	oui seule	283	450	62,9%	156	168	92,8%	<0,001
Diagnostic et suivi du travail avec complications	oui seule	32	444	7,2%	21	168	12,5%	0,038
Accouchement sans complications	oui seule	320	451	70,9%	153	168	91,1%	<0,001
Accouchement avec complications	oui seule	48	451	10,6%	8	168	4,8%	0,023
Episiotomie	oui seule	220	450	48,9%	101	168	60,1%	0,013
Suture	oui seule	223	449	49,7%	94	168	55,9%	0,164

Compétences des sages-femmes	Items	Résultats de l'étude 2010-2011			Résultats de l'étude 2017-2018			p-value
		Effectif	Nombre	%	Effectif	Nombre	%	
	-							-
Réanimation en urgence du nouveau-né	oui seule	299	441	67,8%	73	168	43,4%	<0,001
1er examen du nouveau-né en salle de naissance	oui seule	409	450	90,9%	145	168	86,3%	0,096
Surveillance mère-enfant les 1ères heures après l'accouchement	oui seule	327	451	72,5%	128	168	76,2%	0,355
Suivi mère-enfant jusqu'à la visite post-natale	oui seule	317	449	70,6%	106	168	63,1%	0,003
Frottis cervico-vaginal	oui seule	146	444	32,9%	109	168	64,9%	<0,001
Contraception en post-abortum	oui seule	202	436	43,3%	87	168	51,8%	0,229

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

Les graphiques présentés ci-dessous représentent les items qui n'ont pas pu être comparés entre les deux enquêtes, soit par manque d'information, soit par divergence des thèmes abordés dans les questionnaires. Les résultats sont présentés bruts. Les enquêtées pouvaient cocher plusieurs réponses, c'est pour cela que la somme des résultats n'est pas égale à 100%. Ces derniers correspondent à la proportion de personnes ayant coché la réponse.

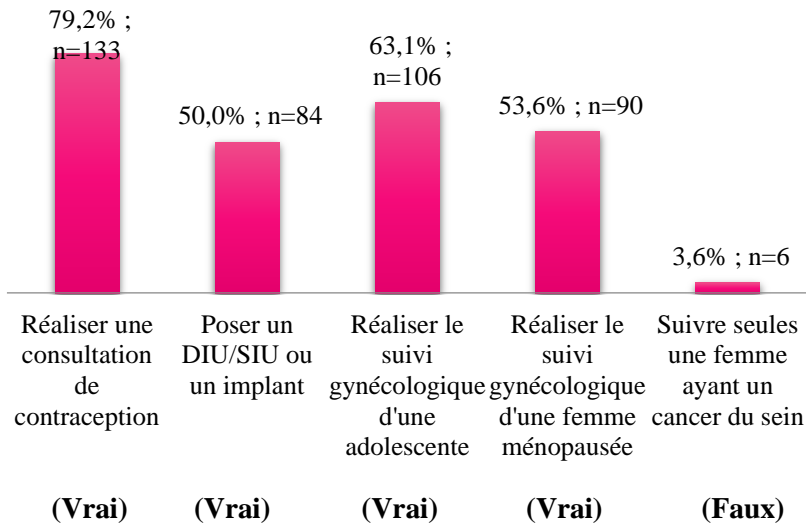


Figure 1 : Concernant le suivi gynécologique des femmes, les sages-femmes peuvent...

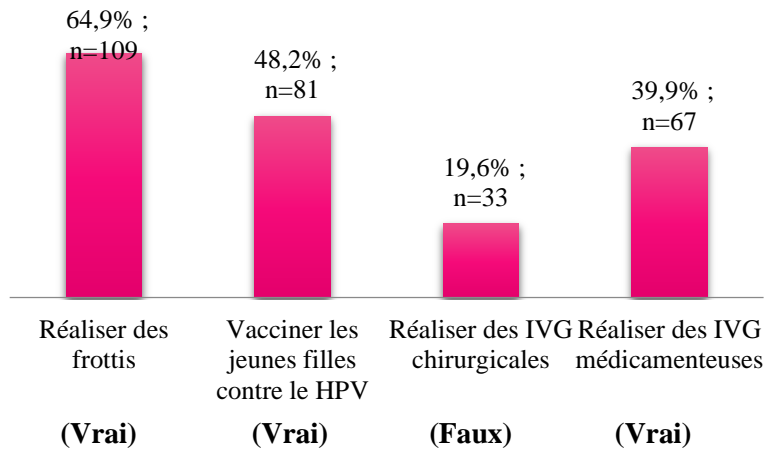


Figure 2 : Concernant le suivi gynécologique des femmes, les sages-femmes peuvent...

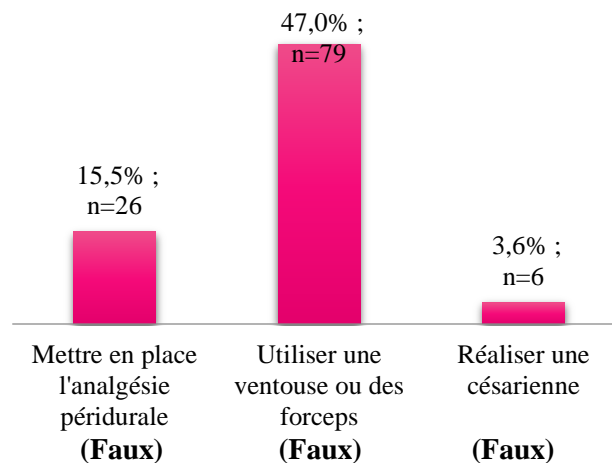


Figure 3 : En salle de naissance, les sages-femmes peuvent...

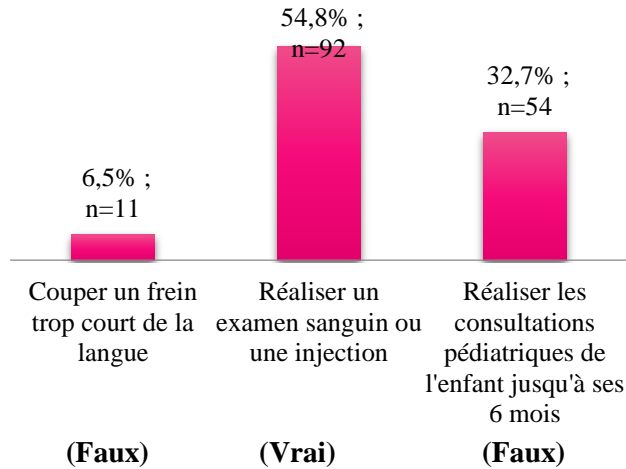


Figure 4 : En ce qui concerne le nouveau-né, les sages-femmes sont habilitées à...

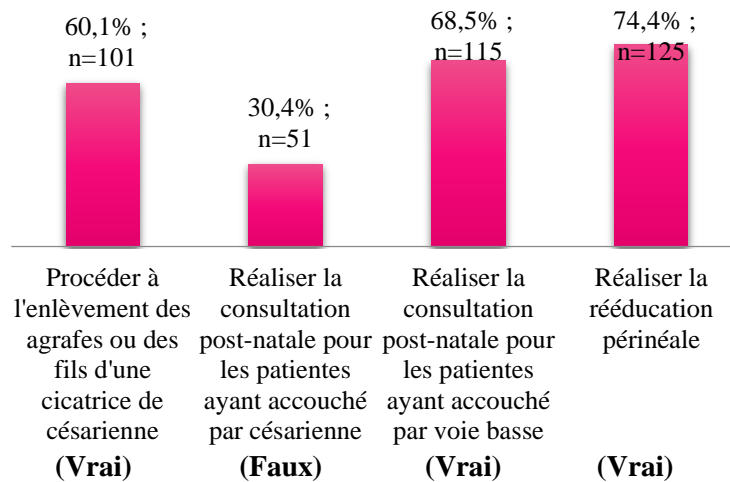


Figure 5 : Dans le cadre des suites de couches, les sages-femmes ont les compétences pour...

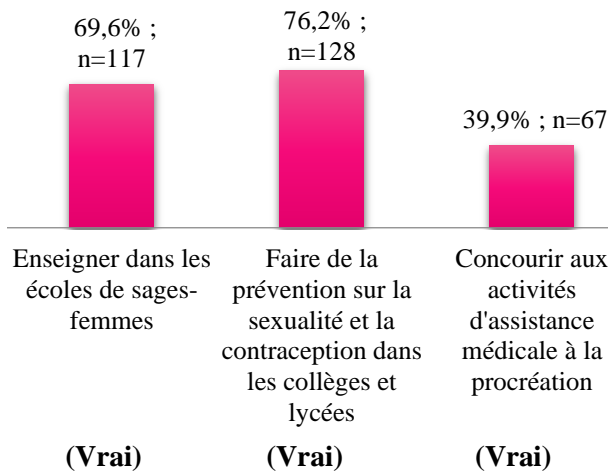


Figure 6 : D'autres compétences

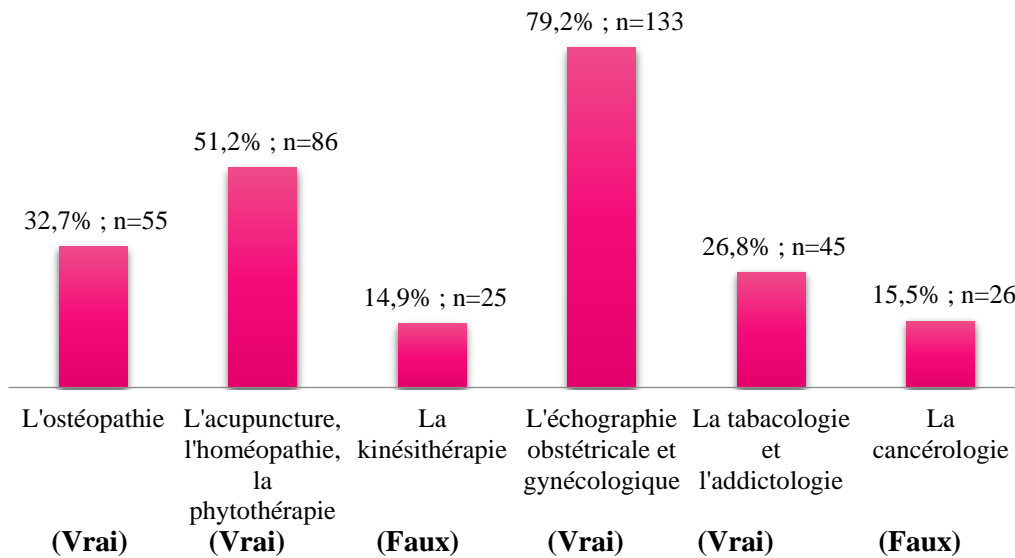


Figure 7 : Les sages-femmes peuvent passer des diplômes universitaires en plus de leur formation initiale et pratiquer...

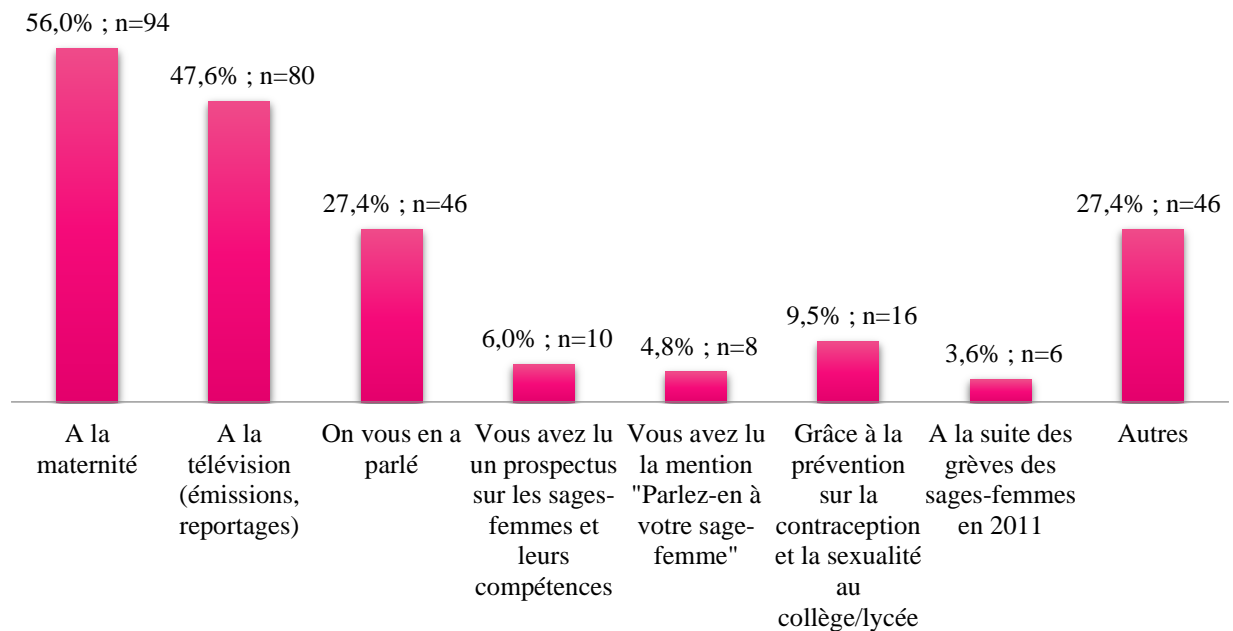


Figure 8 : Comment avez-vous eu des connaissances sur la profession de sage-femme?

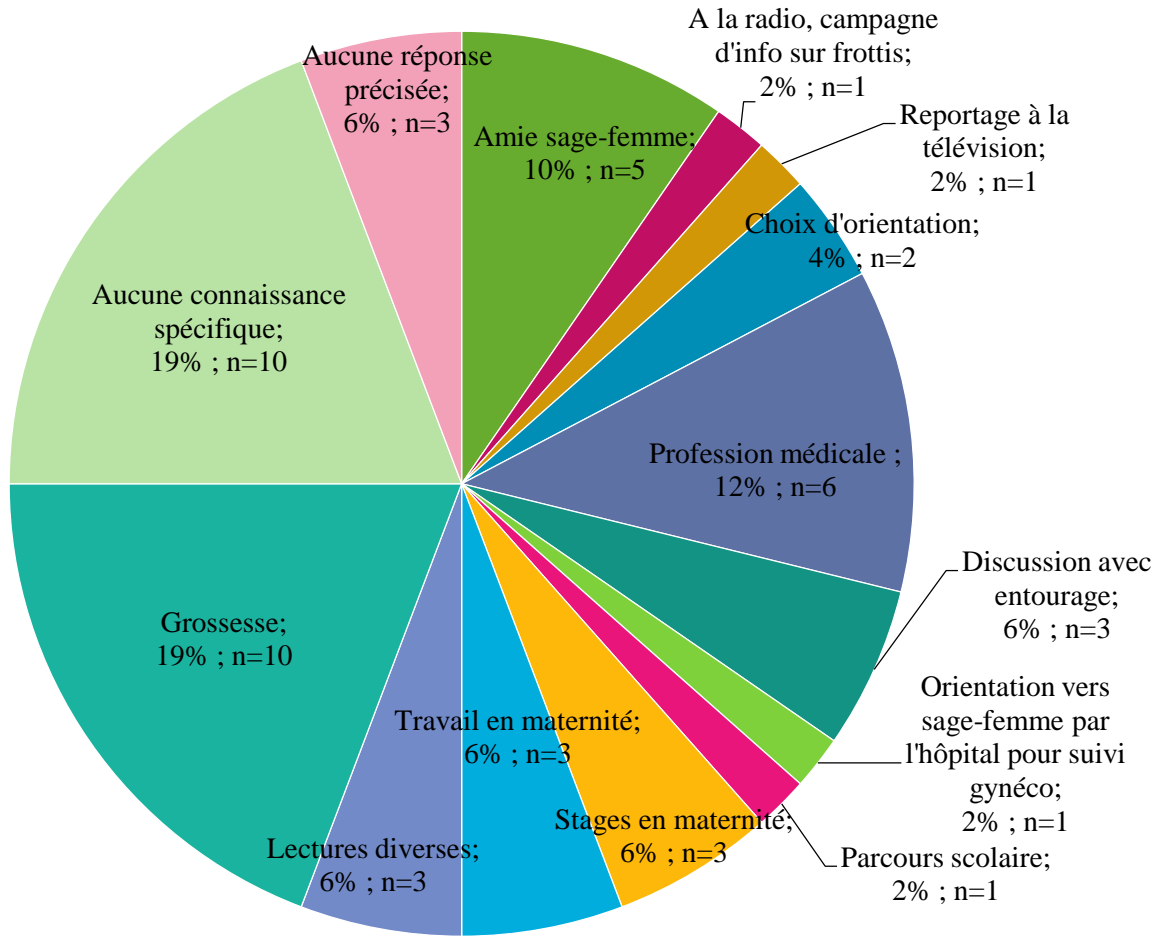


Figure 9 : Réponses libres sur l'origine des connaissances des femmes

IV. Comparaison des notes

Le tableau qui suit montre les moyennes comparées entre chaque groupe. Les groupes représentent les facteurs supposés être influençants dans l'élaboration des connaissances des femmes sur les représentations de sage-femme. Volontairement, les moyennes générales entre l'étude de 2010-2011 et notre étude n'ont pas été comparées, car le système de notation était différent, il n'y avait pas le même nombre de questions et les questionnaires n'interrogeaient pas exactement sur les mêmes items.

Tableau 5 : Comparaison des moyennes des différents groupes

Groupes comparés	Groupe 1 Moyenne ±écart-type	Groupe 2 Moyenne ±écart-type	p-value
Sans enfant (G1) Avec au moins un enfant (G2)	13,6±2,3	14,1±2,2	0,156
Habitation en milieu rural (G1) Milieu urbain (G2)	14,3±2,1	13,6±2,4	0,080
Activité professionnelle (G1) Sans activité (G2)	14,3±2,3	13,0±1,8	0,001
Femmes enceintes (G1) Femmes non enceintes (G2)	14,6±2,4	13,6±2,0	0,128
Suivi sage-femme 1 ^{er} choix au T3 (G1) Suivi gynécologue 1 ^{er} choix au T3 (G2)	13,4±2,9	16,2±0,3	0,097
Ont déjà eu une consultation avec une sage-femme (G1) N'ont jamais eu de consultation (G2)	14,3±2,3	13,3±1,9	0,006
Prévention dans les collèges et lycées (G1) Pas de prévention (G2)	12,6±2,3	14,1±2,2	0,168
Information sur les grèves des sages-femmes (G1) Pas d'information (G2)	15,1±2,2	13,6±2,1	<0,001
Ont vu la mention « Parlez-en à votre sage-femme » (G1) N'ont pas vu la mention (G2)	13,5±2,1	13,6±2,1	0,912
Ont lu un prospectus sur les compétences des sages- femmes (G1) / N'ont pas lu de prospectus	14,7±1,2	13,5±2,1	0,102

ANALYSE
ET
DISCUSSION

I. Critique de l'étude

a. Points forts

Cette étude ayant été réalisée avec la coopération de médecins généralistes sur tout le territoire bas-normand, cela assure une mixité de la population. De plus, la comparaison entre les deux enquêtes est d'autant plus significative qu'elles ont été réalisées à distance l'une de l'autre, à sept ans d'intervalle.

b. Points faibles

Nous pouvons également mettre en avant certains biais de l'étude. Le principal biais mis en évidence est un biais de recrutement. En effet, pour les médecins généralistes n'ayant pas de secrétariat, la distribution ne s'est pas faite de manière aléatoire, mais plutôt par sélection des patientes, celles qui étaient plus à même de répondre au questionnaire. Aussi, n'ayant pu intégrer à cette étude qu'un seul cabinet libéral dans l'Orne (contre trois dans la Manche et six dans le Calvados), nous pourrions penser que cette répartition géographique inégale des patientes ait pu participer à ce biais de recrutement.

De plus, le nombre de questionnaires recueillis est largement en-dessous de l'effectif attendu au début de l'étude. Certains médecins généralistes ont évoqué les difficultés de distribution lors des vacances scolaires (l'étude a commencé début juillet 2017), principalement à cause de la diminution de leur patientèle. D'autres ont évoqué la charge de travail supplémentaire pour ceux n'ayant pas de secrétariat pouvant causer des oublis de distribution.

Aussi, les populations des deux études ne sont pas comparables en tout point, notamment au niveau de l'âge, de la parité, du pourcentage de femmes enceintes et de la présence d'une sage-femme dans l'entourage proche. Il faut donc bien prendre en compte cette différence pour la comparaison des réponses aux questionnaires.

Enfin, la comparaison entre les deux études n'a pas pu être réalisée pour plusieurs items, en raison de l'absence d'affichage de l'effectif et du nombre total de réponse pour chaque réponse sur les résultats de 2010.

II. Analyse des résultats de l'étude

a. Description de la population

La tranche d'âge majoritaire de cette étude est la tranche 36-45 ans à 35%, suivie de très près par la tranche 18-25 ans à 33%. La population majoritaire dans l'étude de 2010 est constituée par les tranches d'âge 20-29 ans à 29% et 30-39 ans à 27%

Les femmes actives professionnellement représentent 78% de la totalité des femmes interrogées, 25% de ces femmes travaillent dans le domaine de la santé. Selon une étude de l'Insee réalisée en 2013, 60.7% des femmes de Basse-Normandie ont un emploi [42]. Nous avons donc une population active plus importante que les statistiques régionales. Dans l'étude réalisée il y a sept ans, 72% des femmes avaient une activité professionnelle, ce qui reste également supérieur à la moyenne régionale.

Le point marquant concernant la description de la population enquêtée est qu'une femme sur deux est diplômée de l'enseignement secondaire. En France, en 2016, 36.9% des femmes sont diplômées du supérieur, 21.5% en 2013 en Basse-Normandie. L'écart constaté entre les femmes interrogées et la population régionale et nationale pourrait s'expliquer par le biais de recrutement énoncé précédemment. La répartition des années d'étude se situe autour de 22% pour chaque année (Bac+2, Bac+3, Bac+4, Bac+5) [43].

Selon un recensement de l'Insee en 2013, 98% des femmes résidant en Basse-Normandie sont originaires de France Métropolitaine, contre 94% dans cette étude ; les 6% restants sont originaires d'Europe, d'Afrique Noire et d'Amérique Latine [44].

D'après les résultats obtenus, le lieu d'habitation des femmes est majoritairement rural, à 63%. Selon le Ministère de l'Egalité des Territoires et du Logement, la Basse-Normandie est une région rurale à 79%. Cette différence entre l'étude et les données nationales pourrait s'expliquer par l'inégalité géographique de distribution des questionnaires, majoritairement dans le Calvados, qui est le département possédant la plus grande zone urbaine des trois départements de Basse-Normandie, mais aussi par la répartition subjective des zones rurales et urbaines faite en fonction des codes postaux. Une carte de classification des zones rurales est proposée en annexe (Annexe VII).

Aussi, 15% des femmes ont une sage-femme dans leur entourage proche, contre 31% des femmes en 2010. La majorité des femmes (71%) a déjà eu une consultation avec une sage-femme au cours de sa vie.

La plus grande partie des femmes de cette étude a déjà eu deux grossesses (28%). Dans les femmes ayant déjà eu des enfants, les deuxièmes pares sont les plus nombreuses (50%). Au niveau régional selon une enquête de l'Insee, l'indicateur de fécondité en Normandie en 2014 s'élève à 1.96 [45].

17% des femmes interrogées sont actuellement enceintes contre 22% en 2010, Il y avait plus de femmes enceintes dans l'étude en 2010, certainement car la distribution des questionnaires a été faite majoritairement dans les maternités.

54% des femmes enceintes sont au troisième trimestre. Cela peut s'expliquer par le fait que la population de femmes enceintes provient du service de consultations obstétricales, gynécologiques et échographiques du CHU de Caen. En effet, les femmes souhaitant accoucher au FEH doivent impérativement y réaliser les deux dernières consultations de grossesse (si elles sont suivies à l'extérieur de la maternité) pour créer le dossier pour l'accouchement et doivent avoir une consultation avec le médecin anesthésiste. C'est sans doute pour cela qu'il y a majoritairement des femmes au troisième trimestre. En ce qui concerne le suivi de grossesse des femmes enceintes, on pourrait penser qu'il y a une différence en fonction du trimestre et du professionnel choisi, mais la différence n'est finalement pas significative car l'effectif n'est pas assez important. Sur un échantillon de femmes enceintes plus grand, on pourrait expliquer cette différence de suivi par le fait que les sages-femmes sont automatiquement désignées responsables des suivis de grossesse physiologiques au CHU et qu'il n'y a pas vraiment de préférence personnelle des patientes prise en compte entre gynécologue obstétricien et sage-femme.

Il faut bien garder à l'esprit que le dernier recensement de la population réalisé par l'Insee a été réalisé en 2013 ; cela fait cinq ans, les pourcentages ne sont sans doute plus les mêmes aujourd'hui.

b. Connaissances des femmes sur la formation des sages-femmes

La durée des études des sages-femmes n'est pas connue des femmes ; en effet la majorité d'entre elles pense que les études durent quatre ans. Seulement, le passage à cinq ans d'étude est effectif depuis 2001, cela fait donc 17 ans. Nous pouvons alors nous demander pourquoi les femmes n'ont toujours pas intégré cette notion. En ce qui concerne le reste de la formation, le passage obligatoire et la validation de la première année commune aux études de santé, la possibilité pour les hommes d'exercer ce métier et l'inscription de la profession de sage-femme en tant que profession médicale restent majoritairement reconnus par les femmes.

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

Les femmes sont dans la grande majorité au courant que les sages-femmes peuvent travailler en hôpital public, en clinique privée et en cabinet libéral. Cependant, seulement la moitié des femmes environ connaît l'exercice en PMI et au planning familial/CPEF, malgré l'information donnée lors de la visite de sortie dans le service des suites de naissance sur le réseau du Conseil Départemental. Ces structures de prévention sont importantes en Santé Publique ; la place que la sage-femme y occupe gagnerait à être plus connue.

La majorité des enquêtées pensent que les sages-femmes peuvent travailler dans le service de gynécologie (79%), réaliser le suivi gynécologique des femmes (bien connu pour les adolescentes à 63%, moins pour les femmes ménopausées à 54%) avec la réalisation de consultation de contraception (79%) mais aussi le suivi du dépistage du cancer de col de l'utérus par les frottis cervico-vaginaux (65%). En outre, la pose d'un dispositif intra-utérin, d'un implant contraceptif (50%), la vaccination des jeunes filles contre le papillomavirus (48%), la réalisation d'IVG médicamenteuses dans un cadre réglementé (40%), apparaissent pour plus de la moitié des femmes comme ne faisant pas partie intégrante du champ de compétences des sages-femmes. S'agirait-il de gestes trop « techniques » pour qu'ils puissent être réalisés par elles ? L'adolescente ne peut-elle pas être vaccinée par une sage-femme car entre 11 et 14 ans généralement les jeunes filles ne voient pas d'autres professionnels de santé que leur médecin traitant ? Ou est-ce parce que la sage-femme n'a un rôle qu'à partir de la première grossesse dans la vie d'une femme et seulement pendant la période procréatrice ? En ce qui concerne les IVG

médicamenteuses, la loi autorisant les sages-femmes à les réaliser dans un cadre réglementé est très récente étant donné qu'elle est parue en 2016, mais s'agirait-il également d'un sujet trop « tabou » pour que l'information soit largement diffusée dans les médias ? Aucune notion de délai théorisé entre l'introduction d'une nouveauté et l'intégration de celle-ci dans l'esprit collectif n'ayant été retrouvée, nous pouvons nous demander si une année est suffisante pour que les femmes puissent avoir connaissance de l'ensemble du champ de compétences des sages-femmes, en particulier dans le domaine de la gynécologie.

La place des sages-femmes au DAN n'est connue qu'à 29%. Cependant, le service de DAN est un service très spécifique, la plupart des femmes n'y ont pas recours pendant leur grossesse. Le pourcentage faible pourrait s'expliquer par le fait qu'elles ne connaîtraient ni l'activité du DAN ni les professionnels de santé qui composent ce service.

En ce qui concerne le suivi de grossesse, le diagnostic et la déclaration de grossesse ne peuvent être faits par une sage-femme que pour 60% des femmes. Pour le reste des questions, les réponses sont majoritairement bien connues des femmes : le suivi de grossesse sans complication seule (76%), le suivi de grossesse pathologique possible en collaboration avec un médecin (74%), la réalisation des échographies de dépistage obligatoires pendant la grossesse à condition d'avoir un diplôme universitaire d'échographie (70%).

Pour les urgences et la salle de naissance, la sage-femme apparaît, à juste titre, comme étant capable de diagnostiquer et suivre seule le travail ne présentant pas de complications (93%) et *a contrario* comme n'étant pas le professionnel de santé responsable du suivi du travail présentant des complications (88%), et de la mise en place de l'analgésie péridurale (85%).

Pour la période de la naissance, seulement 60% des femmes savent que les sages-femmes peuvent prendre la décision de réaliser une épisiotomie et la pratiquer, et seulement 56% savent qu'elles peuvent réaliser la suture de celle-ci ou de déchirures. A l'inverse, 47% des femmes pensent que les sages-femmes peuvent utiliser une ventouse ou des forceps pour aider à l'expulsion. Nous pourrions nous dire que si les femmes pensent que réaliser une épisiotomie et la suturer n'est pas du ressort de la sage-femme en raison de l'aspect technique, elles penseraient alors aussi qu'utiliser une ventouse ou des forceps ne fait pas du tout partie de son champ de compétences, ce qui n'est pas le cas ici au vu des résultats de l'étude.

En ce qui concerne le nouveau-né, les sages-femmes ne sont pas habilitées à réaliser une réanimation en urgence selon 57% des femmes, une injection ou une prise de sang pour 45% d'entre elles. Ce qui est notable, c'est que 32% des femmes pensent que la sage-femme peut réaliser le suivi pédiatrique de l'enfant jusqu'à ses 6 mois. De manière surprenante, celles qui ont déjà des enfants sont les plus nombreuses à penser que la sage-femme est le 1^{er} professionnel de santé à prendre en charge l'enfant jusqu'à 6 mois (61%). Existe-t-il, ici, un biais de mémoire ?

Durant la période du *post-partum*, 63% des femmes pensent que la sage-femme peut suivre seule la mère et l'enfant jusqu'à la visite post-natale (c'est-à-dire jusqu'à 6 à 8 semaines après l'accouchement). Cependant, quand bien même la législation énonce que le rôle de la sage-femme s'arrête à 1 mois de vie de l'enfant, le délai 1 mois - visite post-natale est très court, donc la confusion peut être facilement faite. Il aurait peut-être fallu que les périodes soient précisées sur le questionnaire. Aussi, 52% des femmes seulement savent que la sage-femme peut prescrire une contraception après une interruption de grossesse, mais cela suit la logique selon laquelle les sages-femmes ne sont pas habilitées à réaliser des IVG médicamenteuses pour 60% des femmes.

En ce qui concerne les autres compétences des sages-femmes, leur place en AMP n'est connue que par 40% des femmes. Pour les diplômés universitaires, la pratique de l'échographie est la plus connue (79%) par rapport aux autres formations : ostéopathie (33%), acupuncture/homéopathie/physiothérapie (51%), tabacologie et addictologie (27%).

Enfin, les femmes interrogées ont acquis leurs connaissances pour la majorité à la maternité de par leur expérience personnelle (56%), les médias sont évoqués en deuxième ligne (48%).

III. Réponse à l'objectif principal : quelle est l'évolution des représentations sociales des femmes sur la profession de sage-femme entre 2010 et 2017 ? Comparaison des deux études

De manière significative, il y a une amélioration des connaissances des femmes sur la profession de sage-femme au niveau de l'accès à la formation et de son inscription au sein des professions médicales. Les connaissances sont également meilleures dans le domaine de l'obstétrique en ce qui concerne l'exercice au service de surveillance intensive des grossesses, la

réalisation des consultations échographiques, le diagnostic et la déclaration de grossesse, le suivi de grossesse physiologique seule et pathologique en collaboration avec le médecin, la pratique de l'accouchement sans complication seule et avec complication en collaboration avec le médecin, ainsi que la réalisation de l'épisiotomie seule. La place de la sage-femme dans le suivi du *post-partum* et la réalisation des frottis cervico-vaginaux de dépistage sont, eux aussi, mieux reconnus par les femmes.

D'autre part, de manière significative, on observe une augmentation d'idées fausses en ce qui concerne la formation des sages-femmes : la durée de la formation de six ans et l'obtention du baccalauréat comme diplôme suffisant pour pouvoir accéder à l'école de sage-femme. Aussi, on note une régression des connaissances des femmes sur l'exercice en service d'AMP, sur la pratique de la préparation à la naissance et à la parentalité (anciennement psychoprophylaxie obstétricale). Enfin, le diagnostic et le suivi du travail présentant des complications seules, ainsi que l'impossibilité pour les sages-femmes de pratiquer une réanimation en urgence d'un nouveau-né apparaissent être des représentations fausses en augmentation.

C'est ici que le concept de la structure et de la dynamique des représentations sociales prend son sens. En effet, nous avons évoqué l'hypothèse que le noyau dur des représentations sociales des femmes sur la profession de sage-femme était constitué du suivi du travail et de la pratique de l'accouchement. Nous pouvons maintenant le confirmer au vu des résultats. En outre, il ne s'agirait plus des seuls éléments constituant le noyau central : certains éléments que nous considérons comme périphériques semblent être actuellement dans une dynamique d'intégration au noyau central.

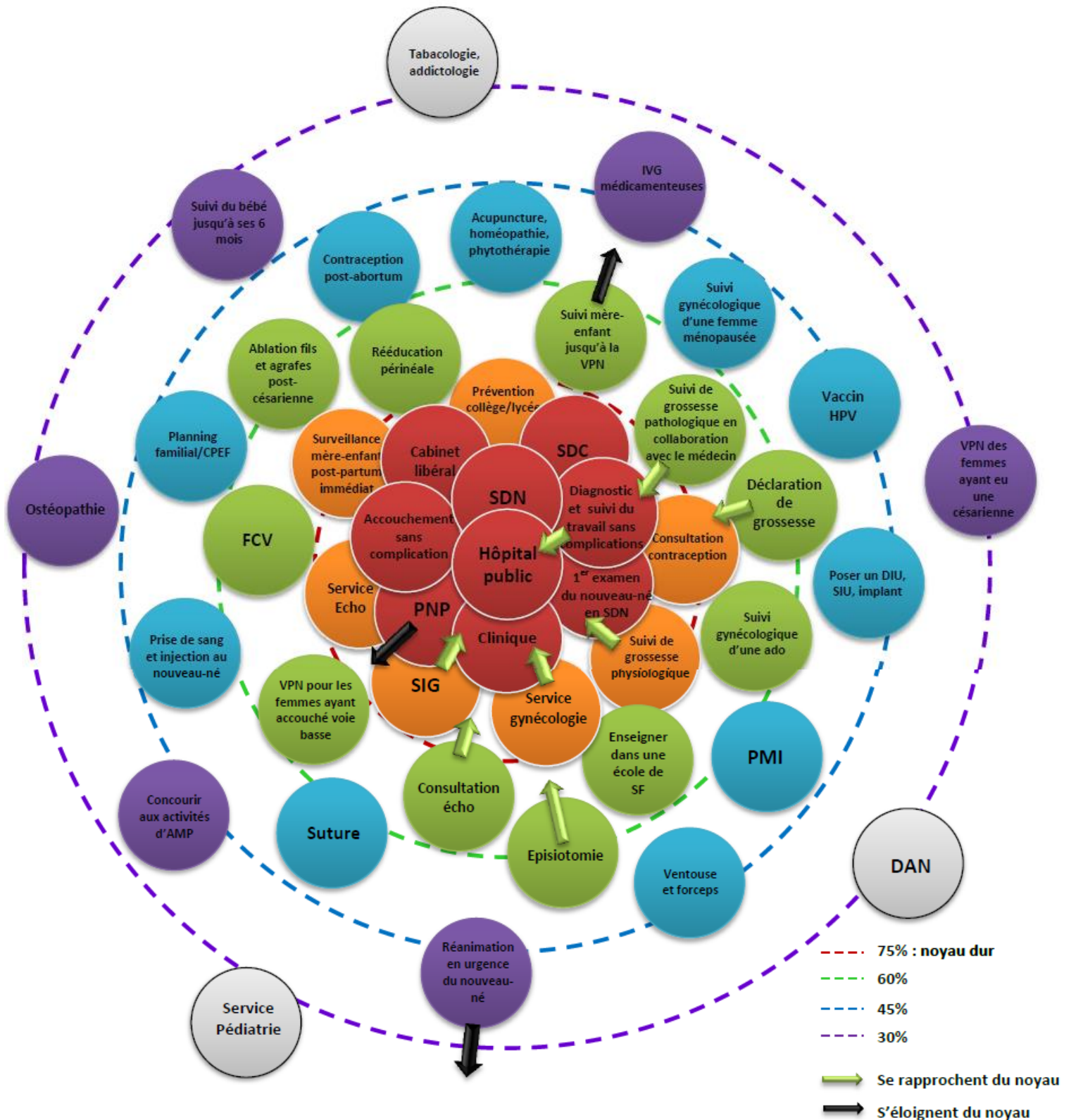
Le diagramme qui suit représente la schématisation de la structure et de la dynamique des représentations sociales des femmes sur la profession de sage-femme. Le seuil du noyau central a été fixé subjectivement à 75%, car aucune limite n'a été théorisée. Ainsi, tous les items regroupant plus de 75% des votes font partie du noyau central et apparaissent en rouge (entre 80 et 100%) et en orange (entre 75 et 80%). Les bulles du noyau central sont superposées ; celles qui sont le plus avancées sont celles qui ont obtenu le plus de votes.

Tous les éléments gravitant autour du noyau correspondent aux éléments périphériques. De même, des limites ont été fixées : l'« orbite » verte comprend les éléments ayant récolté entre 60 et 75% des votes, la bleue entre 45 et 60% des votes, la violette entre 30 et 45% des votes. Les

éléments ayant récolté moins de 25% des votes ne sont ici volontairement pas représentés, car nous ne les considérons pas comme faisant partie de la structure de la représentation sociale.

Les flèches vertes et noires représentent l'évolution des différents éléments ; pour ceux qui ont pu être comparés entre l'étude réalisée en 2010-2011 et cette étude, le sens de la flèche montre la dynamique de la représentation sociale. Les vertes dirigées vers le noyau représentent une augmentation significative du pourcentage en sept ans, tandis que les noires dirigées vers l'extérieur montrent une diminution significative du pourcentage en sept ans pour les items concernés.

Le but du diagramme est donc de schématiser la tendance actuelle d'évolution des représentations sociales des femmes sur la profession de sage-femme.



Schématisation de la structure et de la dynamique de la représentation sociale de la profession de sage-femme par les femmes

Ici, nous avons nettement l'impression que les items faux (suivi du bébé jusqu'à ses six mois, visite post-natale des femmes ayant eu une césarienne, exercice en pédiatrie), quand bien même sont-ils considérés comme faisant partie des représentations sociales des femmes sur la profession de sage-femme, font partie de la périphérie la plus éloignée du noyau dur. Ainsi, l'ensemble des éléments constituant cette représentation collective se rapproche de la réalité.

Au total, nous pouvons constater qu'il y a plus de prise en charge de la pathologie (du point de vue de la gynécologie, de la surveillance des grossesses pathologiques, du suivi de grossesse pathologique en collaboration avec les médecins), plus d'autonomie, moins de physiologie (comme le suivi mère-enfant dans le *post-partum* et la préparation à la naissance et à la parentalité), et moins de prise en charge du nouveau-né (réanimation en urgence et suivi de l'enfant au retour à domicile).

Enfin, l'ensemble des actes « très techniques », comme les bilans sanguins et les injections aux nouveau-nés, les sutures, la pose de DIU et d'implant, les vaccins contre le papillomavirus, la contraception en *post-abortum* et la réalisation des IVG médicamenteuse semblent s'éloigner des compétences des sages-femmes pour la plupart des femmes.

Où en sommes-nous quant à l'IVG ? En effectuant une recherche rapide sur internet du mot « IVG », nous avons pris les trois premiers sites web qui s'affichaient ; il s'agit de « ivg.gouv.fr », « ivg.net » et de « service-public.fr ». Ces trois sites exposent bien le rôle de la sage-femme dans les consultations d'orthogénie et dans l'acte de l'IVG médicamenteuse en lui-même. Sur le site de la Sécurité Sociale, « ameli.fr », la sage-femme apparaît également comme choix de professionnel de santé en capacité de prendre en charge une patiente avec une demande d'IVG. Nous constatons donc qu'il n'y a pas de manque d'information de la place de la sage-femme dans le domaine de l'orthogénie. Pourquoi ces compétences sont-elles donc méconnues ? Est-ce car il s'agit d'une loi finalement « trop récente » ?

Nous ne pouvons que constater le manque de spécificité de la profession de sage-femme, entre le gynécologue-obstétricien et l'infirmière. Aussi, plusieurs femmes rencontrées au cours de l'étude ont dit consulter une sage-femme par manque de gynécologues dans la région. Finalement, n'existe-t-il pas une confusion depuis l'élargissement des compétences en matière de suivi gynécologique ? Allons-nous vers la vision des compétences reconnues du gynécologue libéral avec un abandon progressif de la physiologie propre à la sage-femme ? Pouvons-nous

alerter sur le risque de glissement et d'abandon du « cœur » du métier de sage-femme, cela dans un contexte de désert médical dans notre spécialité ?

IV. Réponse aux objectifs secondaires : quels sont les facteurs influençant les connaissances des femmes sur la profession de sage-femme ? Comparaison des notes

De manière significative, les femmes qui ont de meilleures notes sont celles qui ont une activité professionnelle, celles qui ont déjà eu une consultation avec une sage-femme, et celles qui ont eu connaissance des mouvements de grève des sages-femmes en 2011, 2013 et 2014.

Les médias ont également été évoqués comme source d'information sur les compétences des sages-femmes par les femmes. Cependant, aucune amélioration des connaissances n'a été significativement mise en évidence.

V. Que pourrions-nous faire de plus ?

Dans un but de constante amélioration des connaissances des femmes sur la profession de sage-femme, il pourrait être intéressant d'évoquer le réseau du Conseil Départemental comprenant entre autres la PMI et le CPEF (lieu d'exercice possible de la sage-femme), notamment au sein des réseaux de professionnels de santé tels que le Réseau de Périnatalité et les maisons médicales, qui se font de plus en plus nombreuses. En effet, dans notre étude, nous avons pu mettre en évidence que les femmes ont de meilleures connaissances sur la profession lorsqu'elles ont déjà eu une consultation avec une sage-femme, par choix ou par orientation. Dans un but de prévention, il s'agirait donc d'intégrer le plus possible ces structures comme lieu de réorientation des patientes en cas situation à risque, que ce soit un risque financier ou un risque social. Cette démarche est déjà mise en place dans les maternités, contribue-t-elle à l'amélioration des connaissances des femmes sur la place de la sage-femme en PMI et au CPEF ? Serait-il possible également de laisser des fiches informatives sur la sage-femme et son champ de

compétence à disposition dans les maisons médicales, où plusieurs professions de santé travaillent en collaboration ?

La diffusion d'informations lors des grèves des sages-femmes apparaît être un facteur qui influence dans le bon sens les connaissances des femmes. Pendant ces grèves, de nombreux reportages ont été diffusés à la télévision, de nombreux articles ont été écrits dans la presse. Ainsi, nous pourrions envisager la rédaction d'un article dans un journal national par exemple afin de faire apprécier l'étendue du champ de compétences des sages-femmes à la population générale.

Aussi, la profession pourrait aussi encore plus se faire connaître du public en tenant des stands lors de la journée de la sage-femme qui a lieu le 5 mai, dans les universités pour toucher un public large par exemple. C'est ce qui avait déjà été proposé en 2010 dans la discussion de l'étude de 2010-2011. Sept ans plus tard, aucune action comme celle-ci n'a été mise en place.

C'est le contact avec les sages-femmes lors d'un suivi qui apparaît être le principal vecteur d'information d'après les résultats de l'enquête. Ainsi, elles pourraient davantage faire une information sur les compétences qu'elles ont désormais, proposer aux femmes dont elles ont réalisé le suivi de grossesse des consultations de gynécologie une fois la période de *post-partum* terminée, parler davantage de la vaccination contre le papillomavirus aux femmes qui ont des filles âgées d'une dizaine d'années, et la possibilité de la réaliser avec une sage-femme. Une possibilité aussi serait de donner un prospectus aux femmes sur les compétences des sages-femmes en même temps que les autres documents donnés au début de la grossesse.

Finalement, le point-clef de cette étude est la notion de prise en charge globale de la femme par la sage-femme, qui permettra peut-être de faire évoluer les représentations dans la société

Dans d'autres pays européens (au Royaume-Uni et aux Pays-Bas), la sage-femme apparaît être le professionnel de santé de premier recours dans la surveillance des grossesses normales, de l'accouchement eutocique et des suites de naissance physiologiques, ce qui permet de veiller à une logique économique mais également d'harmoniser les pratiques professionnelles [46]. Pourrions-nous prétendre, en France, à une évolution dans ce sens ?

CONCLUSION

L'objectif de cette étude était de mettre en évidence la présence ou l'absence d'évolution des représentations sociales des femmes sur la profession de sage-femme depuis 2010 et d'en supposer les facteurs influençant.

Nous pouvons alors constater que les femmes pensent que les sages-femmes sont plus compétentes aujourd'hui pour prendre en charge la pathologie, ont acquis plus d'autonomie que ce soit du point de vue de la gynécologie pour environ une femme sur deux, mais également dans la surveillance des grossesses pathologiques en collaboration avec les médecins pour 74% d'entre elles (contre 55% en 2010). En contrepartie, elles perdent petit à petit leur place dans le domaine de la physiologie : 63% des femmes pensent que la sage-femme peut réaliser le suivi du couple mère-enfant dans le *post-partum* (contre 71% en 2010), 89% les séances de préparation à la naissance et à la parentalité (contre 99% en 2010). Elles perdent aussi leur place dans la prise en charge du nouveau-né de manière globale : 43% des femmes pensent que les sages-femmes peuvent réaliser la réanimation en urgence du nouveau-né (contre 68% en 2010), 86% le premier examen du nouveau-né en salle de naissance. De plus, la réalisation d'actes « très techniques » semble s'éloigner des compétences des sages-femmes : pour environ une femme sur deux, la sage-femme peut réaliser des bilans sanguins et des injections au nouveau-né, des sutures, la pose de DIU et d'implant, la vaccination contre le papillomavirus, les IVG médicamenteuses et la prescription de la contraception en *post-abortionum*.

Les représentations sociales des femmes sur la représentation de sage-femme ont-elles tendance à « glisser » vers celles du gynécologue libéral, avec une augmentation de la prise en charge de la pathologie et un renoncement à l'accompagnement de la mère et de l'enfant dans la physiologie ? Cela pourrait être la conséquence d'une migration des patientes vers les cabinets libéraux des sages-femmes par nouveauté de leurs compétences en matière de gynécologie mais peut-être également dans un contexte de désert médical dans notre spécialité.

La prise en charge globale de la femme par la sage-femme semble influencer les représentations de la société. Pourrions-nous prétendre, en France, à l'identification de la sage-femme comme professionnel de santé de premier recours auprès des femmes, à l'image d'autres pays européens, dans le but d'asseoir sa place et son rôle de professionnel référent de la physiologie obstétricale, néonatale et gynécologique ?

Bibliographie

- [1] L'Ordre des Sages-Femmes. (page consultée le 01/12/17). Les compétences des sages-femmes, [en ligne]. <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>
- [2] Leroy F. Histoire de naître : de l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé. Chapitre 3 : Eveil grec et hégémonie romaine. Editions DeBoeck; 2002
- [3] Archives historiques et statistiques du Département du Rhône, Barret ; 1825. p470-471
- [4] Leroy F. Histoire de naître : de l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé. Chapitre 4 : Intermède arabe et scolastique médiévale. Editions DeBoeck ; 2002, p87-88.
- [5] Leroy F. Histoire de naître : de l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé. Chapitre 4 : Intermède arabe et scolastique médiévale. Editions DeBoeck ; 2002, p102-105.
- [6] Leroy F. Histoire de naître : de l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé. Chapitre 4 : Intermède arabe et scolastique médiévale. Editions DeBoeck ; 2002, p109.
- [7] Leroy F. Histoire de naître : de l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé. Chapitre 7 : Sages-femmes et accoucheurs masculins. Editions DeBoeck ; 2002. p170-175
- [8] Leroy F. Histoire de naître : de l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé. Chapitre 7 : Sages-femmes et accoucheurs masculins. Editions DeBoeck ; 2002. p185-190
- [9] Sage-Pranchère N., « L'appel à la sage-femme. La construction d'un agent de santé publique (France, XIX^e siècle) », *Annales de démographie historique*, 2014/1 (n° 127), p. 181-208. URL : <https://www.cairn.info/revue-Annales-de-demographie-historique-2014-1-page-181.html>
- [10] Faure O. Les sages-femmes en France au XIX^e siècle : les institutrices du système de santé ? Les nouvelles pratiques de santé. Acteurs, objets, logiques sociales. Belin ; Paris. 2005. p.157-174
- [11] Lyonnais E. Le rôle de la sage-femme dans la prise en charge des causes de mortalité maternelle entre 1870 et 1914. Mémoire. Université Paris Descartes ; 2011. p.28-32

- [12] Leroy F. Histoire de naître : de l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé. Chapitre 7 : Sages-femmes et accoucheurs masculins. Editions DeBoeck ; 2002. p201-204
- [13] Gélis J. Accoucheur de Campagne sous le Roi-Soleil : Le traité des accouchements de G. Mauquest de la Motte. Préface. 1989. p2
- [14] Leroy F. Histoire de naître : de l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé. Chapitre 9 : A caeso matris utero. Editions DeBoeck ; 2002. p274-275
- [15] Bénézet J-P. Bénézet M-C. Naître en Rouergue, de l'*ostal* à l'hôpital : des sages-femmes et matrones à la médicalisation de la naissance (XVII^e-XX^e siècles). Chapitre 1 : La mémoire collective rouergate. 2013. p21
- [16] Knibiehler Y. Maternité : affaire privée, affaire publique. Bayard ; 2001. p61-76
- [17] Sage-Pranchère N. « L'appel à la sage-femme. La construction d'un agent de santé publique (France, XIX^e siècle) », Annales de démographie historique, 2014/1 (n° 127), p. 181-208. URL : <https://www.cairn.info/revue-Annales-de-demographie-historique-2014-1-page-181.html>
- [18] Beauvalet-Boutouyrie S. Naître à l'hôpital au XIX^e siècle. Belin ; 1999. p.351
- [19] L'Ordre des Sages-Femmes. (page consultée le 01/12/17). Histoire de l'Ordre. [en ligne]. <http://www.ordre-sages-femmes.fr/ordre/histoire/>
- [20] Pierre F. Les maternités au sein du réseau périnatal : organisation actuelle et enjeu à venir. L'organisation autour de la grossesse et de la naissance. Adsp ; décembre 2007 - mars 2008, n°61/62
- [21] Rapport de la Cour des Comptes. Chapitre VI : le rôle des sages-femmes dans le système de soins. Septembre 2011.
- [22] Association Nationale des Etudiants Sage-Femme. (page consultée le 03/12/17). Vers une nouvelle formation initiale pour les étudiants sages-femmes. [en ligne]. URL : <http://anesf.com/wp/wp-content/uploads/Contrib-ANESF-2008-Vers-une-nouvelle-formation-initiale-pour-les-etudiants-sages-femmes.pdf>
- [23] Manifestation et grève des sages-femmes. Le Parisien. 2001 mars 20.
- [24] Sages-femmes françaises au bord de la crise de nerfs. TV5monde. 2014 février 23.

[25] Le Collectif des Sages-Femmes. Sages-Femmes : un an de mobilisation... Pourquoi ? Pour quels résultats ? Dossier de presse. (page consultée le 02/12/17). [en ligne]. URL : <http://www.cftc-santesociaux.fr/wp-content/uploads/2014/10/DOSSIER-DE-PRESSE-Un-an-de-mobilisation-des-sages-femmes.pdf>

[26] Cahier de doléances : Les sages-femmes dans le projet de loi de Santé Publique 2014. Santé Génésique des Femmes et Périnatalité, 7 novembre 2013.

[27] Ne se sentant pas entendu par le ministère, le collectif de syndicats et d'associations a décidé la reconduction illimitée de la grève. Les Sages-femmes poursuivent la grève. Libération. 2013 novembre 19

[28] Grève des sages-femmes, qui veulent être reconnues « praticiens hospitaliers ». L'Express. 2013 octobre 25

[29] Assemblée Nationale, XIVème Législature, Session ordinaire de 2013-2014, Compte rendu intégral, Première Séance du Mercredi 06 novembre 2013, Présidence de M. Claude Bartolone, Grève des Sages-Femmes. (page consultée le 30/10/17). [en ligne]. URL : <http://www.assemblee-nationale.fr/14/cr/2014-2015/20150229.asp>

[30] D'après les médecins, plus d'autonomie aux sages-femmes mettrait en danger les patientes. L'Express. 2014 janvier 21.

[31] Les sages-femmes dans la rue pour réclamer un statut médical. Sciences et Avenir. 2013 novembre 07

[32] Des avancées dans précédent pour la profession de sage-femme : Marisol Touraine annonce la création d'un statut médical de sages-femmes des hôpitaux. Communiqué de presse. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Paris. 2014 mars 04

[33] Grève : les sages-femmes demandent la réouverture des discussions. Le Point. 2014 Mai 05.

[34] Après un an de grève, les sages-femmes fatiguées et écoeurées. La Croix. 2014 octobre 21

[35] Legifrance. (page consultée le 03/12/17). Décret n°2016-743 du 2 juin 2016 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse et en matière de vaccination. [en ligne]. URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/6/2/AFSP1608429D/jo/texte>

[36] Jodelet D. Représentation sociale. Grand Dictionnaire de la psychologie. Larousse ; 1991

[37] Moscovici S. L'âge de foules : un traité historique de psychologie des masses. Fayard ; 1981

[38] Galand C. Salès-Wuillemin E. Apports de l'étude des représentations sociales dans le domaine de la santé. Sociétés ; 2009/3 (n° 105). p.35-44.

[39] Abric J-C. Les représentations sociales : méthodes d'étude des représentations sociales. Eres ; 2003

[40] Jouet-Le-Pors M. La théorie des représentations sociales. Mémoire. 2006. p.3

[41] Laloux M. Connaissances actuelles de la profession de sage-femme par les femmes. Mémoire. Ecole de sage-femme de Caen. 2011

[42] Insee. Population active, emploi et chômage en 2013. Région de Basse-Normandie (25). Lien web : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2106079?geo=REG-> ; consulté en ligne le [10/03/2018].

[43] Insee. Diplômes – Formation en 2013, Région de Basse-Normandie. Lien web : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2020665?sommaire=2106108&geo=REG-25> : [consulté en ligne le 01/03/2018]

[44] Insee. NAT1 - Population par sexe, âge et nationalité en 2013, Région de Basse-Normandie (25), RP2013, exploitation principale.

[45] Insee. Bilan démographique 2015 : En Normandie, toujours moins de naissances et plus de décès. Analyses Normandie, N° 15, Paru le 31/08/2016. Lien web : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2128966> [consulté en ligne le 11/03/2018]

[46] Paysant-Monier S. Elargir les compétences des sages-femmes. La Revue Sage-Femme. Volume 6, n°2 ; 2007 juin

ANNEXES

Annexe I

Le Code de Déontologie des Sages-Femmes, selon Soranos

« D'une manière générale, nous dirons qu'une sage-femme est sans reproches si elle s'acquitte de ses devoirs médicaux, tandis que nous l'appellerons une excellente sage-femme si, allant plus loin dans la façon de s'occuper de ses cas, elle est versée dans le domaine théorique, et nous la considérerons particulièrement comme telle si elle possède des connaissances dans tous les domaines de la thérapeutique. Elle devra se montrer calme, ne pas s'effrayer du danger et rester capable d'établir une base logique pour ses actions. Elle rassurera ses patientes et cherchera à se rendre sympathique. Elle devra se montrer disciplinée et toujours sobre, car elle ne pourra pas prévoir le moment où elle sera appelée à aider celles qui sont en danger. Elle devra se montrer libre de toute superstition, de manière à ne pas négliger certaines mesures salutaires simplement sur la base d'un rêve, de quelque rite traditionnel ou de superstitions vulgaires ».

Source : Leroy F. Histoire de naître : de l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé. Chapitre 3 : Eveil grec et hégémonie romaine. Editions DeBoeck; 2002. p77

Annexe II

La Machine de Mme Du Coudray



La Machine, inventée par Marguerite-Angélique Du Coudray, exposée au musée de Rouen. Elle reproduit de façon fidèle l'anatomie du petit bassin féminin et est assortie d'une série d'accessoires sophistiqués imitant les viscères et le contenu de l'utérus gravide.

Source : Musée de Haute-Normandie. La « Machine » de Mme Du Coudray. URL : <http://www.musees-haute-normandie.fr/fr/ressources-educatives/les-oeuvres-commentees-12/la-machine-de-madame-du-coudray/>

Annexe III

Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, article 101

I. - La deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 2122-1 du code de la santé publique est remplacée par deux phrases ainsi rédigées : « La déclaration de grossesse peut être effectuée par une sage-femme. Lorsque, à l'issue du premier examen prénatal, la sage-femme constate une situation ou des antécédents pathologiques, elle adresse la femme enceinte à un médecin. »

II. - Après le premier alinéa de l'article L. 4151-1 du même code, il est inséré un alinéa ainsi rédigé : « L'examen postnatal peut être pratiqué par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique. »

Source : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078>

Annexe IV

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

I. — Le dernier alinéa de l'article L. 2122-1 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « Le médecin ou la sage-femme propose également un frottis cervico-utérin, dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. »

II.-Le dernier alinéa de l'article L. 4151-1 du même code est ainsi rédigé : « 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. »

III. [Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2009-584 DC du 16 juillet 2009.]

IV.-L'article L. 5134-1 du même code est ainsi modifié :

1° A la deuxième phrase du deuxième alinéa du I, après le mot : « médecin », sont insérés les mots : « une sage-femme » ;

2° Le II est ainsi modifié :

a) A la première phrase du premier alinéa, le mot : « médicale » est remplacé par les mots : « d'un médecin ou d'une sage-femme » ;

b) La deuxième phrase du premier alinéa est supprimée ;

c) La première phrase du deuxième alinéa est complétée par les mots : « ou une sage-femme » ;

d) A la seconde phrase du deuxième alinéa, le mot : « médecin » est remplacé par le mot : « praticien » ;

3° Après le mot : « prescrire », la fin du III est ainsi rédigée : « les contraceptifs locaux et les contraceptifs hormonaux. La surveillance et le suivi biologique sont assurés par le médecin traitant.»

V.-Le présent article est applicable dans les îles Wallis et Futuna.

Source : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

Annexe V

La formation initiale des étudiants sages-femmes

La Première Année Commune aux études de santé (PACES) est une année d'études effectuée au sein de l'une des 36 universités qui proposent des filières de santé. Elle permet d'accéder à la deuxième année de différentes filières que sont la médecine, la pharmacie, l'odontologie et la maïeutique (sage-femme), mais aussi certaines filières paramédicales dans certaines villes. Un arrêté conjoint des ministères chargés de la santé et de l'enseignement supérieur détermine chaque année le nombre de candidats admis dans les écoles de sages-femmes ainsi que la répartition du nombre de places entre les universités. C'est ce qu'on appelle le « numerus clausus ». Pour s'inscrire en PACES, il suffit d'être titulaire d'un baccalauréat, d'un diplôme d'accès aux études universitaires (DAEU) ou d'un diplôme français ou étranger équivalent au baccalauréat. A l'issue des épreuves organisées à la fin de la PACES, peuvent être admis dans une école de sages-femmes les étudiants figurant « en rang utile » sur la liste de classement établie par l'université concernée. La formation au sein des écoles de sages-femmes se compose alors de 2 cycles d'études.

Le Premier Cycle (ou DFGSMa), d'une durée de 3 ans, confère le Diplôme de Formation Générale en Sciences Maïeutiques (DFGSMa) obtenu à l'issue des trois premières années d'études : la PACES, la 2ème année DFGSMa2 et la 3ème DFGSMa3. La 2ème année (DFGSMa 2) et la 3ème année (DFGSMa 3) alternent enseignements théoriques et pratiques et permettent aux étudiants sages-femmes d'acquérir les bases de la physiologie obstétricale, gynécologique et pédiatrique. L'arrêté du 19 juillet 2011 confère le grade de Licence aux Diplômes de Formation Générale en Sciences Maïeutiques (DFGSMa) délivrés à compter de la fin de l'année universitaire 2012-2013.

Le Deuxième Cycle (ou DFASMa), composé de 2 années d'études (DFASMa1 et DFASMa2), confère aux étudiants sages-femmes le Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Maïeutiques (DFASMa). La 4ème année (DFASMa 1) et la 5ème année (DFASMa2) allient également enseignements théoriques et pratiques. Elles sont consacrées à l'apprentissage du diagnostic et à la connaissance de la pathologie obstétricale, gynécologique et pédiatrique. Les étudiants sages-femmes suivent en outre des modules relatifs à la contraception, l'échographie,

l'Aide Médicale à la Procréation, et bien d'autres... A l'issue de la 5ème année, il est délivré aux titulaires du DFASMa le diplôme d'état de sage-femme. Ce titre de formation est obligatoire pour pouvoir exercer la profession de sage-femme.

Source : L'Ordre des Sages-Femmes. La Formation initiale. URL : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/formation/initiale/>

Annexe VI

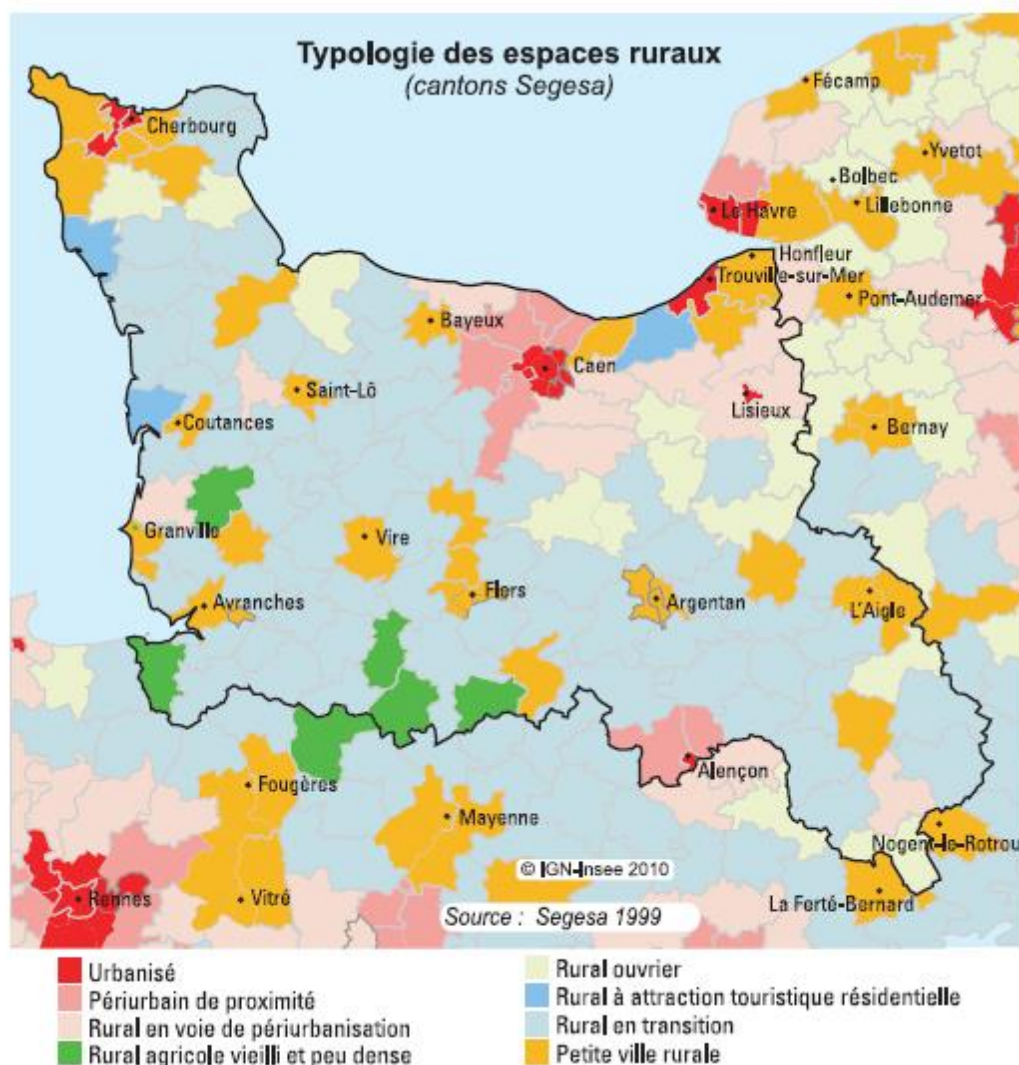
Modification de l'article L4151-1 par la Loi n°2011-814 du 7 juillet 2011 - article 38

« L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant, sous réserve des dispositions des articles L. 4151-2 à L. 4151-4 et suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession, mentionné à l'article L. 4127-1. L'examen postnatal peut être pratiqué par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique. 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. Les sages-femmes sont autorisées à concourir aux activités d'assistance médicale à la procréation, dans des conditions fixées par décret. » et « Les sages-femmes peuvent prescrire les dispositifs médicaux, dont la liste est fixée par l'autorité administrative, et les examens strictement nécessaires à l'exercice de leur profession. Elles peuvent également prescrire les médicaments d'une classe thérapeutique figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. »

Source : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024323102&categorieLien=id>

Annexe VII

Proposition de carte source pour la classification géographique des zones rurales et urbaines de Basse-Normandie



Source de l'image : « Territoires ruraux en Basse-Normandie », Campagnes, Ruralités : Définitions et mutations, Insee, Juillet 2010, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1560104> [consulté en ligne le 01/03/2018].

Annexe VIII

Outil de l'étude

Le métier et les compétences des sages-femmes

Bonjour à toutes.

Je m'appelle Anaïs Gauvain, je suis étudiante sage-femme. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, j'ai élaboré ce questionnaire afin de faire un état des lieux des représentations actuelles de la profession de sage-femme.

Ce questionnaire vise les femmes de plus de 18 ans, avec ou sans enfant.

Le temps moyen estimé pour répondre à ce questionnaire est de 10 minutes.

Merci d'avance de votre participation.

I. A propos de la formation des sages-femmes

1) Pour être sage-femme diplômée d'Etat, il faut :

- Un CAP petite enfance
- Accéder directement à l'école de sage-femme après un baccalauréat scientifique sur concours
- Valider la 1^{ère} année commune des études de santé (PACES ou 1^{ère} année de médecine) et entrer en école de sage-femme
- Etre infirmière spécialisée en gynécologie-obstétrique
- Présenter un dossier avec un curriculum vitae devant une commission d'admission

2) La formation de sage-femme dure :

- 1 an
- 2 ans
- 3 ans
- 4 ans
- 5 ans
- 6 ans

3) Le métier de sage-femme est une profession :

- Paramédicale
- Médicale

4) Les sages-femmes peuvent être des hommes :

- Oui
- Non

II. A propos des compétences de la sage-femme

1) Les sages-femmes peuvent exercer : *(plusieurs réponses peuvent être vraies)*

- En hôpital public
- En clinique privée
- En PMI (*Protection Maternelle et Infantile*)
- En cabinet libéral
- En tant qu'employée dans une crèche
- Au planning familial

2) A l'hôpital, les sages-femmes peuvent exercer dans les services de : *(plusieurs réponses peuvent être vraies)*

- Gynécologie
- Salle de naissance (*salle d'accouchement*)
- Hospitalisation des grossesses pathologiques
- Suites de Couches (*service d'hospitalisation après l'accouchement*)
- Pédiatrie
- Consultations (obstétricales, gynécologiques et échographiques)
- Diagnostic Anténatal (*ou DAN, il s'agit de consultations échographiques spécifiques pour poser un diagnostic sur une image échographique paraissant anormale*)

3) Elles peuvent : *(plusieurs réponses peuvent être vraies)*

- Réaliser une consultation de contraception
- Poser un dispositif intra-utérin (stérilet) ou un implant
- Réaliser le suivi gynécologique des adolescentes
- Réaliser le suivi gynécologique des femmes ménopausées
- Suivre seules des femmes ayant un cancer du sein

- 4) Elles peuvent : (*plusieurs réponses peuvent être vraies*)
- Réaliser des frottis cervico-vaginaux (*qui dépistent les cancers du col de l'utérus*)
 - Réaliser la vaccination des jeunes filles contre le papillomavirus (*virus responsable en grande partie des cancers du col de l'utérus*)
 - Réaliser des interruptions de grossesse chirurgicales (*par aspiration*)
 - Réaliser des interruptions de grossesse médicamenteuses
- 5) Elles peuvent prescrire : (*plusieurs réponses peuvent être vraies*)
- Des examens sanguins
 - Certains médicaments (inscrits sur une liste définie) à la mère et à l'enfant
 - Certains médicaments (inscrits sur une liste définie) à la mère, à l'enfant, et au père
 - Tous les médicaments à la mère et à l'enfant
 - Tous les moyens de contraception (*pilule, dispositif intra-utérin (stérilet), implant, anneau, patch, spermicides...*)
- 6) Elles peuvent : (*plusieurs réponses peuvent être vraies*)
- Enseigner dans les écoles de sages-femmes
 - Faire de la prévention sur la sexualité et la contraception dans les collèges et lycées
 - Concourir aux activités d'assistance médicale à la procréation
 - Organiser et animer une séance collective de préparation à la naissance et à la parentalité (cours, piscine, yoga...)
- 7) En ce qui concerne le suivi de grossesse, elles peuvent : (*plusieurs réponses peuvent être vraies*)
- Réaliser le diagnostic et la déclaration de grossesse
 - Suivre seules une grossesse sans complications
 - Suivre seules une grossesse pathologique
 - Suivre une grossesse pathologique en collaboration avec un médecin
 - Réaliser les échographies de suivi de grossesse à condition d'avoir un diplôme universitaire d'échographie

- 8) En ce qui concerne les urgences et la salle de naissance, les sages-femmes peuvent : *(plusieurs réponses peuvent être vraies)*
- Diagnostiquer et suivre seules le travail ne présentant pas de complications
 - Diagnostiquer et suivre seules le travail présentant des complications
 - Déclencher le travail *(en perçant la poche des eaux, en mettant une perfusion d'ocytocines (médicament qui permet de déclencher le travail))*
 - Mettre en place l'analgésie péridurale *(anesthésie)*
- 9) En ce qui concerne l'accouchement, elles peuvent : *(plusieurs réponses peuvent être vraies)*
- Réaliser seules l'accouchement ne présentant pas de complications
 - Réaliser seules l'accouchement présentant des complications
 - Réaliser l'accouchement dystocique (accouchement par le siège, jumeaux) en collaboration avec le médecin
 - Utiliser une ventouse ou des forceps (instruments destinés à faciliter l'extraction de l'enfant)
 - Pratiquer l'épisiotomie seules *(section du périnée aux ciseaux au moment de l'accouchement pour faciliter la naissance de l'enfant)*
 - Réaliser la césarienne
 - Réaliser seules la suture de l'épisiotomie et/ou des déchirures
 - Réaliser seules la surveillance de l'enfant et de la mère dans les heures qui suivent l'accouchement
- 10) En ce qui concerne le nouveau-né, elles peuvent : *(plusieurs réponses peuvent être vraies)*
- Pratiquer l'examen clinique du nouveau-né à la naissance
 - Pratiquer une réanimation en urgence du nouveau-né
 - Couper un frein trop court de la langue
 - Réaliser un examen sanguin ou une injection
 - Réaliser les consultations pédiatriques de l'enfant jusqu'à ses 6 mois
- 11) En ce qui concerne le suivi après la grossesse, les sages-femmes peuvent : *(plusieurs réponses peuvent être vraies)*
- Procéder à l'enlèvement des agrafes ou des fils d'une cicatrice de césarienne
 - Suivre seules la mère et l'enfant jusqu'à la visite post-natale
 - Réaliser la consultation post-natale pour les patientes ayant accouché par césarienne
 - Réaliser la consultation post-natale pour les patientes ayant accouché par voie basse
 - Prescrire une contraception après une interruption de grossesse
 - Réaliser la rééducation périnéale

12) Les sages-femmes peuvent passer des Diplômes Universitaires (DU) en plus de leur formation et pratiquer : *(plusieurs réponses peuvent être vraies)*

- L'ostéopathie
- L'acupuncture, l'homéopathie, la phytothérapie
- La kinésithérapie
- L'échographie obstétricale et gynécologique
- La tabacologie et l'addictologie
- La cancérologie

13) Comment avez-vous eu des connaissances sur ce métier ? *(plusieurs réponses sont possibles)*

- Vous n'avez pas de connaissances en particulier sur ce métier
- A la maternité
- A la télévision (émissions, reportages)
- On vous en a parlé
- Vous avez lu un prospectus sur les sages-femmes et leurs compétences
- Vous avez vu la mention « Parlez-en à votre sage-femme »
- Grâce à la prévention sur la contraception et la sexualité au collège/lycée
- A la suite des grèves des sages-femmes de 2011, 2013 et 2014
- Autre :.....
.....

III. Quelques renseignements généraux

1) Quel âge avez-vous ? ans

2) Quel est votre statut professionnel ?

- Salarié (**Précisez votre profession :.....**)
- Etudiant
- Retraité
- Sans profession

3) Quel est votre niveau d'étude ?

- Collège
- Lycée avec baccalauréat
- Lycée sans baccalauréat
- Enseignement supérieur (**Précisez : Bac+.....**)

4) Quelle est votre origine géographique ?

- France Métropolitaine
- DOM-TOM
- Europe
- Asie
- Afrique noire
- Moyen-Orient
- Amérique latine
- Amérique du Nord
- Océanie

5) Votre code postal :

6) Y a-t-il une sage-femme dans votre entourage proche ?

- Oui
- Non

7) Avez-vous déjà rencontré une sage-femme lors de consultations de grossesse ou de consultations gynécologiques ?

- Oui
- Non

8) Combien de fois avez-vous déjà été enceinte avant aujourd'hui (Cela comprend les accouchements, les interruptions volontaires ou médicales de grossesse, les fausses couches) ?

- Je n'ai jamais été enceinte (**Passez à la question 10**)
- 1 fois
- 2 fois
- 3 fois
- > 3 fois (précisez :

9) Combien d'enfants avez-vous ?

- Aucun
- 1
- 2
- 3
- > 3 (précisez :

10) Êtes-vous enceinte actuellement ?

- Oui
- Non (**Passez directement à la fin de la dernière page**)

11) A quel terme êtes-vous ?

- 1^{er} trimestre
- 2^{ème} trimestre
- 3^{ème} trimestre

12) Quel(s) professionnel(s) de santé avez-vous rencontré(s) au cours de votre grossesse ?
(Veuillez cocher et numéroter ces réponses par ordre de fréquence).

- Un gynécologue
- Un médecin généraliste
- Une sage-femme
- Un autre spécialiste (endocrinologue, cardiologue, neurologue...)

13) Vous avez choisi ce professionnel de santé qui vous suit principalement car :
(plusieurs réponses sont possibles)

- Vous le connaissiez déjà
- On vous l'a recommandé
- On vous a orienté à la maternité
- Il travaille près de chez vous

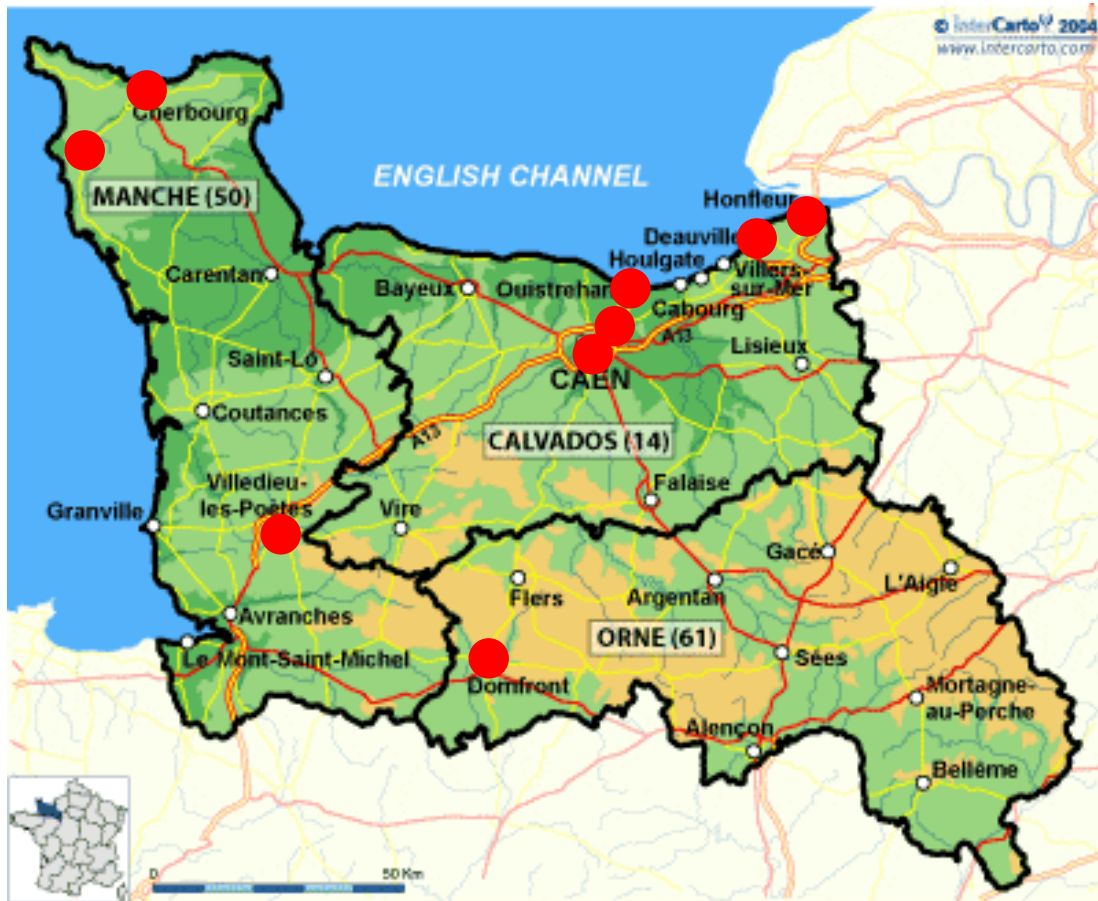
Merci beaucoup pour votre participation !

Les réponses à ce questionnaire sont disponibles ici :
www.sage-femme-questionnaire.ch.ma

Pour un accès rapide et facilité, scannez le QR code ci-contre à l'aide de votre smartphone →



Annexe IX : Carte géographique de Basse-Normandie comportant les centres de distribution des questionnaires



● Centres de distribution

Annexe X : Questionnaire d'inspiration

Questionnaire à l'intention des femmes

(ayant eu ou non des enfants)

Je m'appelle Marie Laloux, je suis étudiante sage-femme.

Dans le cadre de la fin de mes études, je prépare un mémoire sur la connaissance des femmes sur le métier de sage-femme. Ce questionnaire me permettra de réaliser une étude statistique. Je vous remercie par avance de m'accorder un peu de votre temps (10 minutes environ) pour compléter ce questionnaire anonyme. (Veuillez y répondre seule afin de ne pas fausser les résultats).

Renseignements vous concernant

1) Quel est votre âge ?

- Moins de 20 ans
- 20 à 29 ans
- 30 à 39 ans
- 40 à 49 ans
- 50 à 59 ans
- 60 ans et plus

2) Avez-vous une profession ?

- Oui
- Non

Si oui, laquelle ?

3) Quelle est votre situation familiale ?

- Mariée
- Pacsée
- En concubinage
- Veuve
- Célibataire
- En couple

4) Quelle est votre origine culturelle ?

- France
- DOM TOM
- Maghreb
- Afrique noire
- Europe
- Amérique du nord
- Amérique du sud ou Amérique centrale
- Moyen orient
- Asie
- Océanie

5) Avez-vous des enfants ?

- Oui, combien
- Non (si non, merci de passer à la question 8)

6) Où avez-vous accouché ? (plusieurs réponses possibles)

- Maternité publique
- Maternité privée
- Autre :

7) Comment avez-vous accouché ? (plusieurs réponses possibles)

- Par voie naturelle
- Par voie naturelle assistée d'une ventouse, d'un forceps ou autre.
- Par césarienne

8) Avez-vous subi une fausse couche ou une interruption volontaire de grossesse (IVG) ?

- Oui
- Non

9) Êtes-vous actuellement enceinte ?

- Oui
- Non (si non, merci de passer à la question 11)

10) Quel professionnel suit votre grossesse ?

Personne qui suit votre grossesse

Vous avez fait ce choix car : (une seule réponse possible)

- Médecin traitant
 - Il est votre praticien habituel
 - Il est le spécialiste
 - Il vous a été recommandé par un proche
- Gynécologue-obstétricien
 - Il est votre praticien habituel
 - Il est le spécialiste
 - Il vous a été recommandé par un proche
- Sage femme
 - Il est votre praticien habituel
 - Il est le spécialiste
 - Il vous a été recommandé par un proche

11) Connaissez-vous une sage-femme dans votre entourage proche ?

- Oui
- Non

12) Avez-vous déjà entendu parler du métier de sage-femme ?

- Oui
- Non (Au vue de votre réponse, il ne vous est pas possible de répondre aux questions suivantes concernant le métier de sage-femme, merci de bien vouloir déposer le questionnaire dans l'urne prévue à cet effet).

Études et formation de la sage-femme

13) Le métier de sage-femme est une profession :

- Médicale (médecin, dentiste, pharmacien...)
- Paramédicale (infirmière, aide-soignante, kinésithérapeute, orthophoniste...)
- Autre :

14) Pour rentrer à l'école de sage-femme, il faut (une seule réponse possible) :

- Uniquement avoir obtenu le baccalauréat
- Avoir un CAP/BEP dans le domaine de la petite enfance ou de la santé
- Uniquement avoir obtenu le brevet des collèges
- Passer le concours spécifique d'entrée pour l'école de sage-femme
- Avoir le diplôme d'infirmière
- Passer le concours de la première année du premier cycle des études médicales (PCEM 1)
- Présenter un dossier devant une commission d'admission

15) Selon vous, les études durent : ans

16) Qu'obtient on à l'issue des études ?

- Une licence
- Un master
- Un diplôme d'état

17) Les hommes peuvent-ils être sage-femme ?

- Oui
- Non

18) Quel est le salaire moyen d'une sage-femme en début de carrière ? (une seule réponse possible)

- De 1000 à 1500 €
- De 1500 à 1800 €
- De 1800 à 2000 €
- Plus de 2000 €

19) Une sage-femme peut exercer : (plusieurs réponses possibles)

- Dans une maternité publique
- Dans une maternité privée
- Dans une PMI (protection maternelle et infantile)
- Dans l'humanitaire
- En libéral

Dans une crèche en tant que directrice

20) Une sage-femme peut travailler dans les services de : (plusieurs réponses possibles)

Consultation de suivi de grossesse

Procréation médicalement assistée

Orthogénie (interruption volontaire de grossesse)

Consultation d'échographie

Suivi de grossesse pathologique

Préparation à la naissance et à la parentalité

Salle de naissance

Suite de couches (service pour les mères et les bébés après l'accouchement)

Pédiatrie

Gynécologie

Diagnostic anténatal (DAN)

Compétences de la sage-femme au cours de la grossesse

21) Une sage-femme peut-elle faire la déclaration de grossesse ?

Oui

Non

22) Une sage-femme peut-elle réaliser le suivi mensuel d'une grossesse sans complications ?

Oui, seule, sous sa propre responsabilité

Oui, en collaboration avec le médecin

Non, seuls les médecins peuvent le faire

23) Une sage-femme peut-elle réaliser le suivi mensuel d'une grossesse présentant des complications ?

Oui, seule, sous sa propre responsabilité

Oui, en collaboration avec le médecin

Non, seuls les médecins peuvent le faire

24) Une sage-femme peut-elle animer et organiser des cours de préparation à la naissance et à la parentalité ?

Oui

Non

25) Une sage-femme peut-elle réaliser un frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus ?

Oui

Non

Compétences de la sage-femme pendant le travail et l'accouchement

26) Une sage-femme peut-elle diagnostiquer et suivre le travail qui ne présente aucune complication ?

Oui, seule, sous sa propre responsabilité

Oui, en collaboration avec le médecin

Non, seuls les médecins peuvent le faire

27) Une sage-femme peut-elle diagnostiquer et suivre le travail présentant des complications ?

Oui, seule, sous sa propre responsabilité

Oui, en collaboration avec le médecin

Non, seuls les médecins peuvent le faire

28) Une sage-femme peut-elle réaliser les accouchements sans complications ?

Oui, seule, sous sa propre responsabilité

Oui, en collaboration avec le médecin

Non, seuls les médecins peuvent le faire

29) Une sage-femme peut-elle réaliser les accouchements présentant des complications ? (accouchement par le siège, jumeaux ...)

Oui, seule, sous sa propre responsabilité

Oui, en collaboration avec le médecin

Non, seuls les médecins peuvent le faire

30) Une sage-femme peut-elle réaliser une épisiotomie ? (section du périnée au moment de l'accouchement afin de laisser passer l'enfant)

Oui, seule, sous sa propre responsabilité

- Oui, en collaboration avec le médecin
- Non, seuls les médecins peuvent le faire

31) Une sage-femme peut-elle réaliser une suture ? (recoudre après une épisiotomie ou une déchirure)

- Oui, seule, sous sa propre responsabilité
- Oui, en collaboration avec le médecin
- Non, seuls les médecins peuvent le faire

32) Une sage-femme peut-elle réaliser la réanimation en urgence d'un nouveau-né ?

- Oui
- Non

33) Une sage-femme peut-elle réaliser le premier examen du nouveau-né en salle de naissance ?

- Oui
- Non

34) Une sage-femme peut-elle assurer la surveillance de la mère et de l'enfant dans les heures qui suivent l'accouchement ?

- Oui, seule, sous sa propre responsabilité
- Oui, en collaboration avec le médecin
- Non, seuls les médecins peuvent le faire

Compétences de la sage-femme après l'accouchement (suite de couches)

35) Une sage-femme peut-elle faire l'examen de sortie de la maternité d'une femme ayant accouché par voie naturelle ?

- Oui, seule, sous sa propre responsabilité
- Oui, en collaboration avec le médecin
- Non, seul les médecins peuvent le faire

36) Une sage-femme peut-elle faire l'examen de sortie de la maternité d'une femme ayant eu une césarienne ?

- Oui, seule, sous sa propre responsabilité

- Oui, en collaboration avec le médecin
- Non, seul les médecins peuvent le faire

37) Une sage-femme peut-elle assurer le suivi mère-enfant jusqu'à la visite post-natale (6 à 8 semaines après l'accouchement) ?

- Oui
- Non

La sage-femme et le droit de prescription

38) Que peut prescrire une sage-femme ?

- La sage-femme n'a pas le droit de prescrire (veuillez passer à la question 41)
- Médicaments
- Examens (prise de sang, échographie, radiographie...)
- Arrêt de travail

39) Une sage-femme peut-elle prescrire une contraception ?

- Oui
- Non (si non, merci de passer à la question 41)

40) Si oui, une sage-femme peut prescrire : (plusieurs réponses possibles)

- Pilule
- Stérilet
- Patch contraceptif
- Implant contraceptif
- Anneau vaginal
- Spermicide

41) Une sage-femme peut-elle réaliser une consultation de contraception en postpartum (après un accouchement) ?

- Oui
- Non

42) Une sage-femme peut-elle réaliser une consultation de contraception en postabortum (après une interruption volontaire de grossesse) ?

Oui

Non

Questions ouvertes

43) Que pensez-vous du métier de sage-femme ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

44) Selon vous, le métier est-il bien connu des femmes ? (veuillez préciser votre réponse)

.....

.....

.....

.....

.....

45) Avez-vous connaissance de changements à venir concernant le métier de sage-femme ? (veuillez préciser votre réponse)

.....

.....

.....

.....

Je vous remercie d'avoir répondu à ce questionnaire. Veuillez le déposer dans l'urne prévue à cet effet. Si vous le souhaitez, les réponses aux questions sont disponibles sur <http://www.reponsesquestionnaire.blogvie.com>. Merci.

Perception de la profession de sage-femme par les femmes

Résumé

Dans ce travail sont étudiées les représentations sociales des femmes sur la profession de sage-femme. Pour ce faire, une enquête quantitative a été réalisée. Elle reposait sur un questionnaire, qui a été distribué dans des cabinets libéraux de médecins généralistes dans toute la Basse-Normandie. Il évaluait les connaissances des femmes sur le métier de sage-femme.

Il a été démontré que le « cœur » du métier, c'est-à-dire la prise en charge de la mère et de l'enfant autour de l'accouchement, reste un élément constant dans les représentations sociales des femmes sur la profession. Toutefois, les femmes semblent penser qu'il y a augmentation de la prise en charge de la pathologie en dehors et pendant la grossesse, laissant place petit à petit à un renoncement de l'accompagnement de la mère et de l'enfant dans la physiologie.

Mots-clés

Sage-femme – Profession – Représentation – Sociale – Femmes



Perception of midwives by women

Abstract

This thesis underlines the social representations of women on the profession of midwife. With this aim in mind, a quantitative analysis was realized. It was based on a survey, which was mainly distributed by General Practitioners in Lower Normandy. It tested women's knowledge on the profession of midwife

It was demonstrated that the core of the profession, which is the care for the mother and her child around the delivery, remains a constant part of the social representations of women on the profession. However, women seem to think that there is an increasing care for pathology during and apart from the pregnancy, and a certain renunciation of physiological support of the mother and her child.

Key-words

Midwife – Profession – Social – Representation – Women