

AVERTISSEMENT

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

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

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

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

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

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

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES

U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

COMPETENCES ET REPRESENTATION SOCIALE DE LA SAGE-FEMME.

ENQUETE AUPRES DE LA POPULATION DU BASSIN VALENTINOIS

Par : PICOT Céline

[Données à caractère personnel]

Mémoire soutenu le : 18 Juin 2019

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

2018-2019

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES

U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

COMPETENCES ET REPRESENTATION SOCIALE DE LA SAGE-FEMME.

ENQUETE AUPRES DE LA POPULATION DU BASSIN VALENTINOIS

Par : PICOT Céline

[Données à caractère personnel]

Mémoire soutenu le : 18 Juin 2019

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

2018-2019

Résumé

Objectifs : Analyser les connaissances autour de la profession de sage-femme, déterminer l'influence des sources d'informations, définir le suivi gynécologique des femmes et analyser la représentation sociale des sages-femmes.

Méthodes : Une étude descriptive sur Valence, entre août 2018 et février 2019, a permis d'interroger le public à propos de leurs connaissances de la profession, de leurs sources d'information, du suivi gynécologique et de réaliser un recueil de la représentation sociale de la sage-femme grâce à la méthode de J.C.ABRIC.

Résultats : Sur les 149 participants, la médiane des réponses correctes était de 38,46%. Les principales sources d'informations étaient l'expérience personnelle et l'entourage. Une femme sur six n'avait pas de suivi gynécologique. La représentation sociale avait en majorité une connotation positive mais était restreinte au contexte de l'accouchement.

Conclusion : Seules les compétences anciennes de la sage-femme sont bien connues. Le fait d'avoir déjà rencontré une sage-femme enrichit et modifie les connaissances et la représentation de la profession.

Mots clés : sages-femmes, compétences professionnelles, suivi gynécologique, représentation sociale.

Abstract

Objective: Analyse what is known about the profession of midwife, determine the influence of the sources of information, define women's gynaecological follow-up and analyse the social representation of midwives.

Methods: From August 2018 to February 2019, a descriptive study in Valence made possible the questioning of the public on several points: their knowledge about the profession, their sources of information and gynaecological follow-up. Thanks to ABRIC's method, many opinions about the social representation of midwives were collected.

Results: Out of 149 participants, the median of correct answers was 38,46%. The main sources of information were personal experience and close people. One in six women did not have any gynaecological follow-up. The social representation of midwives was mainly positive, but was restricted to the delivery.

Conclusion: Only the traditional skills of midwives are well-known. Having met a midwife enriches and modifies knowledge and representation of the profession.

Key-words: midwives, professional skills, gynaecological follow-up, social representation.

Remerciements

Je remercie les membres du Jury :

- Mme Chrystèle CHAVATTE, Sage-Femme Enseignante au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble - UGA, Présidente du jury ;
- Dr Julien PELLE, Gynécologue Obstétricien à la Clinique Belledonne, Co-président du jury ;
- Mme Claire SALOMON, Sage-Femme à l'Hôpital Couple Enfant du CHU de Grenoble, Sage-femme invitée ;
- M. Lionel DI MARCO, Sage-Femme Enseignant au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble - UGA, Directeur de ce mémoire ;

Je remercie plus particulièrement :

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

pour son soutien dans mon projet, son aide ainsi que ses nombreuses relectures et corrections.

- Mme. Chantal SEGUIN, Directrice du Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble ;

pour son soutien et son implication auprès de notre promotion.

- M. Lionel CURTO, Sage-Femme Enseignant au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble et référent des 5^{èmes} années ;

pour son accompagnement et sa bienveillance en cette dernière année.

- Toutes les personnes ayant participé de près ou de loin à ce mémoire.

Je remercie, à titre personnel :

- *Mes parents, pour leur soutien durant ces six ans et pour les 18 ans qui ont précédé. Merci d'être là depuis le début (même N-2 mois...).*
- *A mon frère et ma sœur pour m'avoir supportée durant toutes ces années, et désolée de ne pas avoir été plus présente pour vous...je compte bien me rattraper maintenant !*
- *Aux filles : Katia, Camille, Marie et Maelle. Merci pour votre soutien et pour ses soirées passées ensemble malgré les galères et les coups durs...Mention spéciale à « ma petite sœur de cœur » ; merci pour tous les super moments que l'on a passés ensemble, j'espère qu'il y en aura encore plein d'autres ! On a commencé ensemble, on finit ensemble !!!*
- *A mes amies et ma famille au sens large ; merci à tous pour vos petits mots, merci de m'avoir changé les idées. Mention spéciale pour « Mimi » ; j'ai trouvé une deuxième maison, c'est fou comme un petit rien peut tout changer !*
- *A mes relecteurs, mes correcteurs et toutes les aides extérieures, merci : Marie-Thérèse, Clémence, Lucas, Luc, Lionel, Jean-Paul, Mélanie, le GFDA de Chabeuil.*

« Ne laissez jamais personne vous dire que c'est impossible... ! » M.T.

Table des matières

I.	Introduction.....	2
II.	Matériel et méthode.....	5
1.	Type d'étude.....	5
2.	Site d'étude.....	5
3.	Population d'étude.....	5
4.	Recueil des caractéristiques à l'inclusion.....	5
5.	Critères de jugement.....	7
6.	Nombre de sujets nécessaire.....	7
7.	Analyse statistique.....	8
III.	Résultats.....	10
1.	Caractéristiques de l'échantillon d'étude.....	10
2.	Connaissances des compétences de la sage-femme.....	11
3.	Provenance des sources d'informations.....	13
4.	Suivi gynécologique.....	14
5.	Représentation sociale de la sage-femme.....	15
5.1.	Représentation sociale de la sage-femme sur l'ensemble de l'échantillon interrogé	15
5.2.	Représentation sociale de la sage-femme dans le sous-groupe des nullipares.....	16
5.3.	Représentation sociale de la sage-femme dans le sous-groupe des primi-multipares	17
IV.	Discussion.....	19

1. Limites et biais de l'étude.....	19
2. Connaissance des compétences de la sage-femme.....	21
2.1. Connaissance de la profession de manière globale.....	21
2.2. Connaissance des compétences anciennes de la profession.....	22
2.3. Connaissance des nouvelles compétences de la profession.....	24
2.4. Connaissance du parcours professionnel.....	26
3. Provenance des sources d'informations.....	27
4. Suivi gynécologique.....	28
5. Représentation sociale de la sage-femme.....	29
5.1. Analyse globale sur l'ensemble de l'échantillon.....	30
5.2. Analyse par sous-groupes nullipares et primi-multipares.....	31
6. Pistes de réflexion.....	33
V. Conclusion.....	37
ANNEXES.....	43

Abréviations

- HPST : hôpital patient santé et territoire
- FCU : Frottis cervico utérin
- GO : gynécologue obstétricien OU gynécologue
- MT : médecin traitant OU médecin généraliste
- CSP : catégories socioprofessionnelles
- INSEE : institut national de la statistique et des études économiques
- IVG : interruption volontaire de grossesse
- IMG : interruption médicale de grossesse
- PACES : première année commune aux études de santé

I. Introduction

La profession de sage-femme a considérablement évolué au fil des siècles et des années. La sage-femme est passée d'un rôle centré sur la périnatalité, comportant principalement le suivi de grossesse, l'accouchement et le suivi en post-partum, à un rôle beaucoup plus large lui conférant des compétences multiples. Celles-ci lui permettent d'accompagner les femmes dans toutes les périodes de leur vie (puberté, suivi gynécologique, grossesse, ménopause). Ces compétences ont notamment évolué de manière importante grâce à la loi Hôpital Patient Santé et Territoire (HPST) de 2009 qui autorise les sages-femmes à réaliser des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention (1). Ces consultations comprennent, entre autre, la réalisation de frottis cervico-utérin (FCU), l'examen des seins, la prescription de contraceptifs, le dépistage des infections sexuellement transmissibles et de nombreuses situations de vulnérabilité (2)(3).

Cependant, ces nouvelles compétences restent peu connues de la population, comme l'a mis en évidence le sondage IFOP réalisé pour le Conseil National de l'Ordre des sages-femmes en août 2017, qui a révélé que 54% des femmes interrogées savaient qu'elles pouvaient avoir recours aux sages-femmes pour la prescription de leur contraception (4). Dans le mémoire de Jennifer LINGEN, également réalisé en 2017, seulement 18.70% des femmes interrogées connaissaient les nouvelles compétences de la sage-femme (5). Cette méconnaissance peut expliquer, au moins en partie, le grand nombre de femmes non ou mal suivies. Dans cette étude 20,92% des femmes interrogées n'avaient pas de suivi. Ceci constitue un véritable problème de santé publique déjà mis en évidence en 2011 par un sondage national mené par OpinionWay. Cette étude indique que 21% des femmes entre 16-60 ans ne bénéficiaient d'aucun suivi gynécologique régulier et que 6% d'entre elles n'en avaient jamais eu (6). A cela viennent actuellement s'ajouter des difficultés d'accès aux gynécologues (GO) et

médecins généralistes (MT) en termes de suivi gynécologique ou de grossesse. On peut donc s'attendre à ce que le nombre de femmes non suivies s'accroisse.

Dans le but d'améliorer la santé des femmes et de faire connaître davantage notre profession, la ministre des Affaires Sociales et de la Santé de l'époque, Marisol TOURAINE, a lancé en juin 2016 une campagne d'information sur la profession : « Au moins six bonnes raisons de consulter une sage-femme » (7). Lors de cette campagne des affiches, des dépliants et des infographies ont été mis à disposition dans différentes structures en lien avec la périnatalité (plannings familiaux, centres de planification et d'éducation familiale, maternité, centres périnataux de proximité et centres de protection maternelle et infantile) (8)(9)(10). Une vidéo « micro-trottoir » a également été diffusée ainsi que des bannières figurant en page d'accueil de sites internet des principaux médias. Deux ans après cette campagne il semble intéressant d'analyser si celle-ci a pu améliorer les connaissances sur la profession et permettre un meilleur suivi des femmes.

De ce fait, cette étude traitera de l'état des connaissances de la profession de sage-femme en population générale.

L'objectif principal de cette étude sera d'analyser le niveau de connaissances de la population, hommes et femmes confondus, à propos de la profession de sage-femme.

Les objectifs secondaires seront :

- de déterminer s'il existe une différence de connaissances en fonction des sources d'informations,
- de définir le suivi gynécologique des femmes,
- et d'analyser au mieux la représentation sociale que se font les femmes et les hommes interrogés à propos des sages-femmes.

L'hypothèse principale de l'étude est que la population connaît peu les compétences de la sage-femme, et *a fortiori* ses nouvelles compétences. Les hypothèses secondaires sont : que la

campagne d'information n'a pas permis d'augmenter les connaissances, que les femmes sont peu suivies et rarement par une sage-femme et que la représentation sociale des sages-femmes a en majorité une connotation positive mais restreinte au contexte de l'accouchement.

II. Matériel et méthode

1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive, observationnelle, transversale, multicentrique.

2. Site d'étude

L'étude a été menée dans des lieux publics et privés de Valence, entre août 2018 et février 2019, après accord de la Mairie de Valence ainsi que des gérants des lieux privés.

Les lieux ont été choisis pour toucher le plus grand nombre de catégories socioprofessionnelles (CSP) possible : parc public (Parc Jouvet), rues piétonnes du centre-ville, centre commercial (Victor Hugo) et garage automobile. Toujours dans cette optique, le recueil de données a été effectué sur plusieurs mois, à différents jours et différentes heures de la semaine.

3. Population d'étude

Pour optimiser le nombre de participants vivant dans le Bassin Valentinois, les personnes incluses dans l'étude devaient être interrogées au sein de la ville de Valence (11). Elles devaient avoir plus de 18 ans, parler français et accepter de participer à l'étude.

4. Recueil des caractéristiques à l'inclusion

Les caractéristiques à l'inclusion ont été recueillies de manière prospective par l'intermédiaire d'un questionnaire standardisé et anonyme distribué par l'enquêtrice elle-même. Celui-ci comportait 7 Parties :

- Partie 1 : « Le monde de la santé »,
- Partie 2 : « Autour de la grossesse »,
- Partie 3 : Le suivi gynécologique,

- Partie 4 : « Zoom sur la profession de Sage-Femme »,
- Partie 5 : « Représentation sociale des Sages-Femmes »,
- Partie 6 : « Provenance des sources »,
- Partie 7 : Informations générales sur la population. (Cf questionnaire en Annexe I)

Il a été rempli par l'enquêtrice, en présence du sujet, de manière à éviter tout retour sur les questions précédentes et pouvoir orienter les questions vers des sous-questions selon les réponses obtenues. De plus, pour éviter toute influence extérieure et limiter les biais, l'enquêtrice ne s'est pas présentée comme étant étudiante sage-femme, mais comme « réalisant une enquête de santé publique autour de la grossesse et du suivi gynécologique ». De même, les personnes ont été interrogées de manière individuelle : pas de sondage groupé et choix d'un des deux membres d'un couple sans intervention possible du second.

Ce questionnaire a été testé au préalable sur un échantillon de la population dont les résultats n'ont pas été inclus dans l'étude.

Les variables recueillies étaient le sexe, l'âge en années, la CSP, le lieu de résidence, la situation maritale et la parité. Le reste du questionnaire traitait des compétences de la sage-femme, du lieu de provenance des sources, du suivi gynécologique des femmes directement interrogées ou dont le conjoint a été interrogé, ainsi que de la représentation sociale des sages-femmes par les femmes et les hommes interrogés. Pour classer le type de profession, nous avons utilisé la Nomenclature des Professions et Catégories Socioprofessionnelles (12).

La partie sur la représentation sociale des sages-femmes, a été analysée grâce à la méthode d'évocation hiérarchisée de Jean-Claude ABRIC (13)(14). Cette méthode consiste premièrement à réaliser une association libre continuée. Plusieurs induits sont ainsi demandés (ici cinq) à partir d'un mot inducteur, sans contrainte de production (c'est-à-dire sans limitation de genre ou de forme des mots attendus). Il a donc été demandé aux participants d'énumérer cinq mots qui leurs venaient spontanément à l'esprit à partir du mot inducteur

« sage-femme ». Ils ont ensuite été invités à classer les mots cités par ordre d'importance de un à cinq, du plus important, selon eux, au moins important. Car selon J.C.ABRIC « *dans un discours, les choses essentielles n'apparaissent, souvent, qu'après une plus ou moins longue phase d'échauffement, de mise en confiance ou de réduction des mécanismes de défense* ». C'est pourquoi il propose de substituer le rang d'apparition par le rang d'importance résultant d'une hiérarchisation effectuée par le participant lui-même, en fonction de l'importance qu'il accorde à chaque terme afin de définir l'objet étudié (5)(13)(14)(15)(16).

5. Critères de jugement

Le critère de jugement principal correspondait aux pourcentages de réponses correctes aux différentes parties du questionnaire, c'est-à-dire aux réponses « sage-femme » pour les parties portant sur la connaissance des compétences et aux réponses valides pour la partie sur le parcours professionnel. Le référentiel métier et compétences des sages-femmes a été utilisé comme référence pour juger de la conformité des réponses (2).

Les critères de jugement secondaires correspondaient :

- aux pourcentages de provenance des sources,
- aux différences de pourcentages entre les personnes ayant été sensibilisées par la campagne d'information et celles ne l'ayant pas été,
- aux pourcentages de suivi gynécologique, au type de suivi et à la fréquence,
- et, pour terminer, à la représentation sociale de la sage-femme, par la fréquence d'apparition et le rang d'importance de chaque mot induit.

6. Nombre de sujets nécessaire

La méthode des quotas a été utilisée. Il s'agit d'une « *méthode d'échantillonnage qui consiste à s'assurer de la représentativité d'un échantillon, en lui affectant une structure similaire à*

celle de la population mère » à l'aide de plusieurs critères qui sont le sexe, l'âge, la CSP, ainsi que la région et la catégorie d'agglomération (ces deux derniers critères n'ont pas pu être pris en compte dans notre étude). Il faut ensuite « *calculer le pourcentage de personnes appartenant à chaque catégorie selon les données du recensement de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (l'INSEE)* » (17).

Pour se rapprocher au maximum de la population mère il aurait été nécessaire d'inclure : 48,42% d'hommes / 51,58% femmes / 3,58% d'hommes et de femmes de 18 à 20 ans / 23,81% d'hommes et de femmes de 21 à 40 ans / 26,22% d'hommes et de femmes de 41 à 60 ans / 24,39% d'hommes et de femmes de plus de 60 ans / 0,8% d'agriculteurs et exploitants / 3,4% d'artisans, commerçants et chefs d'entreprise / 9,4% de cadres, professions intellectuelles supérieures / 13,6% de professions intermédiaires / 15,3% d'employés / 12,1% d'ouvriers / 32,7% d'inactifs ayant déjà travaillé / 12,4% d'autres sans activité professionnelle (18)(19).

7. Analyse statistique

Les données ont été recueillies à l'aide de l'interface LimeSurvey puis ont été traitées et analysées à l'aide des logiciels Excel®, R (via le site Biostatv) et Iramuteq.

Les parties portant sur les compétences de la sage-femme et le parcours professionnel ont été analysées en pourcentage de réponses correctes. Celles apportant des informations générales sur l'échantillon d'étude et sur les sources d'informations ont permis d'analyser les résultats selon différents critères : le sexe, l'âge, la CSP, la parité, et la sensibilisation ou non par la campagne d'information ou par d'autres sources. Pour comparer les médianes de nos divers résultats, nous avons utilisé les tests non paramétriques de Mann-Whitney et de Kruskal-Wallis, en fonction des contextes. Le risque alpha retenu était de 5%.

Ensuite, la partie concernant le suivi gynécologique et le type de professionnel effectuant le suivi a été analysés en pourcentage et la fréquence du suivi a été analysée à l'aide de la moyenne ainsi que des écarts types.

Pour finir, pour la partie sur la représentation sociale de la sage-femme, une analyse a été effectuée par rapport à la fréquence d'apparition et au rang d'importance des mots recueillis.

Par la suite, l'analyse des résultats obtenus a été faite, selon la méthode de Pierre VERGES avec les modifications apportées par J.C.ABRIC, par la construction d'un tableau à quatre cases : chacune reflétant la **zone du noyau**, la **première périphérie**, la **seconde périphérie** et les **éléments contrastés**. Ce tableau a été rempli en réalisant une analyse prototypique, c'est-à-dire, en croisant la fréquence d'apparition de chaque mot avec son rang d'importance.

	Rang d'importance faible	Rang d'importance élevé
Fréquence d'apparition élevée	zone du noyau	première périphérie
Fréquence d'apparition basse	éléments contrastés	seconde périphérie

Selon P.VERGES cette méthode permet de différencier les éléments centraux des éléments périphériques. La **zone du noyau** correspond aux éléments les plus signifiants et les plus fixes.

La **première périphérie** correspond à des éléments importants qui sont variables et qui pourraient un jour intégrer le noyau central. La **seconde périphérie** et les **éléments contrastés** sont eux beaucoup moins importants et beaucoup plus fluctuants (13)(14)(16)(20).

D'une manière générale, les variables qualitatives ont été décrites par l'effectif et le pourcentage, les variables quantitatives par la médiane et l'intervalle interquartile. Les données ont été présentées à l'aide de plusieurs tableaux, placés majoritairement en annexe.

III. Résultats

Nous avons abordé 194 personnes dont 149 ont accepté de participer à l'étude.

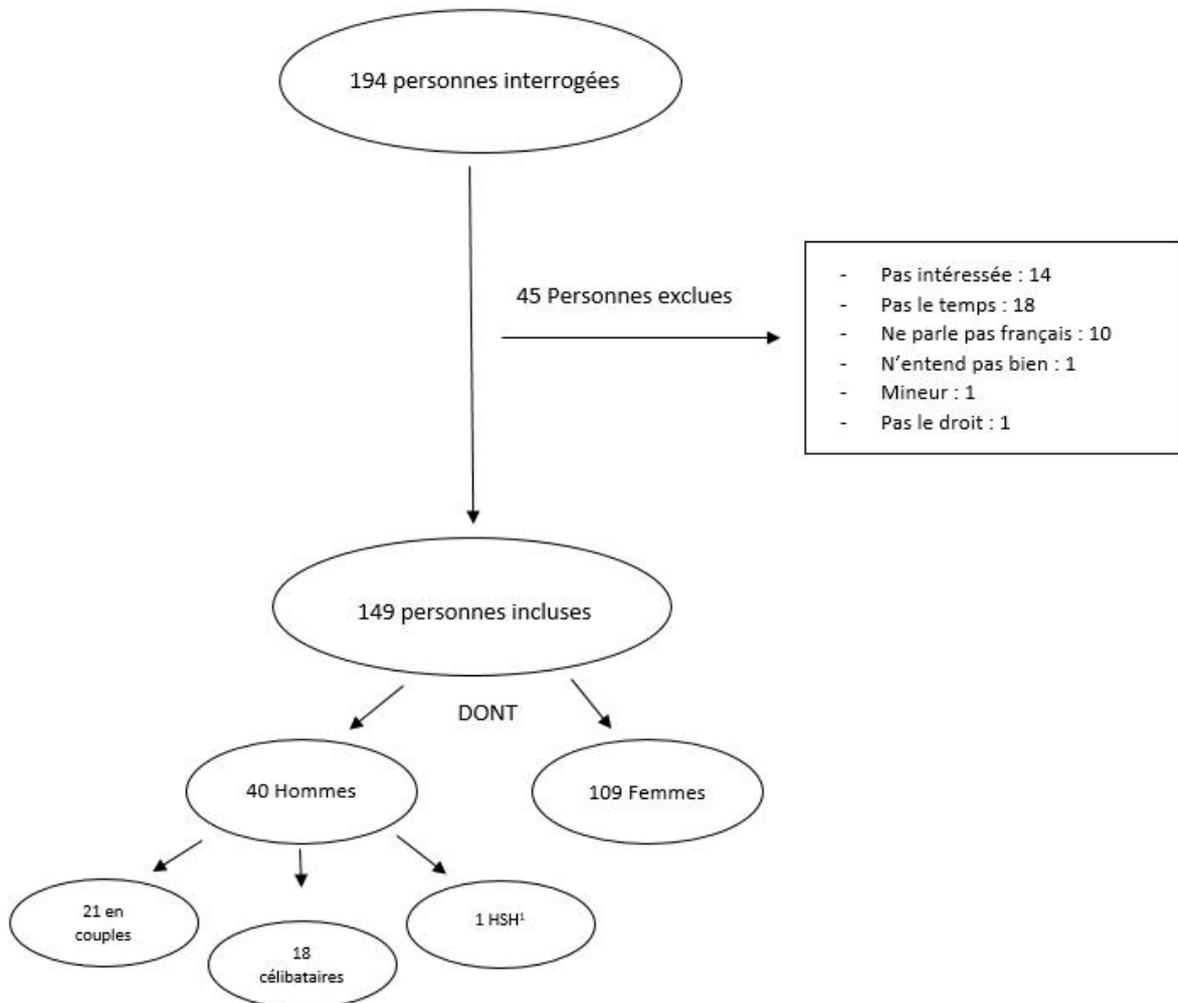


Figure 1 : Diagramme d'inclusion – Flow chart

¹ homme ayants des relations sexuelles avec des hommes

1. Caractéristiques de l'échantillon d'étude

L'échantillon comportait 26,85% d'hommes. La classe d'âge la plus représentée étaient les 21-40 ans et plus d'une personne sur deux résidaient dans le Bassin Valentinois. Les CSP les plus représentées étaient « les professions intermédiaires » et « les employés ». Plus des deux tiers de l'échantillon étaient en couple (68,46%) et avaient des enfants (67,11%).

Tableau I : Caractéristiques de l'échantillon à l'inclusion

Sexe : n(%)		
- Femme	109	(73,15%)
Age :		
- entre 18-20 ans	14	(9,40%)
- entre 21-40 ans	62	(41,61%)
- entre 41-60 ans	45	(30,20%)
- > 60 ans	28	(18,79%)
Lieu de résidence : n(%)		
Bassin Valentinois ¹	81	(54,36%)
Autres	68	(45,64%)
CSP : n(%)		
- Agriculteurs exploitants	2	(1,34%)
- Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	16	(10,74%)
- Cadres et professions intellectuelles supérieures	19	(12,75%)
- Professions intermédiaires	34	(22,82%)
- Employés	30	(20,13%)
- Ouvriers	11	(7,38%)
- Inactifs ayant déjà travaillé	15	(10,07%)
- Autres personnes sans activité professionnelle	22	(14,77%)
Situation maritale : n(%)		
- Célibataire	47	(31,54%)
- En couple	40	(26,85%)
- Marié/Pacsé	62	(41,61%)
Nombre d'enfant(s) : n(%)		
- 0	49	(32,89%)
- 1	36	(24,16%)
- >= 2	64	(42,95%)

¹ Comprend 20 communes : Bourg les Valence, Saint Marcel les Valence, Valence, Montélier, Chabeuil, Malissard, Beaumont les Valence, Montéléger, Beauvallon, Porte les Valence, Etoile sur Rhône, Montmeyran, Upie, Ourches, La Baume Cornillane, Montvendre, Barcelonne, Combovin, Châteaudouble, Peyrus.[16]

2. Connaissances des compétences de la sage-femme

D'une manière générale, concernant **les réponses correctes sur l'ensemble des participants,**

la médiane était de 38,46% (EIQ=30,77). Cinq sous-groupes de participants se détachaient

des autres, car ayant obtenu des résultats plus élevés :

- les femmes avec pour médiane 46,15%(EIQ=30,77),
- les primi-multipares avec 46,15%(EIQ =30,77),
- les informés par l'expérience personnelle avec 46,15%(EIQ =30,77),

- les 21-40 ans avec 46,15%(EIQ=38,46),
- et les informés par la campagne d'information avec pour médiane 42,31%(EIQ=30,77).

Les sous-groupes ayant obtenu le résultat le plus faible étaient ceux des hommes et des informés ni par l'expérience personnelle, ni par l'entourage, avec pour médiane 22,08%(EIQ=23,08).

Les p-valeurs obtenues pour les différents sous-groupes étaient :

- < 0.05 entre le sous-groupe des femmes et celui des hommes,
- 0,15 (NS) entre les quatre sous-groupes de classes d'âges,
- 0,09 (NS) entre les huit sous-groupes de CSP,
- < 0.05 entre le sous-groupe des nullipares et celui des primi-multipares,
- et 0,01 entre le sous-groupe des informés par l'expérience personnelle, celui des informés par l'entourage et celui des autres.

Dans la population interrogée, femmes et hommes confondus, question par question, nous avons obtenu les résultats suivants :

- 79,87% des participants ont répondu que la sage-femme pouvait pratiquer l'accouchement,
- 67,79% réaliser la préparation à la naissance et à la parentalité,
- 63,09% effectuer le suivi de la femme après l'accouchement,
- 44,97% suivre une grossesse,
- 27,52% effectuer une consultation de contraception et prescrire des contraceptifs,
- 20,81% effectuer une consultation de suivi gynécologique de prévention,
- 13,42% effectuer la déclaration de la grossesse à l'assurance maladie,
- 4,70% prendre en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG) ou des interruptions médicales de grossesse (IMG) par méthode médicamenteuse,
- et 1,34% prescrire et effectuer des vaccins.

A noter que pour la réponse concernant la déclaration de grossesse 42,95% des participants ont répondu que c'était à la femme enceinte, au conjoint ou aux parents d'effectuer cette démarche.

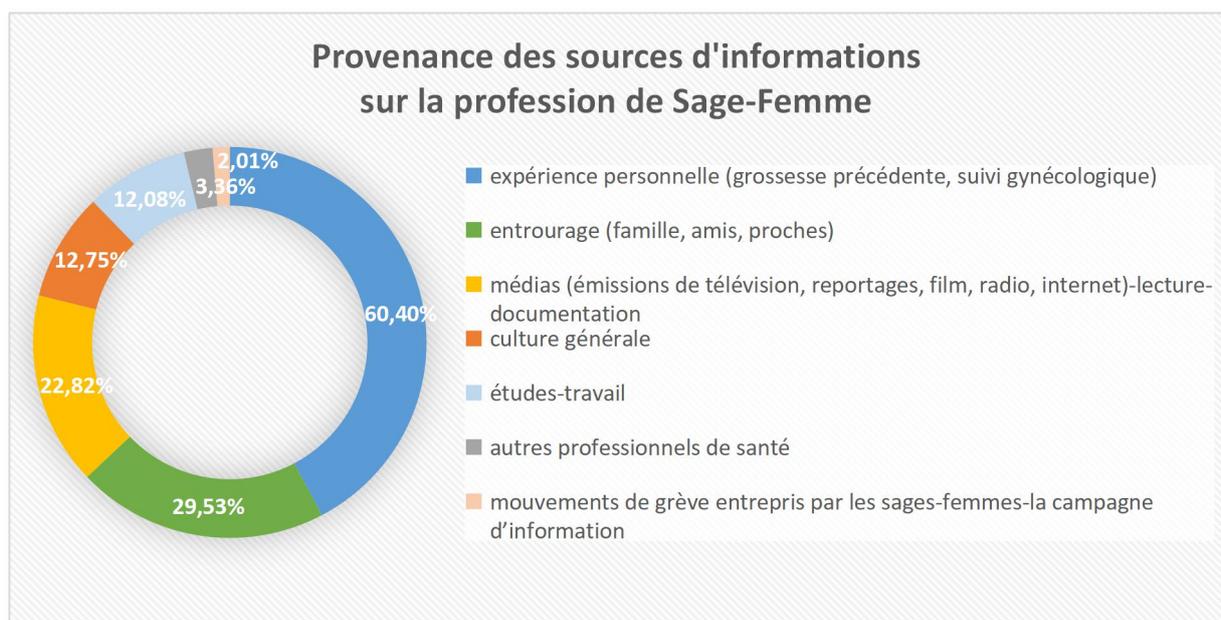
Concernant la connaissance du parcours professionnel :

- 48,32% des participants ont répondu que pour intégrer les études de sage-femme il fallait avoir un niveau baccalauréat général,
- 46,98% ont répondu que la formation commençait par la première année commune aux études de santé (PACES) puis se poursuivait en Ecole de sage-femme,
- et 20,13% ont répondu que les études duraient cinq ans.

3. Provenance des sources d'informations

La principale source citée était l'expérience personnelle. Les autres sources fréquemment citées étaient l'entourage, les médias – la lecture – la documentation, la culture générale et les études – le travail.

Figure 2 : Résultats - Provenance des sources d'informations sur la profession de Sage-Femme



Sur les 149 personnes interrogées, quatre déclaraient avoir entendu parler de la campagne d'information (2,68%) dont une ayant déclaré avoir acquis des connaissances grâce à cette campagne. La p-valeur obtenue, entre les sous-groupes des informés et des non informés par la campagne d'information, était égale à 0,60 (NS).

4. Suivi gynécologique

Concernant le suivi gynécologique des femmes interrogées et des femmes dont les conjoints ont été interrogés, 83,08% avaient un suivi, dont 84,26% par GO, 10,18% par MT et 5,56% par une sage-femme.

Figure 3 : Résultats - Suivi gynécologique

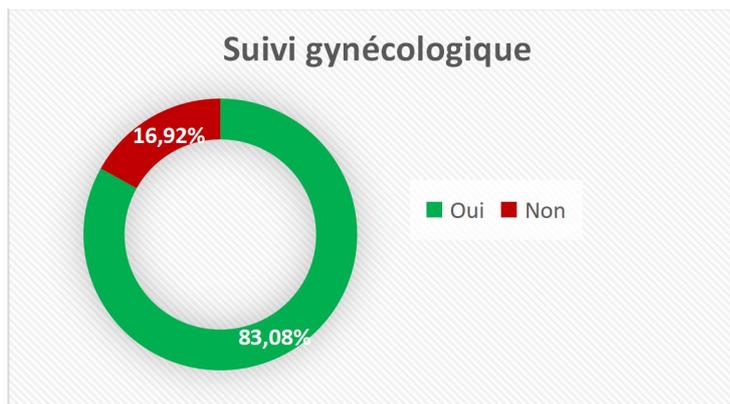
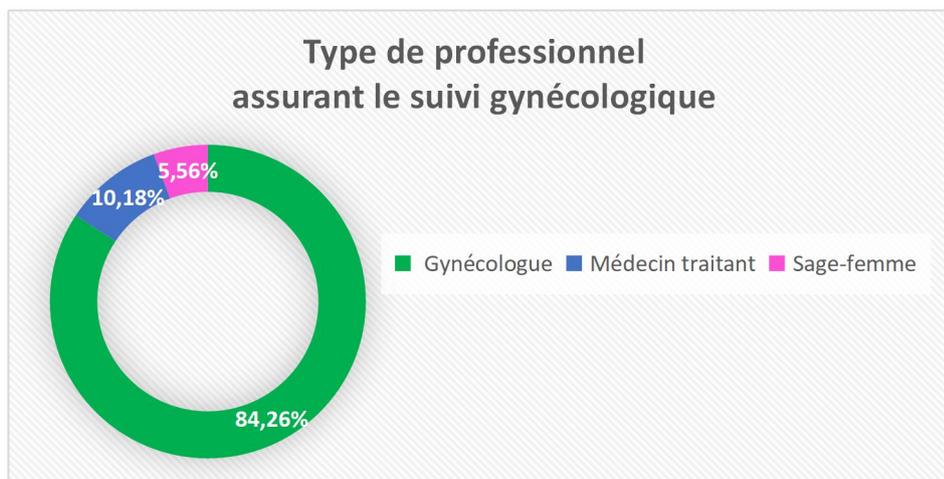


Figure 4 : Résultats - Type de professionnel assurant le suivi gynécologique



Dans l'échantillon de population étudié, la fréquence du suivi (tous professionnels de santé confondus) était en moyenne tous les 15 à 16 mois (et.8,72), dont 52,31% tous les 10 à 11 mois (et.2,69) et 22,31% tous les 26 à 27 mois (et.7,65). Sachant que 4,61% des femmes déclaraient avoir un suivi irrégulier et 5 hommes déclaraient ne pas savoir si leur compagne avait un suivi.

En ce qui concerne la connaissance des recommandations en matière de suivi gynécologique, les interrogés déclaraient que le suivi devait être effectué en moyenne tous les 13 à 14 mois (et.6,74), dont 61,07% tous les 10 à 11 mois (et.2,71) et 16,11% tous les 25 à 26 mois (et.3,97). Enfin, 3,36% des femmes n'ont pas donné de réponses chiffrées car pour elles la fréquence du suivi dépend de l'âge, et 18,79% des participants ont déclaré ne pas savoir quelles étaient les recommandations.

5. Représentation sociale de la sage-femme

Les données ont été analysées par le biais de l'analyse prototypique et seuls les mots cités au minimum deux fois ont été inclus. Pour simplifier l'analyse certains mots cités ont été regroupés sous la même dénomination car ayant la même signification, par exemple : « *écoute* » et « *à l'écoute* » ou encore « *rassurante* », « *rassurance* », « *rassure* » et « *rassurer* ».

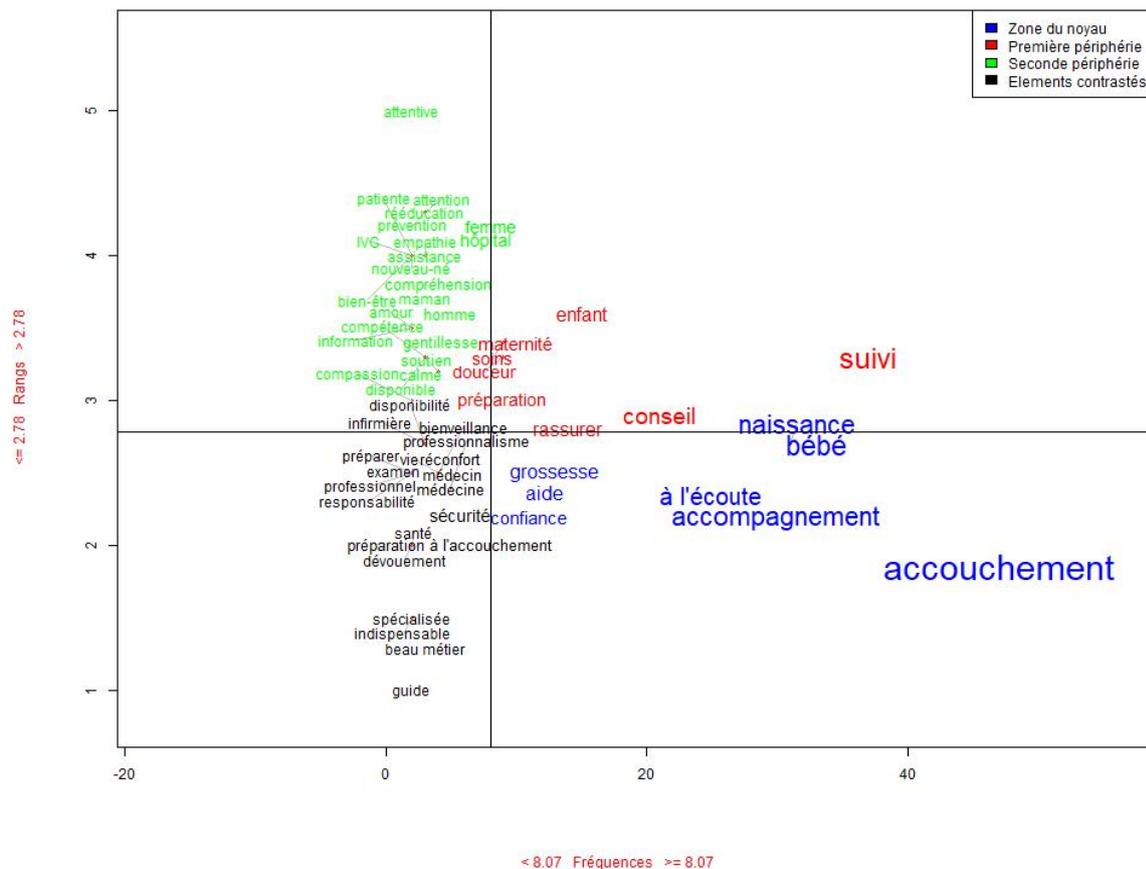
5.1. Représentation sociale de la sage-femme sur l'ensemble de l'échantillon interrogé

A partir du mot inducteur « *sage-femme* », 658 mots ont été cités par les 149 participants, soit une moyenne de 4,42 mots par participant.

La **zone du noyau** comportait huit mots avec quatre mots ressortant principalement : « *accouchement, bébé, naissance et accompagnement* ». La **première périphérie** comportait également huit mots avec un mot ressortant principalement : « *suivi* ». La **seconde périphérie**

comportait 23 mots et les **éléments contrastés** comportaient 20 mots. On retrouvait principalement, par ordre de fréquence : « *accouchement, suivi, bébé, naissance, accompagnement, à l'écoute, conseil, enfant, rassurer, grossesse, aide, confiance, maternité, soins, douceur, préparation* ».

Figure 5 : Résultats - Analyse prototypique sur l'ensemble de l'échantillon interrogé



*Les données étaient manquantes pour trois personnes et incomplètes pour deux personnes.

5.2. Représentation sociale de la sage-femme dans le sous-groupe des nullipares

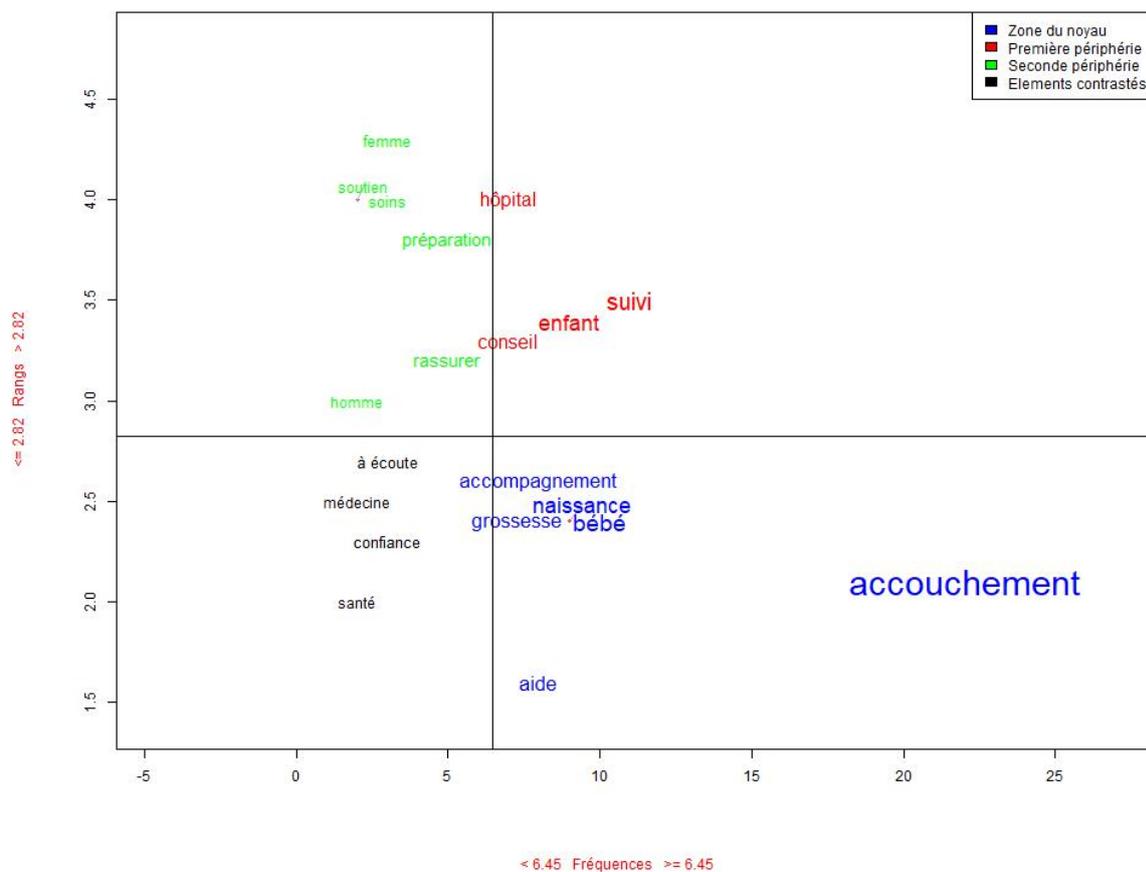
A partir du mot inducteur « *sage-femme* », 202 mots ont été cités par les 49 participants, soit une moyenne de 4,12 mots par participant.

La **zone du noyau** comportait six mots avec un mot ressortant principalement : « *accouchement* ». La **première périphérie** comportait quatre mots avec un mot ressortant

principalement : « *suivi* ». La **seconde périphérie** comportait six mots et les **éléments contrastés** comportaient quatre mots.

On retrouvait principalement, par ordre de fréquence : « *accouchement, suivi, bébé, enfant et naissance* ».

Figure 6 : Résultats - Analyse prototypique dans le sous-groupe des nullipares



*Les données étaient manquantes pour trois personnes et incomplètes pour une personne.

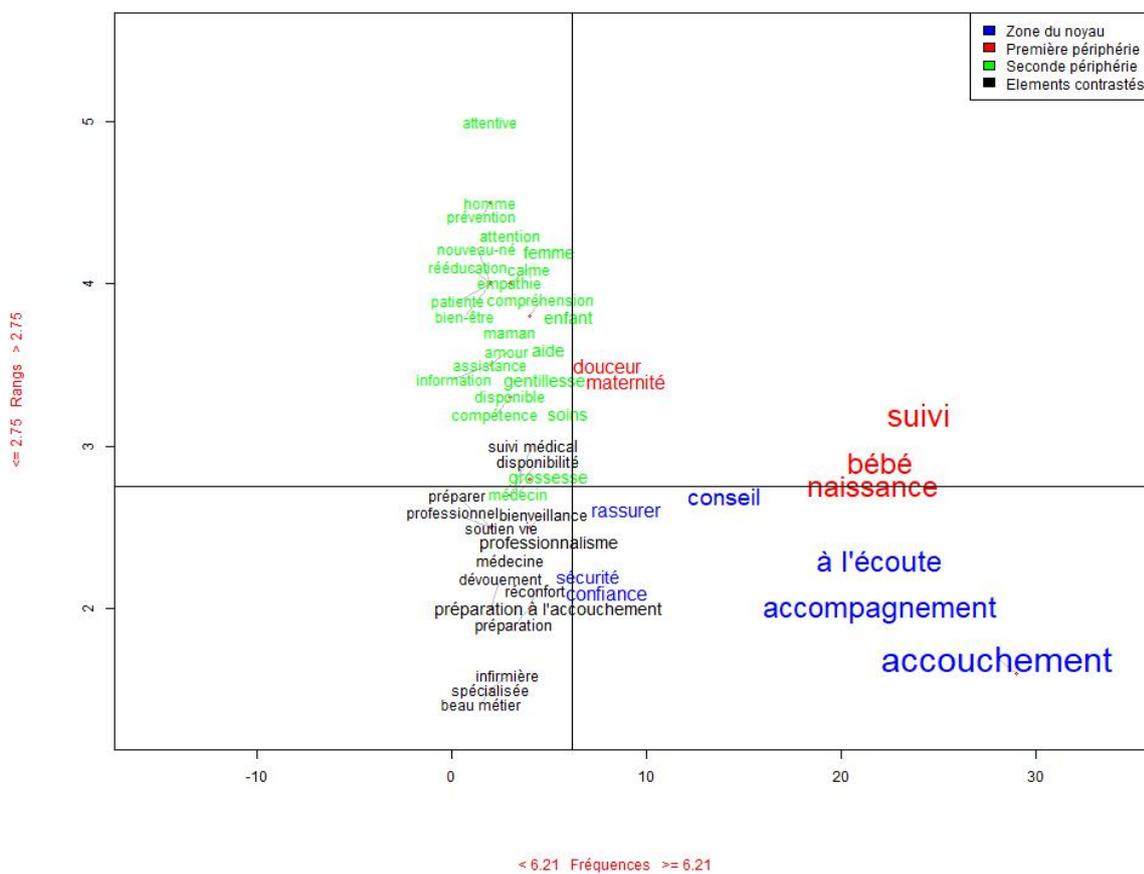
5.3. Représentation sociale de la sage-femme dans le sous-groupe des primipares

A partir du mot inducteur « *sage-femme* », 456 mots ont été cités par les 100 participants, soit une moyenne de 4,56 mots par participant.

La **zone du noyau** comportait sept mots avec trois mots ressortant principalement : « *accouchement, à l'écoute et accompagnement* ». La **première périphérie** comportait cinq mots avec trois mots ressortant principalement : « *suivi, bébé et naissance* ». La **seconde périphérie** comportait 24 mots et les **éléments contrastés** comportaient 16 mots.

On retrouvait principalement, par ordre de fréquence : « *accouchement, suivi, à l'écoute, bébé, accompagnement, naissance et conseil, rassurer, maternité* ».

Figure 7 : Résultats - Analyse prototypique dans le sous-groupe des primi-multipares



*Les données étaient incomplètes pour une personne.

IV. Discussion

1. Limites et biais de l'étude

Les principaux biais de cette étude étaient un **biais de sélection**, plus précisément un **biais de recrutement** ainsi qu'un **biais de volontariat**. Ceci du fait du choix des participants effectué par l'enquêtrice ainsi que de la possibilité d'accepter ou non de participer à l'étude. Ce biais correspond, notamment, à la variable aléatoire du nombre de refus qui aurait pu être beaucoup plus important, or, sur les 194 personnes abordées, un quart ont refusé de participer.

D'une manière générale, les personnes abordées étaient, au début, « rassurées » par le fait que je sois étudiante puis après l'annonce du sujet « *grossesse et suivi gynécologique* » plutôt étonnées du sujet. A ce moment, beaucoup d'hommes disaient que « *cela ne les concernait pas* » ou de « *s'adresser à leur femme* ». Si nous avions recueilli l'effectif exact d'hommes et de femmes abordés et ayant ou non refusé, alors ceci aurait pu refléter le fait que les hommes ne se sentent pas forcément concernés par ces sujets ou peu compétents. De plus, l'échantillon d'étude était composé uniquement à un quart par des hommes. De même, une autre catégorie de personnes ne se sentant « *plus concernées* » par le sujet était les femmes plus âgées qui déclaraient « *que cela n'étaient plus de leur âge* ». Paradoxe puisque ces mêmes femmes nécessitent toujours un suivi gynécologique et de par leur âge nous aurions pu nous attendre à ce qu'elles aient acquis des connaissances sur le sujet. Il aurait également été intéressant de recueillir l'effectif exact de femmes plus âgées ayant déclaré cela.

D'une manière générale, l'échantillon d'étude était faible, mais le taux de refus également puisque trois quarts des interrogés ont accepté de participer. De plus, la méthode des quotas a été respectée, autant que possible, pour tenter de se rapprocher au maximum de la répartition de la population française. Naturellement, l'échantillon d'étude est différent de la population générale donc les résultats obtenus ne sont pas extrapolables aux populations des études se rapprochant de la nôtre, notamment celle de J.LINGEN (5).

Autre biais de cette étude, un **biais d'information**, plus précisément un **biais de non réponse**, dû au « droit de refus » des participants à cette enquête, dont nous avons déjà parlé précédemment. Ce travail présentait aussi un **biais de déclaration** qui concernait toutes les réponses aux questions mais en particulier les réponses à la partie suivi gynécologique. En effet, les hommes ou les femmes interrogés n'ont pas forcément déclaré la réalité ou ne savaient peut être pas la réalité. Pour limiter au maximum l'impact de ce biais, l'enquêtrice a tenté de limiter le nombre de refus en incitant, de manière bienveillante, les interrogés à répondre, notamment par des techniques d'engagement (21). Par exemple, en les rassurant sur le fait que « *le but de l'étude est vraiment de savoir ce que vous connaissez* », que c'est « *intéressant d'avoir votre avis* », notamment pour les hommes qui déclarent que « *cela ne les concernait pas* » ou de « *s'adresser à leur femme* ». Egalement en leur indiquant que sont interrogés « *autant des femmes que des hommes, ou des personnes ayant eu des enfants que n'en ayant pas eu* ». Tout cela dans le but de les rendre acteurs et de freiner leur craintes de mal répondre. Un questionnaire standardisé a également été utilisé pour disposer d'un cadre rigoureux.

Pour finir, il existait des **facteurs de confusions**, liés à l'actualité, faisant écho aux sujets abordés ici. Premièrement, des questions et réflexions autour de la fermeture des hôpitaux de proximité. Ce sujet touche particulièrement la région car la maternité de Die située à 70 km de Valence a récemment fermé. Deuxièmement, des propos en lien avec les violences obstétricales relayées récemment par les médias m'ont été rapportés, tel que le manque de temps et/ou d'écoute des GO, ainsi que leur manque de tact parfois (« *propos sexistes* » ou « *déplacés* »). Enfin, des difficultés à répondre à la question portant sur les vaccins, accompagnés de propos anti-vaccin. Cela peut s'expliquer en partie du fait de la nouvelle

politique vaccinale, mise en application depuis janvier 2018, qui a beaucoup été relayée par les médias.

Tous ces facteurs ont pu influencer les réponses des participants car le fait d'entendre des avis divergents du sien peuvent avoir changé ou nuancé des réponses. De plus, des participants peuvent avoir répondu selon ce qu'ils avaient entendu dans l'espoir de bien répondre, alors qu'il ne s'agissait pas de leur propre opinion. Ces facteurs ont donc été pris en considération dans l'analyse des résultats.

2. Connaissance des compétences de la sage-femme

2.1. Connaissance de la profession de manière globale

La médiane que nous avons obtenue concernant la connaissance globale des compétences est en adéquation avec la thèse d'Anne GIRADOT CHAREYRON portant sur la « Connaissance des compétences des sages-femmes libérales par les internes de médecine générale d'Île-de-France » (22). Celle-ci retrouvait 38,41% de réponses correctes chez les internes. A première vue nous pourrions conclure que la population interrogée n'a pas une très bonne connaissance des compétences des sages-femmes car en connaissant moins de 50%. Cependant, au vu du résultat obtenu par les internes, nous pourrions faire le constat inverse, qui est que les interrogés ont plutôt une bonne connaissance car semblable à celle des internes. Si nous poussons plus loin la comparaison cela signifierait que la population générale et nos futurs médecins généralistes ont le même niveau de connaissance des compétences des sages-femmes. Cela pose question, car les internes, futurs professionnels de santé et donc futurs collègues des sages-femmes, ne devraient-ils pas en savoir d'avantage pour favoriser une prise en charge optimale des patientes ? A noter que, seulement 17,99% des internes ont déclaré « avoir envoyé une de leurs patientes vers une sage-femme ».

Paradoxalement, une autre étude réalisée quatre ans auparavant, par Alice LE BERRE dans le cadre de son mémoire de fin d'étude, retrouvait une moyenne de 55,30% de réponses correctes chez les étudiants en PACES (23). Nous pourrions nous demander « Où sont passées ces connaissances entre la PACES et l'internat ? ». Cela peut s'expliquer en partie par le fait que cette étude a été réalisée auprès des étudiants en PACES de Grenoble, faculté au sein de laquelle avait été mis en place un système d'information sur les différentes filières accessibles par la PACES, notamment sur la profession de sage-femme. **Tous ces résultats tendent à confirmer l'hypothèse principale de notre étude selon laquelle il existe une méconnaissance des compétences des sages-femmes par la population.**

La logique voulant que les sous-groupes des femmes, des primi-multipares ainsi que des informées par l'expérience personnelle aient une meilleure connaissance du métier, puisque ayant déjà rencontré des sages-femmes, est respectée et démontrée statistiquement. L'ensemble de ces résultats reflètent bien la cohérence interne de notre étude. En ce qui concerne, le sous-groupe des informés par la campagne d'information, l'effectif de ce sous-groupe étant très faible, les statistiques qui en résultent sont peu interprétables.

2.2. Connaissance des compétences anciennes de la profession

Si l'on s'intéresse plus en détail aux connaissances des compétences anciennes, le rôle de la sage-femme est bien connu dans la préparation à la naissance, le suivi de grossesse, la réalisation des accouchements et le suivi en post-partum. Le même constat a été réalisé par Nathalie HIBRAND dans son mémoire portant sur « l'Image de la sage-femme chez la nullipare » (24). Elle retrouve 93,52% des participants déclarant connaître le rôle des sages-femmes dans la préparation à la naissance, 72,22% pour le suivi de grossesse, 83,33% pour l'accouchement et le suivi du travail et 78,71% pour les visites à domiciles. Ces résultats sont plus élevés que les nôtres, mais cette étude n'incluait que des femmes et avait un effectif plus

restreint (n=108). De plus, la méthodologie utilisée comportait des biais puisque le questionnaire était composé de 22 questions dont seulement deux questions ouvertes et les participants savaient que le sujet portait sur les sages-femmes. Pour exemple de question : « *Selon vous, les sages-femmes peuvent dans leur pratique professionnelle : Assurer le diagnostic et le suivi d'une grossesse. Oui ou Non ?* ». Dans le mémoire de A.LE BERRE, 88,00% des étudiants de PACES ont déclaré que la sage-femme était habilitée à réaliser des accouchements (23). Cependant, les étudiants en PACES choisissent stratégiquement un cursus de formation, ils sont donc bien plus actifs à vouloir avoir des informations sur les sages-femmes. **Ces résultats tendent plutôt à infirmer l'hypothèse principale de notre étude car les compétences anciennes paraissent en majorité bien connues de la population.**

Nous notons toutefois deux résultats qui nous paraissent incohérents. Le pourcentage de personnes ayant déclaré que la sage-femme pouvait effectuer la déclaration de grossesse à l'assurance maladie et celui du suivi de grossesse. Cette incohérence se retrouve également dans le travail de A.GIRADOT CHAREYRON, avec 83% déclarant que la sage-femme peut suivre une grossesse et 52% réaliser la déclaration de grossesse (22). L'hypothèse que l'on pourrait avancer est que les patientes enceintes viennent majoritairement voir les sages-femmes après avoir vu leur MT, dans un premier temps, qui a donc déjà effectué la déclaration de grossesse. Cependant, l'hypothèse la plus plausible reste que les participants ne savaient pas réellement à quoi correspondait une déclaration de grossesse donc méconnaissaient cette compétence. De plus, ils n'avaient pas, non plus, la notion que cet acte doit être réalisé par un professionnel de santé, puisque deux personnes sur cinq ont déclaré que c'est à la femme enceinte, au conjoint ou aux parents d'effectuer cette démarche.

La question portant sur la préparation à la naissance et à la parentalité s'est révélée être une question clé. Plus de deux tiers des personnes interrogées ont répondu « *sage-femme* » à cette question. Elles la citent également par la suite et se posent même parfois la question de ne pas l'avoir citée dans les réponses précédemment données. Il n'est cependant pas certains que placer cette question en premier aurait changé les réponses données précédemment car les premières questions portaient sur les compétences en gynécologie de prévention, compétences récentes, qui comme nous allons le voir sont peu connues. Cette notion de question clé se retrouve également dans le mémoire de N.HIBRAND, où 93,52% avaient cité la sage-femme, soit 101 nullipares sur 108 ayant participé (24).

2.3. Connaissances des nouvelles compétences de la profession

Compte tenu des résultats obtenus, nous observons une mauvaise connaissance du rôle des sages-femmes pour la prescription de contraceptifs, le suivi gynécologique de prévention, la prescription et la réalisation des vaccins, ainsi que pour la prise en charge des IVG et IMG médicamenteuses.

En ce qui concerne la connaissance de la contraception, nos résultats sont en cohérence avec ceux obtenus par J.LINGEN, qui retrouvait 20,10% de réponses « *sage-femme* » pour la prescription des différents moyens de contraception (5). Ils sont par contre très différents de ceux du sondage IFOP, qui retrouvait 53% de personnes déclarant connaître le rôle des sages-femmes dans la prescription de contraception (4). A noter que cette étude a été réalisée sur un échantillon beaucoup plus important (n=1064) et uniquement auprès de femmes. De plus, la question n'était pas posée de la même façon : « *Saviez-vous que les sages-femmes peuvent prescrire une contraception ?* ». Cette façon de poser la question induit un biais de « *réponse satisfaisante* » selon Herbert SIMON. C'est-à-dire que les participants sont susceptibles

d'utiliser des heuristiques¹ pour donner une réponse qui leur paraît satisfaisante (25). Au contraire, notre étude a principalement été construite autour de questions ouvertes pour éviter d'influencer les réponses des participants. D'autres études ci-dessous sont en cohérence avec les résultats du sondage IFOP mais comme celui-ci, il ne s'agissait pas de questions ouvertes, ce qui a pu grandement influencer les participants. Dans sa thèse, A.GIRADOT CHAREYRON, retrouve une bonne connaissance des compétences en termes de contraception, avec 62%, cependant, 35% des internes pensent que la sage-femme peut réaliser le suivi gynécologique et 36% déclarent qu'elle peut effectuer des FCU (22). Dans le cadre de son mémoire, Myrtille MAURY, retrouve 54,6% de patientes déclarant que la sage-femme peut prescrire des contraceptifs tout ou long de la vie des femmes mais 13,1% avaient connaissance de la loi HPST leur donnant cette compétence (26). Elle conclut qu'il s'agit d'« *une ignorance de la part des patientes de la date à laquelle cette nouvelle compétence est apparue dans le champ d'action des sages-femmes* ». Ces résultats diffèrent de ceux de notre étude car nous avons interrogé des hommes qui connaissent moins les compétences en gynécologie. Également des femmes plus âgées donc moins au courant des nouvelles compétences et des femmes n'ayant jamais eu de contact avec des sages-femmes alors que dans son étude M.MAURY a interrogé des femmes enceintes étant à plus de 24 SA.

D'autres résultats de notre étude nous montrent que les compétences récemment acquises sont méconnues. Notamment les compétences en termes de vaccination et de prise en charge des IVG et IMG médicamenteuses. A savoir que depuis 2016, la sage-femme peut vacciner la femme enceinte ainsi que son entourage au cours de la grossesse ou pendant les huit semaines qui suivent l'accouchement, et également, réaliser des IVG médicamenteuses dans le cadre d'« *une pratique suffisante et régulière [...] dans un établissement de santé, attestée par le directeur de cet établissement [...]* » (27). Dans le mémoire de J.LINGEN, 18,88% des

¹ L'art d'inventer, de faire des découvertes / désigne une méthode de résolution d'un problème qui ne passe pas par l'analyse détaillée du problème mais par son appartenance ou adhérence à une classe de problèmes donnés déjà identifiés

femmes interrogées avaient cité les sages-femmes comme pouvant réaliser des IVG médicamenteuses et 14,28% prescrire et réaliser le vaccin contre le papillomavirus (5). Constat similaire dans la thèse de A.GIRADOT CHAREYRON ou 38% des internes pensent que la sage-femme peut réaliser un rattrapage vaccinal selon le calendrier vaccinal (22). **En résumé, ces résultats tendent à confirmer l'hypothèse principale de notre étude qui était la méconnaissance des compétences récentes de la sage-femme.**

2.4. Connaissance du parcours professionnel

Les résultats des questions sur les prérequis nécessaires pour rentrer dans les études de sage-femme ainsi que sur le parcours de formation, sont étonnamment élevés, puisque **presque une personne sur deux aurait connaissance du parcours professionnel pour devenir sage-femme**. Les mémoires de N.HIBRAND et A.LE BERRE retrouvent des résultats similaires avec respectivement, 43% des nullipares interrogées ayant connaissance du parcours professionnel et 49,91% des étudiants en PACES (24)(23). A savoir que seulement un quart des étudiants en PACES choisissent de présenter le concours de maïeutique. Or dans notre étude, les personnes interrogées semblaient donner fréquemment la dernière réponse citée, car il s'agissait de la dernière et sans conviction. Cependant, aucun effectif à ce sujet n'a été relevé lors du recueil de données. Au vu de ce constat, il aurait été intéressant de poser ces deux questions de manière ouverte et non à choix multiples, ou de ne pas citer la bonne réponse en dernier.

En ce qui concerne la **durée des études**, seulement **une personne sur cinq a répondu correctement à cette question**. Des résultats similaires sont à nouveau retrouvés dans l'étude de N.HIBRAND, avec 16,67% des nullipares ayant répondu cinq ans d'études (24). Au contraire dans leur mémoire M.MAURY et A.LE BERRE, retrouvaient respectivement, 35,4% de femmes ayant répondu cinq ans d'étude et 46,60% des étudiants en PACES

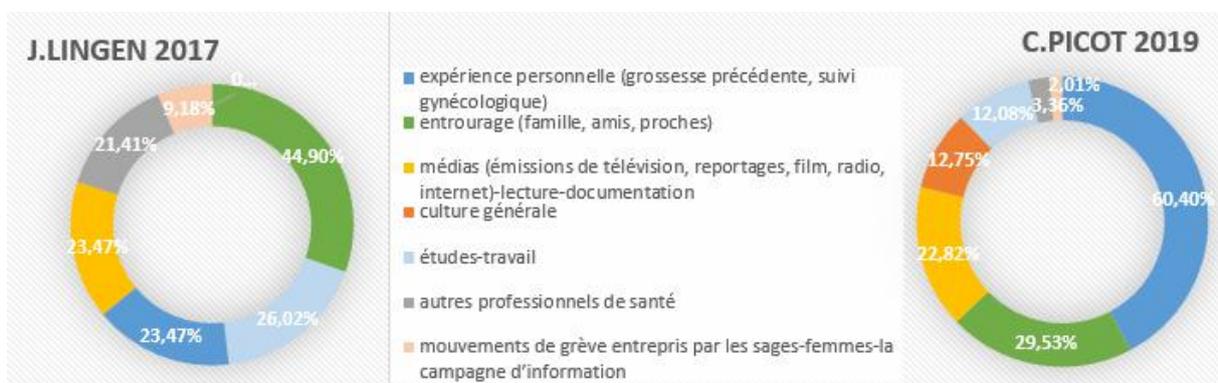
(26)(23). D'une manière générale, si l'on nuance ces résultats, compte tenu de la présence de biais liés aux questions à choix multiples, le parcours professionnel pour devenir sage-femme est assez méconnu.

3. Provenance des sources d'informations

Les informations sur la profession proviennent principalement de l'expérience personnelle et de l'entourage, alors que les médias – la lecture – la documentation n'arrivent qu'en troisième position. Ces résultats nous indiquent que pour toucher d'avantage la population il serait intéressant de réaliser des campagnes d'informations internes à la profession. Une information donnée directement aux patientes augmenterait leurs connaissances de la profession, de par leur expérience personnelle. Elles pourraient ensuite par effet domino informer d'autres personnes de leur entourage. Cependant, comme nous le verrons par la suite, l'impact serait limité car ne toucherait que les femmes enceintes, qui constituent la majeure partie de la patientèle des sages-femmes.

Pour la provenance des sources d'informations, le même constat est fait dans le mémoire de J.LINGEN (5). Les sept sous-groupes cités sont identiques à l'exception du sous-groupe « culture générale » non cité par les participants interrogés par J.LINGEN. Cependant, on observe une répartition des sources différentes.

Figure 8 : Provenance des sources d'informations sur la profession de Sage-Femme



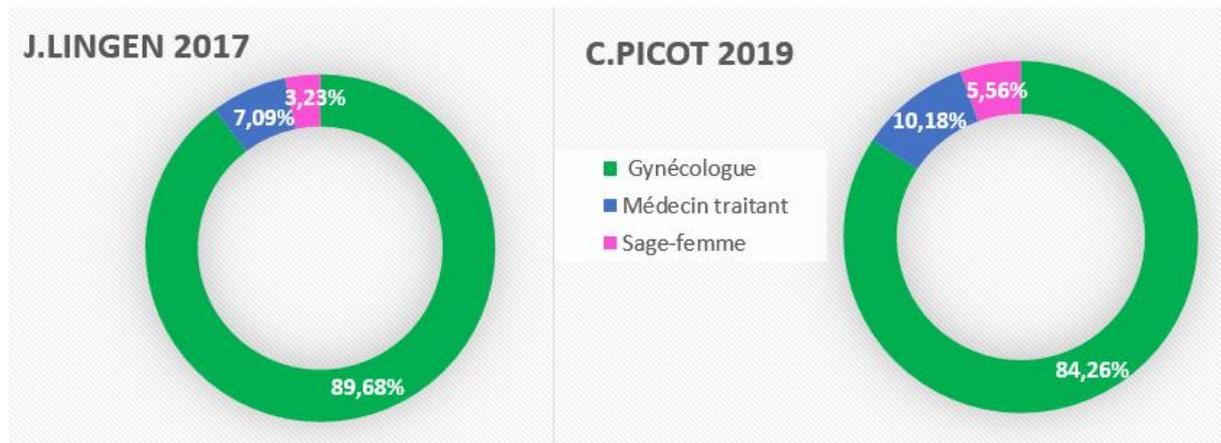
Dans son étude, les trois sources revenant principalement par ordre de fréquence sont : « l'entourage », « les études – le travail » et « l'expérience personnelle » ainsi que « les médias – la lecture – la documentation ».

Dans le travail de J.LINGEN 11,22% des participants avaient entendu parler de la campagne d'information sur la profession de sage-femme contre 2,68% dans notre étude. Cette différence peut s'expliquer notamment par le fait que la campagne était récente au moment du sondage effectué par J.LINGEN, environ un an, alors que datant de plus de deux ans au moment de notre étude. De plus, 9,18% avaient déclaré comme une source d'information la campagne, contre 2,01% dans notre étude. Ces résultats confirment bien la cohérence interne de notre étude.

4. Suivi gynécologique

Une femme sur six n'aurait pas de suivi gynécologique. Ces résultats sont en cohérence avec ceux obtenus par M.MAURY dans son mémoire, qui retrouvait 16,9% de femmes non suivies (26). Ils se rapprochent également de ceux obtenus par J.LINGEN ainsi que par le sondage IFOP qui retrouvaient une femme sur cinq ne bénéficiant pas d'un suivi gynécologique (5)(4). **Ces résultats viennent conforter l'hypothèse secondaire qui supposait un faible suivi gynécologique des femmes.** En termes de type de professionnel assurant le suivi gynécologique, les résultats sont également cohérents avec ceux obtenus par J.LINGEN (5).

Figure 9 : Type de professionnel assurant le suivi gynécologique



Dans notre étude, seulement une femme sur vingt est suivie par une sage-femme. Ces résultats viennent conforter l'hypothèse secondaire qui supposait que les femmes étaient très peu suivies par des sages-femmes. Entre ces résultats et ceux de notre étude, nous observons un taux plus faible de suivi par les GO et un taux plus élevé de suivi par les MT et les sages-femmes. Les variations entre ces deux études espacées de deux ans sur deux populations différentes pourraient être expliquées par une différence de disponibilité des GO entre les deux populations étudiées, une modification du comportement des femmes concernant leur suivi gynécologique ou une amélioration de la connaissance des compétences des sages-femmes. La méthodologie de notre travail ne permet cependant pas de conclure sur l'une ou l'autre de ces hypothèses.

5. Représentation sociale de la sage-femme

D'une manière générale, les participants déclaraient avoir des difficultés à trouver cinq mots autour du mot « *sage-femme* » et également à les classer (« *tous importants* »). Cependant, après analyse des résultats, les données étaient non conformes pour seulement cinq participants.

5.1. Analyse globale sur l'ensemble de l'échantillon

Si l'on analyse les mots composant le **noyau central**, quatre mots faisant appel au contexte de la périnatalité étaient présent : « *accouchement* », « *bébé* », « *naissance* », et « *grossesse* » et quatre mots faisant référence à des qualités ou compétences : « *accompagnement* », « *à l'écoute* », « *aide* », et « *confiance* ». Il en ressort que les femmes et les hommes interrogés perçoivent la sage-femme autour de **tout ce qui touche à l'accouchement** et comme étant une **personne de confiance, qui va les accompagner, les écouter et leur apporter de l'aide**. Selon J.C.ABRIC et P.VERGES les évocations rattachées au noyau central sont stables dans le temps et elles constituent donc la base solide de la représentation sociale (13)(14)(15)(16)(20). Cette théorie est confortée par nos résultats car la majeure partie des mots composant le **noyau central** est identique entre notre étude et celle de J.LINGEN (5). Seuls les mots « *naissance* » et « *confiance* » n'y figuraient pas.

Si l'on analyse maintenant les mots composant la **première périphérie**, nous retrouvons deux mots faisant appel au contexte de la périnatalité : « *enfant* » et « *maternité* » et six mots faisant référence à des qualités ou compétences : « *suivi* », « *conseil* », « *rassurer* », « *soins* », « *douceur* », et « *préparation* ». Là aussi, les participants perçoivent la sage-femme **autour de la naissance, de l'arrivée d'un enfant, avec pour rôle la préparation à cette arrivée, le suivi, les soins avec douceur et l'apport de conseils pour être rassuré**. Pour J.C.ABRIC et P.VERGES les évocations rattachées à la première périphérie sont relativement stables mais peuvent subir des variations au fil du temps. Elles peuvent intégrer le noyau central ou n'être citées plus qu'en seconde périphérie ou au sein des éléments contrastés en fonction des éléments et influences extérieurs (13)(14)(15)(16)(20). Par exemple les mots « *hôpital* » et « *femme* » étaient situés dans la **première périphérie** dans l'étude de J.LINGEN, alors que pour nous ils se situent en **seconde périphérie** (5).

Le travail de J.LINGEN, il y a deux ans, a abouti à des constatations similaires aux nôtres, tels que : « la « place » de la SF dans le suivi de grossesse et la pratique de l'accouchement est bien identifiée et connue des femmes » et que « les interrogées se représentaient la sage-femme comme une personne prodiguant des soins, ayant un rôle de conseillère, d'assistance et d'accompagnement » (5).

En résumé, dans notre étude, la majorité des mots cités font référence à l'accouchement, au suivi de grossesse ainsi qu'aux qualités que peuvent avoir les sages-femmes. **Ceci confirme notre hypothèse secondaire qui supposait que la représentation sociale des sages-femmes avait en majorité une connotation positive mais était restreinte au contexte de l'accouchement.** Cela conforte également nos résultats concernant la connaissance des compétences car ces mots sont plutôt en lien avec les compétences anciennes de la profession qui, comme nous l'avons vu, sont bien connues de la population. De même, les compétences plus récentes sont moins bien connues donc nous ne retrouvons pas de mots tels que « contraception » ou « frottis ». Cependant, les mots « *IVG* » et « *prévention* » ont fait leur apparition parmi les mots cités, alors qu'ils n'apparaissaient pas dans le travail effectué par J.LINGEN il y a deux ans.

5.2. Analyse par sous-groupes nullipares et primi-multipares

Nous pouvons faire deux grands constats. Le premier étant que ces deux sous-groupes comportent de nombreuses similitudes. Les éléments communs du **noyau central** que nous retrouvons sont « *accouchement* » et « *accompagnement* », pour la **première périphérie** il s'agit de « *suivi* », pour la **seconde périphérie** nous retrouvons « *soins* », « *femme* » et « *homme* » et pour finir dans les **éléments contrastés** nous avons « *médecine* ». D'autres mots sont également communs aux deux sous-groupes mais ne figurent pas dans les même cases du tableau donc ne revêtent pas la même importance. **Nous pouvons en déduire que malgré un**

vécu et des éléments extérieurs différents, tels que la parité, des mots et notions communes permettent de décrire un même induit ou objet d'étude, ici la sage-femme.

Le deuxième constat est que, malgré tout, ces deux sous-groupes sont bien distincts. Le sous-groupe des nullipares n'a cité que 20 mots différents contre 50 mots pour celui des primipares. De plus, certains mots ne sont apparus que dans un des deux sous-groupes. Les nullipares sont les seules à avoir cité les mots « *hôpital* » et « *santé* » et les primipares à avoir cité 31 mots parmi lesquels : « *sécurité* », « *maternité* », « *douceur* », « *gentillesse* », « *rééducation* » et « *préparation à l'accouchement* ».

En résumé, comme nous pouvions nous y attendre, nous retrouvons des **mots et un vocabulaire beaucoup plus riche chez les primipares comparé aux nullipares**. Dans son travail J.LINGEN concluait également que : « *la vision de la sage-femme des primipares est beaucoup plus riche et spécifique, elle rassemble des termes relevant de la période prénatale, natale et postnatale tandis que celle des nullipares semble plus approximative et repose beaucoup sur l'accouchement et ce qui en découle* » (5). Néanmoins, certains mots apparus dans la représentation sociale des nullipares dans notre étude tendent à nuancer ces propos. Notamment, la présence du mot « *conseil* » dans la **première périphérie** alors qu'il n'était que dans les **éléments contrastés** pour J.LINGEN. Également, les mots « *confiance* » et « *à l'écoute* » que l'on retrouve parmi les **éléments contrastés**, alors que pour J.LINGEN ces mots étaient retrouvés uniquement dans le sous-groupe des primipares. Ces variations pourraient supposer une amorce de changement, vers un enrichissement, de la représentation sociale de la sage-femme chez les nullipares.

A noter également, que les mots « *confiance* » et « *à l'écoute* » apparaissent dans les **éléments contrastés** pour les nullipares alors qu'ils font partie du **noyau central** pour les primipares. **Nous pouvons émettre l'hypothèse que le fait d'avoir déjà rencontré**

une sage-femme enrichit et modifie les connaissances et la représentation que l'on avait de la profession.

Ces résultats viennent conforter ceux concernant la connaissance des compétences dont nous avons parlé précédemment puisque les nullipares semblent avoir des connaissances plus restreintes que les primi-multipares.

6. Pistes de réflexion

Dans les différents travaux déjà réalisés sur le sujet, la majorité des propositions faites ont déjà été mises en place de nos jours, notamment, un terrain de connaissances propres aux sages-femmes, ainsi que l'intégration universitaire encore en cours actuellement (24).

Il avait également été proposé la création d'actes et cotations spécifiques à la consultation de suivi gynécologique de prévention et de contraception, un élargissement des compétences à la surveillance et au suivi biologique de tous les types de contraceptions ainsi qu'une formation de qualité en gynécologie et en contraception, de par des cours théoriques et des stages pratiques, aux seins des écoles de formations et accessibles pour les sages-femmes libérales déjà en poste (26).

Une autre proposition était la valorisation des compétences des sages-femmes de par leur élargissement : suivi gynécologique de prévention et contraception complet, prise en charge des IVG et IMG médicamenteuses, suivi global et accès aux plateaux techniques ainsi qu'une place réaffirmée dans la prévention et le dépistage avec notamment le droit de prescription et de réalisation du vaccin contre le papillomavirus (28).

Pour finir, une campagne nationale a, elle aussi, déjà été réalisée en 2017 à l'initiative de la Ministre de la Santé de l'époque, dans le but de promouvoir les compétences de la profession et d'améliorer la santé des femmes (28)(29).

Au vu de toutes ces informations, que pourrions-nous mettre en place pour améliorer davantage les connaissances sur la profession de sage-femme ?

- **Ma première proposition serait une mobilisation des sages-femmes sans emploi ou volontaires pour intervenir dans les établissements scolaires en collaboration avec les infirmières scolaires.** J'ai notamment évoqué cette piste de réflexion avec une participante à mon questionnaire anciennement salariée de l'éducation nationale. Nous avons échangé sur la possibilité d'un partenariat avec l'éducation nationale pour informer les jeunes sur le métier de sage-femme qui aurait deux principaux bénéfices : l'orientation des élèves et l'apport d'informations générales pour leur vie personnelle et leur santé. Cela pourrait également avoir pour bénéfice secondaire de créer des vocations et d'améliorer le suivi médical. J'ai pu échanger sur ce sujet, une deuxième fois, lors d'un stage effectué auprès d'une sage-femme libérale au cours duquel nous avons réalisé une intervention d'information au sein d'une association locale. La question s'est posée si la mesure mise en place récemment par le gouvernement sous la forme « du service sanitaire » ne serait pas un premier pas dans cette direction. Effectivement, ce dispositif a bien un rôle de prévention sur des sujets prédéfinis tels que l'alimentation, l'importance de l'activité physique, les addictions et la sexualité (30). Cependant, les interventions sont faites par des étudiants en santé qui, comme nous l'avons vu, ne vont pas nécessairement connaître les compétences des sages-femmes et donc les transmettre. L'intervention sur le thème de la sexualité porte très certainement sur la contraception et la prévention des IST mais n'est pas forcément axée sur les différents professionnels pouvant effectuer le suivi gynécologique et qui plus est sur les sages-femmes. L'intervention de sages-femmes à la suite des étudiants pourrait donc s'avérer complémentaire et permettre d'insister sur ces sujets.

Cependant, cette proposition ne toucherait qu'une partie de la population et, de par leur âge, les jeunes ne seront pas les plus réceptifs car pas forcément concernés à l'instant « T » de l'intervention. De ce fait, il faudrait **privilégier les interventions au lycée** plutôt qu'au collège et **associer d'autres actions auprès de la population adulte.**

- **Ma deuxième proposition serait la réalisation d'un site internet de référence**, dans le même esprit que le site « <https://www.choisirscontraception.fr/> ». Site sur lequel **pourraient figurer l'étendue des compétences des sages-femmes**, ainsi que celles de l'ensemble des professionnels de la périnatalité. Celui-ci comporterait **une interface publique** qui synthétiserait les compétences de manière à les rendre compréhensibles et pratiques pour les usagers. Ceci leur permettrait notamment de choisir de manière libre et éclairée le ou les professionnels effectuant leur suivi. Il existe déjà le site du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes qui est très bien fait mais celui-ci s'adresse davantage aux professionnels et étudiants car la population n'a pas forcément connaissance de l'existence des Ordres et les associe encore moins aux sages-femmes. En parallèle, sur ce même site, **une deuxième interface accessible aux professionnels de santé** pourrait y être associée puisque, comme nous l'avons vu, en ce qui concerne la profession de sage-femme, la méconnaissance au sein même des professions de santé est grande (MG, Pharmaciens). Cette interface serait plus complète, il y serait référencé les différents **articles de lois** ainsi que les **changements récents dans les compétences.**

Cependant, cette proposition risque de ne toucher que les gens concernés par ces sujets ou curieux si aucune campagne ou publicité n'est entreprise pour faire connaître ce site. C'est là que le concours des instances publiques, tel que Santé Publique France, ou encore le Gouvernement et les différents Ordres eux-mêmes s'avèreraient nécessaires.

- Ma troisième proposition serait une plus grande implication des sages-femmes dans la promotion de leurs compétences. C'est-à-dire en informant systématiquement toutes les patientes qui les consultent du champ de compétence des sages-femmes. Autant ce qu'elles proposent elles, mais aussi ce que font d'autres sages-femmes. Par exemple une sage-femme qui ne pratique pas de suivi gynécologique informerait qu'un tel suivi peut être fait auprès d'une autre sage-femme même si elle-même ne le pratique pas. Cela permettrait de mieux faire connaître la profession et de laisser à toute patiente le choix, libre et éclairé, du praticien effectuant son suivi. Ceci s'applique aussi au suivi de grossesse. Par exemple au cours de l'entretien prénatal précoce, il serait intéressant de présenter à la patiente, au couple, tous les types de suivi et de préparations dont ils peuvent bénéficier, parmi lesquels : suivi par une sage-femme, par un GO, par un MT, suivi global en vue d'un accouchement en plateau technique, préparation en piscine, préparation en haptonomie ou préparation en sophrologie (liste non exhaustive). **Cette proposition est déjà mise en pratique par certaines sages-femmes mais c'est sa généralisation qui apporterait un plus grand bénéfice.**

Les limites de cette proposition sont bien sûr le manque de temps au cours des consultations. Le fait également, d'apporter trop d'informations d'un coup, qui risque de ne pas être retenues. Ainsi que le risque de perdre de la patientèle en apportant des informations que la sage-femme concernée ne va pas forcément pouvoir honorer, et en rallongeant par exemple le temps des consultations pour communiquer ses informations.

V. Conclusion

Depuis 10 ans que les sages-femmes peuvent réaliser le suivi gynécologique, de toutes les femmes en bonne santé, cette pratique reste encore peu connue du grand public et ce malgré la campagne d'information réalisée récemment.

Notre étude avait pour objectif d'analyser le niveau de connaissances de la population, hommes et femmes confondus, à propos de la profession de sage-femme.

Pendant trois ans, entre 2009 et 2012, les sages-femmes avaient les compétences en gynécologie mais ne pouvaient pas effectuer le suivi de la contraception ni prescrire des examens complémentaires à ce suivi. Ceci rendait compliqué le parcours de soins, puisque à partager entre les sages-femmes et les MT ou GO et donc renforçait la méconnaissance de ces nouvelles compétences.

Les résultats de notre étude confirment notre hypothèse principale selon laquelle la population connaissait peu les compétences des sages-femmes, et *a fortiori* leurs nouvelles compétences. Cependant, les compétences anciennes de la profession telles que le suivi de grossesse et l'accouchement sont bien connus.

Ces résultats sont également en cohérence avec ceux obtenus par l'analyse de la représentation sociale de la sage-femme, avec une majorité de mots centrés autour de l'accouchement et de la grossesse tels que : « *accouchement* », « *suivi* », « *bébé* », « *naissance* » et « *accompagnement* ». Au contraire, des mots comme « *contraception* » ou « *frottis* » n'apparaissent pas car en lien avec des compétences récentes. Cependant, les mots « *IVG* » et « *prévention* » ont fait leur apparition parmi les mots cités, alors qu'ils n'apparaissaient pas dans le travail effectué par J.LINGEN il y a deux ans. Il serait donc intéressant de refaire une étude similaire dans quelques années pour apprécier l'évolution de la représentation sociale des sages-femmes qui pourrait s'enrichir davantage.

Pour leur suivi gynécologique les femmes sont peu suivies par des sages-femmes et plus d'une femme sur six n'a pas de suivi. Au vu de ce constat et de la conjoncture actuelle en termes de répartition des GO, un travail conjoint entre GO, MT et sages-femmes est primordial pour assurer des soins de qualité aux femmes dans les années à venir.

Il n'a pas pu être démontré dans cette étude que la campagne d'information menée il y a deux ans a permis ou non d'augmenter les connaissances sur la profession. Cependant, il ressort de notre travail que les principales sources d'informations sont « l'expérience personnelle » et « l'entourage ». Au vu de ce constat, il faudrait impliquer davantage les professionnels dans la promotion des compétences de leur profession ainsi que les instances publiques, telles que Santé Publique France, ou encore le Gouvernement et les différents Ordres, pour promouvoir la multidisciplinarité de la profession auprès de l'ensemble de la population.

A la fin du sondage, des explications étaient fournies sur les réponses ayant été données par les participants et sur les questions éventuelles. Parmi les différents retours des personnes interrogées on observe surtout une très grande découverte des compétences en termes de suivi gynécologique de prévention et notamment pour la prescription de contraceptifs. Les participants n'en ayant pas connaissance auparavant trouvent important de le savoir et sont agréablement surpris. Cependant, une question se pose alors à eux : « *Où trouver les sages-femmes ?* ». Ceci illustre parfaitement la méconnaissance de l'existence des sages-femmes libérales qui exercent en cabinet de ville à l'instar des GO et des MT.

Pour finir, beaucoup de questions ont également été posées sur la fréquence de réalisation des FCU. Il y a très souvent une confusion entre la fréquence de réalisation des FCU, tous

les trois ans après deux FCU normaux à un an d'intervalle, et la fréquence des consultations de suivi gynécologique, recommandées une fois par an.

Pour finir, au court du recueil de données, une personne a mentionné l'absence de question sur l'allaitement et a évoqué les discours contradictoires entre les différents professionnels de santé : « *sages-femmes, auxiliaires de puéricultures, médecins* ». Elle a également évoqué « *la difficulté d'allaiter longtemps* » du fait de remarques des médecins et de la crèche : « *c'est bon ça suffit* ». Nous avons décidé de ne pas inclure de questions sur l'allaitement maternel pour limiter la durée du questionnaire et centrer l'étude notamment sur les nouvelles compétences. Néanmoins, le rôle de la sage-femme est primordial dans la mise en place et le soutien à l'allaitement maternel. Ce retour met en lumière l'importance d'un discours commun entre les différents professionnels de la périnatalité (formations, développement professionnel continu) et indique également que les pressions et préjugés autour de l'allaitement maternel sont encore présents de nos jours. Il serait intéressant de traiter ce sujet dans un autre mémoire en axant notamment, sur la représentation sociale de l'allaitement. Il pourrait s'agir d'une enquête en population générale et/ou de recueillir l'avis des professionnels. Par exemple : Que vous-renvoie l'allaitement maternel ? Que pensez-vous d'allaiter longtemps ?

Références bibliographiques

1. Legifrance. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. 2009-879 juill 21, 2009 p. Titre III : article 86. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
2. CNOSF. Référentiel métier et compétences des sages-femmes [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. 2010 [cité 8 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>
3. CNOSF. Dépliant : Il n'y a pas d'âge pour consulter votre sage-femme [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. 2015 [cité 8 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>
4. Akouka C, Benois Truong Canh M, Bougault A, Brame S, Coponat S, Curat A-M, et al. Les priorités du nouveau Gouvernement. Contact Sages-Femmes [Internet]. déc 2017 [cité 9 avr 2018];31. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/contact-sages-femmes-n52/>
5. Lingen J. Contraception, suivi gynécologique de prévention et compétences dans ces domaines : quelle est la représentation des sages-femmes d'aujourd'hui ? [Internet]. Université Grenoble Alpes; 2017 [cité 13 avr 2018]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01560912/document>
6. Auzanneau N, OpinionWay, MGEN, LMDE. Les femmes et l'accès à la santé [Internet]. OpinionWay. 2011 [cité 13 avr 2018]. Disponible sur: http://opinionlab.opinion-way.com/dokumenty/opinionway_mgen_lmde_acces_sante_femmes_2011.pdf
7. Benois Truong Canh M, Buissonnier A, Bougault A, Coponat S, Curat A-M, Delahaye J-M, et al. Sage-femme acteur de la prévention. Contact Sages-Femmes [Internet]. sept 2016 [cité 9 avr 2018];31. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/contact-sages-femmes-n47/>
8. Ministère des Solidarités et de la Santé. Affiche : Au moins 6 bonnes raisons de consulter une sage-femme [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2016 [cité 8 avr 2018]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/sages-femmes/article/relayer-la-campagne>
9. Ministère des Solidarités et de la Santé. Dépliant : Au moins 6 bonnes raisons de consulter une sage-femme [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2015 [cité 8 avr 2018]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/sages-femmes/article/relayer-la-campagne>
10. Ministère des Solidarités et de la Santé. Sage-femme, le saviez-vous ? [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2016 [cité 8 avr 2018]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/sages-femmes/article/relayer-la-campagne>

11. Direction Départemental des Territoires de la Drôme, Service logement ville rénovation urbaine, Pôle observatoire du logement. Bassin d'habitat Grand Valentinois [Internet]. 2012 [cité 21 avr 2018]. Disponible sur: http://www.drome.gouv.fr/IMG/pdf/BH_Valentinois.pdf
12. Insee. Professions et catégories socioprofessionnelles PCS 2003 [Internet]. Institut national de la statistique et des études économiques. 2003 [cité 9 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/2400059>
13. Abric J-C. Méthodes d'étude des représentations sociales [Internet]. 2005 [cité 16 mai 2019]. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.editions-eres.com/ouvrage/1228/methodes-d-etude-des-representations-sociales>
14. Abric J-C. Pratiques sociales et représentations [Internet]. 2016 [cité 16 mai 2019]. (Quadrige). Disponible sur: https://www.puf.com/content/Pratiques_sociales_et_repr%C3%A9sentations_0
15. Pouliot E, Camiré L, Saint-Jacques M-C, Université de Laval, Centre de recherche sur l'adaptation des jeunes et des familles à risque. Comment faire ? - L'étude des représentations sociales à l'aide d'une diversité de techniques [Internet]. 2013 [cité 26 juin 2018]. Disponible sur: http://www.cms.fss.ulaval.ca/recherche/upload/jefar/fichiers/devenir_chercheure_nov_2013_version_web.pdf
16. De Carlos P, Dany L, Lo Monaco G, Mabilon-Bonfils B. Le savoir historique à l'épreuve des représentations sociales : l'exemple de la Préhistoire et de Cro-Magnon chez les élèves de primaire. Les Dossiers des Sciences et de l'Éducation [Internet]. 3 nov 2015 [cité 2 mai 2019];(37):139-58. Disponible sur: <https://journals.openedition.org/dse/1992#quotation>
17. Levasseur P, Andre P-T, Sartel T. La méthode des quotas [Internet]. Impact social de la mesure statistique. 2012 [cité 23 juin 2018]. Disponible sur: <http://tpesondages.e-monsie.com/pages/de-la-realisation-des-sondages/les-differentes-techniques/la-methode-des-quotas.html>
18. Insee. Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2018, France – Bilan démographique 2017 [Internet]. 2018 [cité 23 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892086?sommaire=1912926&q=bilan+d%C3%A9mographique>
19. Insee. Population selon le sexe et la catégorie socioprofessionnelle en 2017 [Internet]. 2018 [cité 23 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381478>
20. Vergès P. L'évocation de l'argent : une méthode pour la définition du noyau central d'une représentation. Bulletin de Psychologie. 1992;(45):203-9.
21. Deswarte E. Théorie de l'engagement et de la dissonance [Internet]. Psychologie-sociale. 2018 [cité 6 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.psychologie-sociale.com/index.php/fr/theories/influence/10-theorie-de-l-engagement-et-de-la-dissonance>

22. Girardot Chareyron A. Connaissance des compétences des sages-femmes libérales par les internes de médecine générale d'Île-de-France [Internet]. Université Paris Diderot 7; 2015 [cité 9 avr 2018]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4948_GIRARDOTCHAREYRON_these.pdf
23. Le Berre A. Étudiants en première année des études de santé : éléments recherchés pour leur future profession et connaissance de la profession de sage-femme [Internet]. Université Grenoble Alpes; 2011 [cité 15 avr 2018]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00617738/document>
24. Hibrand N. Image de la sage-femme chez la nullipare [Internet]. Université Paris-Descartes; 2010 [cité 13 avr 2018]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00564314/document>
25. Butori R, Parguel B. Les biais de réponse - Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur. In 2010 [cité 6 mai 2019]. p. 20. Disponible sur: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00636228/document>
26. Maury M. Nouvelles compétences en gynécologie et contraception : quels intérêts portés par les patientes, quels enjeux pour les sages-femmes ? [Internet]. Université Paris-Descartes; 2011 [cité 9 avr 2018]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00624738/document>
27. Legifrance. 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 [Internet]. 2016-743 juin 2, 2016. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032630558&categorieLien=id>
28. Gache B. Connaissance des pharmaciens d'officine à propos du droit de prescription des sages-femmes [Internet]. Université Clermont-Ferrand; 2012 [cité 13 avr 2018]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00766787/document>
29. Poiré E. Les nouvelles compétences en matière de suivi gynécologique de prévention et de contraception comme témoin de l'évolution de la profession de sage-femme [Internet]. Université Paris-Descartes; 2014 [cité 9 avr 2018]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01058849/document>
30. Ministère des Solidarités et de la Santé. Le service sanitaire [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 7 mai 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/article/le-service-sanitaire>

ANNEXES

Annexe I : Questionnaire

« Bonjour, excusez-moi de vous déranger. Je suis étudiante à l'Université Grenoble et je réalise une enquête de santé publique concernant le monde médical. Et ça parle plus particulièrement de la grossesse et du suivi gynécologique. Est-ce que vous auriez quelques minutes à m'accorder ? (pause) C'est totalement anonyme »

Partie 0 : Prérequis

1- Acceptez-vous de participer à l'étude ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	3- Lieux de recueil : <input type="checkbox"/> Rues piétonnes centre-ville <input type="checkbox"/> Kiosque <input type="checkbox"/> Parc Jouvet <input type="checkbox"/> Autres
2- Si « Non » : Pour quelle(s) raison(s) ?	

Partie 1 : « Le monde de la santé »

Q	Selon-vous, quel(s) professionnel(s) peu(ven)t chez une femme en bonne santé :	Réponses
1-	effectuer une consultation de contraception et prescrire des contraceptifs ?	
2-	effectuer une consultation de suivi gynécologique de prévention ? <i>(comprenant par exemple : palpation mammaire pour le dépistage du cancer du sein, frottis cervico-utérin pour le dépistage du cancer du col de l'utérus)</i>	
3-	prescrire et effectuer des vaccins ?	
4-	prendre en charge des IVG ou IMG médicamenteuses ? (= interruption volontaire-médicale de grossesse)	

Partie 2 : « Autour de la grossesse »

Q	Selon-vous, quel(s) professionnel(s) peu(ven)t chez une femme en bonne santé :	Réponses
1-	effectuer la déclaration de la grossesse à l'assurance maladie ?	
2-	suivre une grossesse ?	
3-	réaliser la préparation à la naissance et à la parentalité ? (= préparation à l'accouchement) ?	
4-	pratiquer l'accouchement ?	
5-	réaliser une épisiotomie ?	
6-	pratiquer une césarienne ?	
7-	effectuer le suivi de la femme après l'accouchement ?	
8-	effectuer la rééducation périnéale ?	
9-	réaliser l'examen du nouveau-né à la naissance ?	
10-	Si la personne n'a jamais cité la sage-femme : « Vous n'avez pas évoqué la sage-femme dans vos réponses est-ce que vous pensez qu'elle peut réaliser certains des actes que l'on a abordés ? »	

Partie 3 : Le suivi gynécologique

1- Situation maritale :

- Célibataire => **Si homme : passer directement à la Q6**
- En couple
- Marié/Pacsé

Q	FEMME	HOMME
2-	Avez-vous un suivi gynécologique ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Votre compagne a-t-elle un suivi gynécologique ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3-	Si réponse « Oui » : Par quel professionnel ?	Si réponse « Oui » : Savez-vous par quel professionnel ?
4-	Si réponse « Oui » : Tous les combien ?	Si réponse « Oui » : Savez-vous tous les combien ?
5-	Si réponse « Non » : Pour quelles raisons ?	Si réponse « Non » : Savez-vous pour quelles raisons ?
6-	Savez-vous tous les combien doit être effectué le suivi ?	Savez-vous tous les combien doit être effectué le suivi ?

Partie 4 : « Zoom sur la profession de Sage-Femme »

1- Selon vous, quels prérequis sont nécessaires pour entrer dans les études de sage-femme ? :

⇒ **une seule réponse possible**

- Niveau CAP
- Niveau BTS
- Niveau Baccalauréat S obligatoirement
- Niveau Baccalauréat général quelle que soit la filière (S, ES, L)

2- Selon vous, comment se déroule la formation initiale en elle-même ? :

⇒ **une seule réponse possible**

- Ecole d'infirmière (**uniquement**)
- Ecole d'infirmière spécialisée (**uniquement**)
- Ecole de sage-femme (**uniquement**)
- Faculté de médecine (**uniquement**)
- PACES (= 1^{ère} année commune aux études de santé) + Ecole de sage-femme

3- Selon vous, combien d'année dure les études de sage-femme ? :

Partie 5 : « Représentation sociale des Sages-Femmes »

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

2- Classez-les selon l'importance que vous leur accordez : 5 points pour le plus important, 4 pour le suivant et ainsi de suite jusqu'à 1 point pour celui que vous considérez étant le moins important.

Mots cités	Classement

Partie 6 : « Provenance des sources »

- 1- D'où proviennent les informations qui vous ont permis de répondre à ce questionnaire ? :
 ⇒ **plusieurs réponses sont possibles mais les classer par ordres de priorité.**

<input type="checkbox"/> Entourage (famille/amis/proches)	<input type="checkbox"/> Expérience personnelle (grossesse précédentes / suivi gynécologique)
<input type="checkbox"/> Etudes / Travail	<input type="checkbox"/> D'autres professionnels de santé
<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Mouvements de grève entrepris par les sages-femmes / Campagne d'information
<input type="checkbox"/> Médias (émission de télévision, reportages)	

- 2- Avez-vous entendu parler de la campagne d'information sur la profession de sage-femme ?
 « Au moins 6 bonnes raisons de consulter une sage-femme » => Montrer flyers.

- Oui
 Non

Si réponse « Non » : passer directement à la Partie 6

- 3- **Si réponse « Oui »** : Estimez-vous que cette campagne d'information vous a permis d'en apprendre plus sur la profession de sage-femme ? :

- Oui
 Non

Partie 7 : Informations générales sur la population

- 1- Sexe :

- Féminin
 Masculin

- 2- Quel âge avez-vous ? : (Age)

- 3- Où habitez-vous ? : (Lieu de résidence)

<input type="checkbox"/> Bourg les Valence	<input type="checkbox"/> Montélier	<input type="checkbox"/> Beaumont les Valence	<input type="checkbox"/> Porte les Valence	<input type="checkbox"/> Upie	<input type="checkbox"/> Montvendre	<input type="checkbox"/> Châteaudouble
<input type="checkbox"/> Saint Marcel les Valence	<input type="checkbox"/> Chabeuil	<input type="checkbox"/> Montéléger	<input type="checkbox"/> Etoile sur Rhône	<input type="checkbox"/> Ourches	<input type="checkbox"/> Barcelonne	<input type="checkbox"/> Peyrus
<input type="checkbox"/> Valence	<input type="checkbox"/> Malissard	<input type="checkbox"/> Beauvallon	<input type="checkbox"/> Montmeyran	<input type="checkbox"/> La Baume Cornillane	<input type="checkbox"/> Combovin	<input type="checkbox"/> Autres =

- 4- Quelle est votre profession ? : (Catégorie socioprofessionnelle)

<input type="checkbox"/> Agriculteurs exploitants	<input type="checkbox"/> Employés
<input type="checkbox"/> Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	<input type="checkbox"/> Ouvriers (y compris agricoles)
<input type="checkbox"/> Cadres et professions intellectuelles supérieures	<input type="checkbox"/> Inactifs ayant déjà travaillé (= retraités)
<input type="checkbox"/> Professions intermédiaires	<input type="checkbox"/> Autres personnes sans activité professionnelle (= chômeurs n'ayant jamais W ^{er} / étudiants / autre)

=> Intitulé exacte de la profession (ou de la profession ayant été exercée) =

- 5- Avez-vous des enfants ? :

- Oui => combien ? =
 Non

« Merci pour votre participation. »

Annexe II : Tableau II : Réponses correctes au questionnaire par sous-groupes

			P-valeur
Sexe : med(EIQ)			
- Groupe des femmes (n=109)	46,15	(30,77)	< 0,05
- Groupe des hommes (n=40)	23,08	(23,08)	
Classes d'âges : med(EIQ)			
- Groupe des 18-20 ans (n=14)	34,62	(28,85)	
- Groupe des 21-40 ans (n=62)	46,15	(38,46)	0,15
- Groupe des 41-60 ans (n=45)	38,46	(30,77)	
- Groupe des > 60 ans (n=28)	38,46	(30,77)	
CSP : med(EIQ)			
- Agriculteurs exploitants (n=2)	38,46	(7,69)	
- Artisans, commerçants, chefs d'entreprise (n=16)	38,46	(32,70)	
- Cadres et professions intellectuelles supérieures (n=19)	38,46	(30,77)	
- Professions intermédiaires (n=34)	38,46	(46,16)	0,09
- Employés (n=30)	38,46	(30,77)	
- Ouvriers (n=11)	30,77	(23,08)	
- Inactifs ayant déjà travaillé (n=15)	38,46	(23,08)	
- Autres personnes sans activité professionnelle (n=22)	30,77	(36,55)	
Parité : med(EIQ)			
- Groupe des nullipares (n=49)	30,77	(30,77)	< 0,05
- Groupe des primi-multipares (n=100)	46,15	(30,77)	
Campagne d'information sur la profession : med(EIQ)			
- Groupe des non informés (n=145)	38,46	(30,77)	0,60
- Groupe des informés (n=4)	42,31	(30,77)	
Sources d'informations autres : med(EIQ)			
- Groupe des informés par l'expérience personnelle (n=90)	46,15	(30,77)	0,01
- Groupe des informés par l'entourage (n=44)	38,46	(25,00)	
- Groupe des informés par ni l'un ni l'autre (n=35)	23,08	(30,78)	
Total (n=149)	38,46	(30,77)	

*Les données étaient manquantes dans la partie fréquence « estimé » du suivi pour une personne.

Annexe III : Tableau III : Niveau de connaissance des compétences des Sages-Femmes – Partie 1

Selon-vous, quel(s) professionnel(s) peu(ven)t :	Résultats Partie 1 : « Le monde de la santé »	
	Nombre de réponses « sage-femme »	Pourcentage de réponses « sage-femme »
Q1- effectuer une consultation de contraception et prescrire des contraceptifs ? n(%)	41	(27,52%)
Q2- effectuer une consultation de suivi gynécologique de prévention ? n(%)	31	(20,81%)
Q3- prescrire et effectuer des vaccins ? n(%)	2	(1,34%)
Q4- prendre en charge des IVG ou IMG médicamenteuses ? n(%)	7	(4,70%)

**Annexe IV : Tableau IV : Niveau de connaissance des compétences des Sages-Femmes –
Partie 2**

Résultats Partie 2 : « Autour de la grossesse »		
Selon-vous, quel(s) professionnel(s) peu(ven)t :	Nombre de réponses « sage-femme »	Pourcentage de réponses « sage-femme »
Q1- effectuer la déclaration de la grossesse à l'assurance maladie ? n(%)	20	(13,42%)
Q2- suivre une grossesse ? n(%)	67	(44,97%)
Q3- réaliser la préparation à la naissance et à la parentalité (= préparation à l'accouchement) ? n(%)	101	(67,79%)
Q4- pratiquer l'accouchement ? n(%)	119	(79,87%)
Q5- réaliser une épisiotomie ? n(%)	33	(22,15%)
Q6- pratiquer une césarienne ? n(%)	8	(5,37%)
Q7- effectuer le suivi de la femme après l'accouchement ? n(%)	94	(63,09%)
Q8- effectuer la rééducation périnéale ? n(%)	59	(39,60%)
Q9- réaliser chez le nouveau-né ; l'examen pédiatrique à la naissance ? n(%)	66	(44,30%)

Annexe V : Tableau V : Caractéristiques concernant le suivi gynécologique – Partie 3

Partie 3 : Le suivi gynécologique		
Suivi : n(%)		
- <i>Oui</i>	108	(83,08%)
(femme interrogée / homme interrogé)	(90/18)	(82,57%/85,71%)
- <i>Non</i>	22	(16,92%)
(femme interrogée / homme interrogé)	(19/3)	(17,43%/14,29%)
Professionnels assurant le suivi : n(%)		
- <i>Gynécologue</i>	91	(84,26%)
(femme interrogée / homme interrogé)	(76/15)	(84,44%/83,33%)
- <i>Médecin traitant</i>	11	(10,18%)
(femme interrogée / homme interrogé)	(9/2)	(10,00%/11,11%)
- <i>Sage-femme</i>	6	(5,56%)
(femme interrogée / homme interrogé)	(5/1)	(5,56%/5,56%)
Fréquence du suivi dans la population d'étude : n(%)		
- $\geq 1x/an$	68	(52,31%)
- $< 1x/an$	29	(22,31%)
- <i>Irrégulier</i>	6	(4,61%)
- <i>Inexistant</i>	22	(16,92%)
- <i>Ne sais pas</i>	5	(3,85%)
Fréquence « estimé » du suivi : n(%)		
- <i>Plusieurs x/an</i>	18	(12,08%)
- <i>Tous les 3mois</i>	4	(2,68%)
- <i>Tous les 6mois</i>	14	(9,40%)
- <i>1x/an</i>	73	(48,99%)
- <i>Tous les 2ans</i>	21	(14,10%)
- <i>Tous les 2ans ½</i>	3	(2,01%)
- <i>Fonction de l'âge</i>	5	(3,36%)
- <i>Ne sais pas</i>	28	(18,79%)

*Les données étaient manquantes dans la partie fréquence « estimé » du suivi pour une personne.

Annexe VI : Tableau VI : Niveau de connaissance des compétences des Sages-Femmes –
Partie 4

Résultats Partie 4 : « Zoom sur la profession de Sage-Femme »

Selon-vous, quel(s) professionnel(s) peu(ven)t :	Nombre de réponses vrai	Pourcentage de réponses vrai
Q1- Selon vous, quels prérequis sont nécessaires pour entrer dans les études de sage-femme ? : n(%)	72	(48,32%)
Q2- Selon vous, comment se déroule la formation initiale en elle-même ? : n(%)	70	(46,98%)
Q3- Selon vous, combien d'années durent les études de sage-femme ? : n(%)	30	(20,13%)

Annexe VII : Tableau VII : Sources d'informations sur la profession de Sages-Femmes -
Partie 5

Partie 5 : « Provenance des sources »

Q1- D'où proviennent les informations qui vous ont permis de répondre à ce questionnaire ? : ¹ n(%)

- <i>entourage (famille, amis, proches)</i>	44	(29,53%)
- <i>études-travail</i>	18	(12,08%)
- <i>médias (émissions de télévision, reportages, film, radio, internet)</i>	23	(15,44%)
- <i>lecture-livres-documentation</i>	11	(7,38%)
- <i>expérience personnelle (grossesse précédente, suivi gynécologique)</i>	90	(60,40%)
- <i>autres professionnels de santé</i>	5	(3,36%)
- <i>mouvements de grève entrepris par les sages-femmes-la campagne d'information</i>	3	(2,01%)
- <i>culture générale</i>	19	(12,75%)

Q2- Avez-vous entendu parler de la campagne d'information sur la profession de sage-femme ? : n(%)

- <i>Oui</i>	4	(2,68%)
- <i>Non</i>	145	(97,32%)

Q3- Estimez-vous que cette campagne d'information vous a permis d'en apprendre plus sur la profession de sage-femme ? : n(%)

- <i>Oui</i>	1	(25%)
- <i>Non</i>	3	(75%)

¹ Le total n'est pas égal à 100% car plusieurs réponses étaient possibles.

Annexe VIII : RS de la sage-femme - Analyse prototypique sur l'échantillon total - Carré de Pierre VERGES

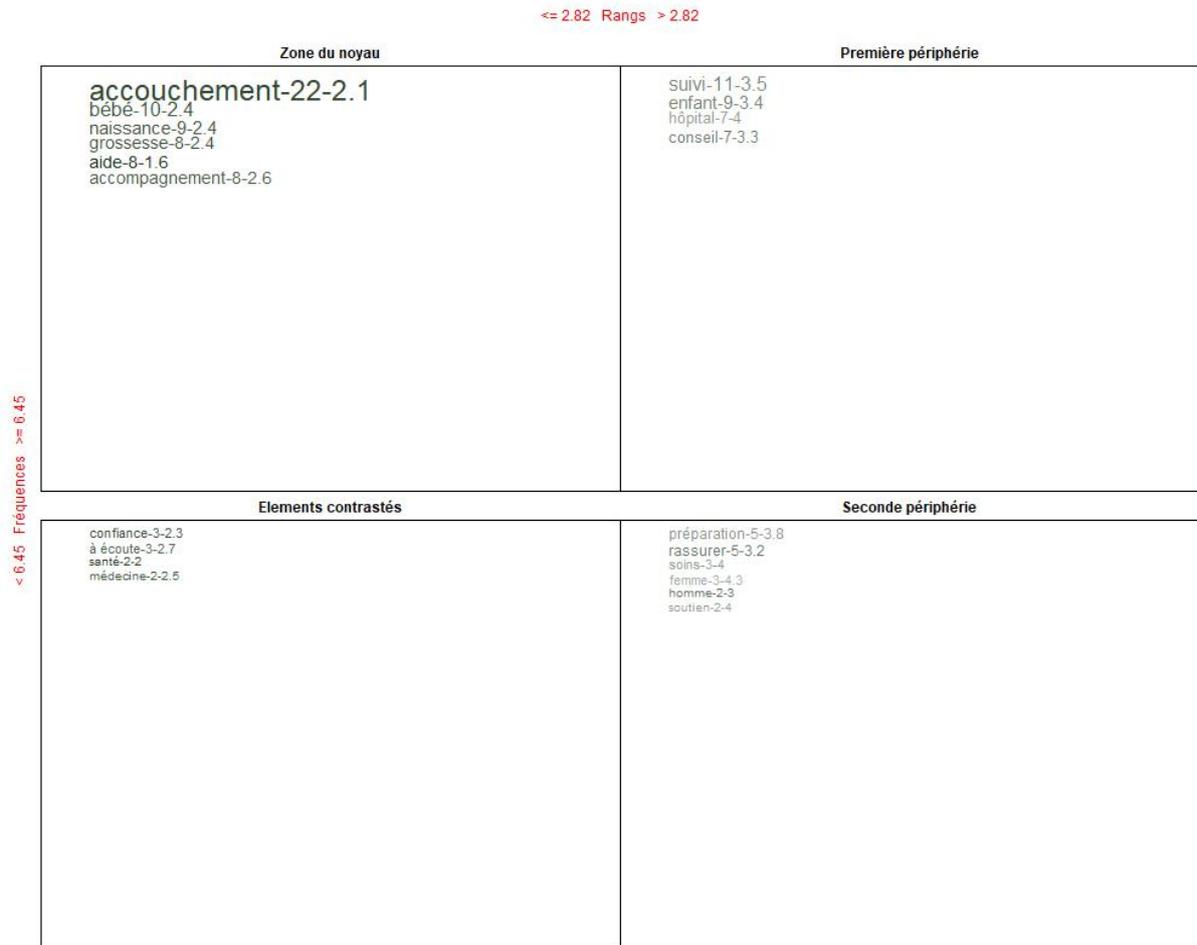
<= 2.78 Rangs > 2.78

Zone du noyau		Première périphérie	
<p>accouchement-51-1.8 bébé-33-2.7 naissance-31-2.7 accompagnement-30-2.2 à l'écoute-25-2.3 grossesse-13-2.5 aide-13-2.4 confiance-11-2.2</p>		<p>suivi-37-3.3 conseil-21-2.9 enfant-15-3.6 rassurer-14-2.8 maternité-10-3.4 soins-9-3.4 douceur-9-3.3 préparation-9-3</p>	
Elements contrastés		Seconde périphérie	
<p>sécurité-7-2.2 réconfort-5-2.6 médecine-5-2.4 médecin-5-2.4 préparation à l'accouchement-5-2 professionnalisme-5-2.4 vie-4-2.5 bienveillance-4-2.5 beau métier-3-1.3 disponibilité-3-2.7 infirmière-3-2.7 spécialisée-2-1.5 examen-2-2.5 santé-2-2 professionnel-2-2.5 responsabilité-2-2.5 indispensable-2-1.5 dévouement-2-2 guide-2-1 préparer-2-2.5</p>		<p>femme-8-4.2 hôpital-8-4.1 gentillesse-5-3.4 homme-5-3.6 compréhension-4-3.8 soutien-4-3.2 calme-4-3.2 rééducation-3-4.3 prévention-3-4.3 disponible-3-3.3 assistance-3-4 attention-3-4.3 maman-3-3.7 compétence-3-3.3 empathie-3-4 compassion-2-3 nouveau-né-2-4 IVG-2-4 attentive-2-5 patiente-2-4 amour-2-3.5 information-2-3.5 bien-être-2-4</p>	

< 8.07 Fréquences >= 8.07

*Les données étaient manquantes pour trois personnes et incomplètes pour deux personnes.

Annexe IX : RS de la sage-femme - Analyse prototypique chez les nullipares - Carré de Pierre VERGES



*Les données étaient manquantes pour trois personnes et incomplètes pour deux personnes.

Annexe X : RS de la sage-femme - Analyse prototypique chez les primipares et les multipares - Carré de Pierre VERGES

<= 2.75 Rangs > 2.75

	Zone du noyau	Première périphérie
< 6.21 Fréquences >= 6.21	<p>accouchement-29-1.6 à l'écoute-22-2.3 accompagnement-22-2 conseil-14-2.7 rassurer-9-2.6 confiance-8-2.1 sécurité-7-2.2</p>	<p>suivi-24-3.2 bébé-22-2.9 naissance-22-2.8 maternité-9-3.4 douceur-8-3.5</p>
	Elements contrastés	Seconde périphérie
	<p>préparation à l'accouchement-5-2 professionnalisme-5-2.4 réconfort-4-2 vie-4-2.5 préparation-4-2 bienveillance-4-2.5 médecine-3-2.3 disponibilité-3-2.7 suivi médical-3-2.7 spécialisée-2-1.5 beau métier-2-1.5 professionnel-2-2.5 dévouement-2-2 soutien-2-2.5 préparer-2-2.5 infirmière-2-1.5</p>	<p>soins-6-3.2 enfant-6-3.8 grossesse-5-2.8 femme-5-4.2 gentillesse-5-3.4 aide-5-3.6 médecin-4-2.8 compréhension-4-3.8 disponible-3-3.3 attention-3-4.3 maman-3-3.7 compétence-3-3.3 empathie-3-4 calme-3-4 attentive-2-5 rééducation-2-4 homme-2-4.5 prévention-2-4.5 assistance-2-3.5 nouveau-né-2-4 patiente-2-4 amour-2-3.5 information-2-3.5 bien-être-2-4</p>

*Les données étaient manquantes pour trois personnes et incomplètes pour deux personnes.

Annexe XI : Tableau VIII : Comparaison de la représentation sociale de la sage-femme dans les sous-groupes nullipares et primi-multipares

Représentation sociale de la sage-femme chez les hommes et les femmes interrogés	
<i>Nullipares</i>	<i>Primi-Multipares</i>
<p><u>Zone du noyau</u> accouchement bébé naissance grossesse aide accompagnement</p>	<p><u>Zone du noyau</u> accouchement à l'écoute accompagnement conseil rassurer confiance sécurité</p>
<p><u>Première périphérie</u> suivi enfant hôpital conseil</p>	<p><u>Première périphérie</u> suivi bébé naissance maternité douceur</p>
<p><u>Seconde périphérie</u> préparation rassurer soins femme homme soutien</p>	<p><u>Sonde périphérie</u> soins enfant grossesse femme gentillesse aide médecin compréhension disponible attention maman compétence empathie calme attentive rééducation homme prévention assistance nouveau-né patiente amour information bien-être</p>
<p><u>Éléments contrastés</u> confiance à l'écoute santé médecine</p>	<p><u>Éléments contrastés</u> professionnalisme réconfort vie préparation à l'accouchement préparation bienveillance médecine disponibilité suivi médical professionnel dévouement soutien préparer infirmière</p>

*Les données étaient manquantes pour trois personnes et incomplètes pour deux personnes.

Résumé

Objectifs : Analyser les connaissances autour de la profession de sage-femme, déterminer l'influence des sources d'informations, définir le suivi gynécologique des femmes et analyser la représentation sociale des sages-femmes.

Méthodes : Une étude descriptive sur Valence, entre août 2018 et février 2019, a permis d'interroger le public à propos de leurs connaissances de la profession, de leurs sources d'information, du suivi gynécologique et de réaliser un recueil de la représentation sociale de la sage-femme grâce à la méthode de J.C.ABRIC.

Résultats : Sur les 149 participants, la médiane des réponses correctes était de 38,46%. Les principales sources d'informations étaient l'expérience personnelle et l'entourage. Une femme sur six n'avait pas de suivi gynécologique. La représentation sociale avait en majorité une connotation positive mais était restreinte au contexte de l'accouchement.

Conclusion : Seules les compétences anciennes de la sage-femme sont bien connues. Le fait d'avoir déjà rencontré une sage-femme enrichit et modifie les connaissances et la représentation de la profession.

Mots clés : sages-femmes, compétences professionnelles, suivi gynécologique, représentation sociale.

Abstract

Objective: Analyse what is known about the profession of midwife, determine the influence of the sources of information, define women's gynaecological follow-up and analyse the social representation of midwives.

Methods: From August 2018 to February 2019, a descriptive study in Valence made possible the questioning of the public on several points: their knowledge about the profession, their sources of information and gynaecological follow-up. Thanks to ABRIC's method, many opinions about the social representation of midwives were collected.

Results: Out of 149 participants, the median of correct answers was 38,46%. The main sources of information were personal experience and close people. One in six women did not have any gynaecological follow-up. The social representation of midwives was mainly positive, but was restricted to the delivery.

Conclusion: Only the traditional skills of midwives are well-known. Having met a midwife enriches and modifies knowledge and representation of the profession.

Key-words: midwives, professional skills, gynaecological follow-up, social representation.