



HAL
open science

Autonomie professionnelle des sages-femmes : freins et leviers

Clara Frau

► **To cite this version:**

Clara Frau. Autonomie professionnelle des sages-femmes : freins et leviers. Gynécologie et obstétrique. 2020. dumas-03001804

HAL Id: dumas-03001804

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03001804v1>

Submitted on 12 Nov 2020

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

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



Faculté des sciences
médicales et paramédicales

Aix-Marseille Université

Ecole de Maïeutique

Autonomie professionnelle des sages-femmes Freins et leviers

Présenté et publiquement soutenu

Le 06 Avril 2020

Par

FRAU Clara
Née le 05 Juillet 1996

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme
Année universitaire 2019 – 2020

Membres du jury (par ordre alphabétique) :

- DESCAMPS Mylène, sage-femme enseignante (directeur de mémoire)
- HASSLER Pascale, sage-femme enseignante
- ROCHETTE Aurélie, sage-femme

AIX MARSEILLE UNIVERSITE

Ecole de Maïeutique

Autonomie professionnelle des sages-femmes Freins et leviers

FRAU Clara
Né(e) le 05 Juillet 1996

Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'état de Sage-Femme

Année universitaire 2019 – 2020

Validation 1^{ère} session 2020 : **oui** **non**

Mention : Félicitations du Jury

Très bien

Bien

Assez bien

Passable

Validation 2^{ème} session 2020 : **oui** **non**

Mention :

Visa et tampon de l'école

**Autonomie professionnelle des sages-femmes
Freins et leviers**

Remerciements

Je remercie ma directrice de mémoire Mme Mylène DESCAMPS pour sa disponibilité et ses conseils tout au long de ce mémoire.

Je ne remercierai jamais assez mes parents pour tout l'amour et le soutien qu'ils m'ont apporté depuis le début, sans eux rien n'aurait été possible. Merci pour leur patience et encouragements dans mes nombreux moments de doutes et d'angoisses. Je ne vous en serai jamais assez reconnaissante.

Merci à ma mère pour son aide, ses relectures, ses retranscriptions,

Merci à mon père pour ses allers, ses retours, ses longs trajets, sa disponibilité,

Merci à ma petite sœur pour sa positivité, sa note de fraîcheur, merci de me faire rire et d'être toujours présente (à jamais ... 5-5-5).

Merci à Edgar de m'avoir soutenue dans mes choix et d'avoir partagé avec moi les meilleurs moments de ma vie, aux moments les plus difficiles. Ton amour ne m'a procuré que confiance et stabilité. Merci d'être présent à mes côtés.

Merci à mes amies :

Marie, une amitié tissée pendant cette difficile année de PACES, à nos sandwichs mangés le mercredi midi, merci pour ta bonne humeur.

Serena et Marion, rencontrées à l'école de sage-femme, merci d'avoir embelli ces années d'études. A nos nombreuses soirées sushi ...

Un merci particulier à Manon, mon amie de toujours. Ces deux années de PACES à se soutenir, n'ont fait que renfoncer notre amitié. A toutes les fois où nos études nous ont empêché de nous voir, merci d'avoir toujours été là dans les bons et mauvais moments.

Pour finir, j'aimerais remercier toutes les sages-femmes interrogées, qui ont consacré de leur temps pour répondre à mon mémoire et sans qui ce travail n'aurait jamais vu le jour.

SOMMAIRE :

I-	Introduction	1
II-	Matériel et méthode	3
	1) Définition et modalités de sélection de la population à étudier	3
	2) Choix de la méthode et conception de l'outil de collecte	4
III-	Résultats	6
	1) Perception de l'autonomie	6
	2) Structures	11
	3) Facteurs professionnels	14
	4) Facteurs individuels	17
IV-	Analyse et discussion	19
	A) Analyse	19
	1) Limites	19
	2) Biais	19
	B) Discussion	20
	1) Perception de l'autonomie	20
	a) Définition de l'autonomie	20
	b) Limites	21
	c) Evolutions	23
	d) Perceptions	25
	2) Structures	28
	a) Type I	29
	b) Type III	30
	c) Maternité privé	31
	3) Facteurs professionnels	32
	a) Compétences	32
	b) Responsabilité	33
	c) Droit de prescription	34
	4) Facteurs individuels	36
	a) Genre sexuel	36
	b) Expérience	37
V-	Conclusion	39
VI-	Bibliographie	41
VII-	Annexes	45
VIII-	Glossaire	67

I- Introduction

Depuis des millénaires la fonction de Sage-Femme existe.

Elle était autrefois appelée « *Ventrière* » durant le Moyen-Âge, puis « *Matrone* » pendant le 14^{ème} siècle pour finalement laisser place au terme de « Sage-femme » englobant la notion de sagesse et de savoir. Cette nouvelle appellation a permis une distinction entre sage-femme et matrone, car cette dernière n'était pas suffisamment formée à la science et à l'art de l'accouchement, leur savoir reposant alors essentiellement sur des observations et conseils que leur avaient apporté d'autres accoucheuses. (1)

Longtemps assimilée à une profession paramédicale et souvent considérée comme de simples exécutantes de médecins, nous avons pu voir, depuis des décennies, la constante évolution de cette profession. (2) (3)

Après la seconde guerre mondiale, les sages-femmes ont commencé à se tourner vers une profession salariale, à ce moment-là leur autonomie, qui était jusque-là entière, s'est retrouvée diminuée par la présence de médecins ; cette situation ayant participé à la crise identitaire de notre profession. (4) (5)

De nombreuses réformes, dont par exemple, celle de la revendication statutaire des sages-femmes hospitalières en 2015 (6), ont permis à cette profession une extension des droits de prescription, une revalorisation et un repositionnement de la profession sage-femme pour permettre de l'imposer comme profession médicale à part entière. (7)

Ce mémoire traitera de la perception de l'autonomie professionnelle des sages-femmes. Pour commencer, nous pouvons tout d'abord définir les mots suivants : la perception, l'autonomie et sage-femme.

Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) (8), la perception désigne une « *opération psychologique complexe par laquelle l'esprit en organisant les données sensorielles se forme une représentation des objets extérieurs* ».

Le CNRTL définit aussi l'autonomie par le « *fait de se gouverner par ses propres lois, par la faculté de se déterminer par soi-même, de choisir, d'agir librement* ». (9)

Le dictionnaire LAROUSSE la définit quant à lui comme la « *capacité de quelqu'un à être autonome, à ne pas être dépendant d'autrui ; caractère de quelque chose qui fonctionne ou évolue indépendamment d'autre chose* ». (10)

Le CNRTL définit une sage-femme comme une « *auxiliaire médicale diplômée dont le métier est d'assister les femmes pendant leur grossesse et pendant leur accouchement et de prodiguer les premiers soins aux nouveau-nés* ». (11)

En revanche pour le dictionnaire LAROUSSE, la sage-femme est un « *praticien exerçant une profession médicale à compétence limitée au diagnostic et à la surveillance de la grossesse, et à la pratique de l'accouchement* ». (12)

Comme nous avons pu le voir, certaines définitions de la sage-femme sont erronées et ne permettent pas de la définir comme une profession autonome car une sage-femme vue comme une « *auxiliaire médicale* » sous-entend qu'elle apporte son aide à une personne dans la réalisation d'un acte.

Malgré de nombreuses réformes et une définition de la profession pas toujours juste, un doute persiste encore sur la réelle autonomie des sages-femmes. Une sage-femme est-elle totalement autonome ? Existe-il une réelle autonomie dans la profession de sage-femme ? Que pensent les sages-femmes de leur autonomie professionnelle ?

Pour répondre à ces questions, une étude qualitative phénoménologique a été réalisée. La question de recherche de ce mémoire est donc la suivante : « *Quelles sont les perceptions des sages-femmes, exerçant dans différents secteurs d'activités, sur leur propre autonomie professionnelle ?* ».

Notre objectif principal sera donc d'explorer les perceptions des sages-femmes sur leur autonomie professionnelle.

L'objectif final de ce mémoire est de promouvoir l'autonomie des sages-femmes.

I- Matériel et méthode

L'objectif de ce mémoire était d'explorer les perceptions des sages-femmes sur leur autonomie professionnelle. L'objectif final était de promouvoir la profession des sages-femmes.

Pour cela, une étude qualitative avec méthode phénoménologique a été nécessaire. La perception de l'autonomie est très personnelle et subjective.

Pour mener cette étude, nous avons interrogé 10 sages-femmes de différents secteurs.

Une carte conceptuelle a été réalisée afin de recueillir les informations nécessaires auprès des sages-femmes choisies.

Le principe de l'étude phénoménologique vise à comprendre un phénomène du point de vue des personnes qui en font l'expérience. Le but est de décrire l'expérience telle qu'elle est vécue et rapportée par des personnes touchées par un phénomène précis.

1) Définition et modalités de sélection de la population à étudier

➤ Identification et définition des méthodes de sélection de la population étudiée

Cette étude a inclus des sages-femmes, de tout âge, étant en activité professionnelle lors de nos entretiens. Le but était de connaître leur perception actuelle sur l'autonomie professionnelle des sages-femmes ; nous avons donc décidé de ne pas inclure les sages-femmes étant à la retraite ou ne travaillant pas actuellement.

Il s'agit ici d'un choix raisonné c'est-à-dire que nous avons choisi les sages-femmes sur la base du volontariat, le but étant d'interroger 2 sages-femmes par type de maternité et par secteur minimum jusqu'à épuisement des données.

➤ Critères d'inclusion / exclusion et non inclusion

- Inclusion : être sage-femme diplômée, être en activité professionnelle, avoir eu son diplôme en France.

- Non inclusion : ne pas être diplômée en France, ne pas être en activité (chômage, retraite), les étudiants et les enseignants sages-femmes.
- Exclusion : refus de l'entretien et l'absence de réponses.

➤ Terrain

Les sages-femmes interviewées pour cette étude ont été choisies dans des maternités de différents secteurs et de différents types dans la région Provence Alpes Côtes d'Azur (PACA) et plus particulièrement dans les Bouches-du-Rhône.

Notre choix s'est porté sur des maternités publiques, privées et un cabinet libéral.

Les maternités publiques choisies ont été celles de La Ciotat (type I), Aubagne (type I) ; l'hôpital de la Conception (CHU de type III).

Pour la clinique privée nous avons sélectionné la clinique Bouchard (type IIa).

Notre choix pour une maternité de type IIb a été la maternité, à but non lucratif, St Joseph.

Et pour finir, nous avons choisi un cabinet libéral situé sur la commune de La Ciotat.

L'intérêt d'avoir choisi différentes maternités était de voir si le lieu de l'exercice professionnel impactait ou non sur leur perception de l'autonomie professionnelle.

➤ Durée de l'étude

L'étude s'est déroulée de la période de mai à octobre 2019.

2) Choix de la méthode et conception de l'outil de collecte de données qualitatives

Comme support durant mes entretiens, nous avons choisi de réaliser une carte conceptuelle avec différentes thématiques à aborder. (I)

Le but de cette carte a été de nous guider tout le long de mes entretiens et ainsi permettre lors de l'analyse de nos résultats de comparer les réponses entre les différentes personnes interrogées.

L'objectif était de recueillir la perception de l'autonomie professionnelle des sages-femmes.

Grâce à la carte conceptuelle, nous avons pu, dans la majorité des cas, poser des questions ouvertes pour leur permettre de donner leur avis et leur sentiment sur la situation évoquée.

Neufs entretiens, dont un avec deux sages-femmes, ont été nécessaires pour obtenir la saturation des données.

Tous les entretiens ont été anonymisés et enregistrés à l'aide d'un enregistreur sonore d'un téléphone portable, après avoir obtenu l'accord des participantes.

Suite à la réalisation des entretiens, je me suis astreinte à les retranscrire fidèlement sur Microsoft Word dans leur intégralité afin de respecter les propos des sages-femmes. Dans un second temps, ils ont été analysés selon les différentes thématiques exposées ci-dessous :

Thèmes	Sous thèmes
Perception de l'autonomie	Définitions
	Limites
	Evolutions
	Perceptions
Structures	Type I
	Type III
	Privé
Facteurs professionnels	Compétences
	Responsabilité
	Droit de prescription
Facteurs individuels	Genre
	Expérience

Tableau 1 : Thèmes abordés durant les entretiens

II- Résultats

Pour une meilleure compréhension des tableaux, nous avons décidé de mettre deux couleurs différentes pour classer nos réponses en fonction des freins (bleu pâle) et leviers (bleu foncé) à l'autonomie professionnelle.

	Diplôme	Années d'expérience	Âge	Secteur	Durée entretien
Laure	2004	15 ans	40 ans	IIb - St Joseph	20 minutes
Céline	1999	20 ans	43 ans	IIa - Bouchard	15 minutes
Vanessa	1995	24 ans	47 ans	IIa - Bouchard	22 minutes
Valérie	2000	19 ans	42 ans	Libérale depuis 2011	31 minutes
Margot	2017	2 ans	26 ans	I - Aubagne	34 minutes
Béatrice	1993	26 ans	50 ans	I - La Ciotat	27 minutes
Noémie	2010	9 ans	31 ans	III - Conception	30 minutes
Nathalie	2004	15 ans	38 ans	III - Conception	30 minutes
Carole	2008	11 ans	33 ans	IIb - St Joseph	43 minutes
Jennifer	2000	19 ans	44 ans	Libérale depuis 2011	29 minutes

Tableau 2 : Présentation des sages-femmes

1) Perception de l'autonomie

Dans cette partie, nous parlerons des définitions de l'autonomie propre à chaque sage-femme, ainsi que des freins et leviers à cette autonomie. Pour finir nous aborderons la perception de l'autonomie par l'entourage personnel et par les professionnels de santé.

	Responsabilité	Exercice Solitaire	Prise de Décisions	Être libre	Actions	Compétences	Limites	Médical	Réseau
Laure									
Céline									
Vanessa									
Valérie									
Margot									
Béatrice									
Noémie									
Nathalie									
Carole									
Jennifer									

Tableau 3 : Définitions de l'autonomie

Aucune sage-femme n'a pu définir de manière identique le mot « *autonomie* ». En revanche, des groupes de mots sont souvent retrouvés chez les dix sages-femmes. En général, les sages-femmes utilisaient uniquement deux mots différents pour la définir.

L'autonomie était directement liée aux responsabilités d'une personne, mais ce uniquement pour six sages-femmes.

Certains groupes de mots sont régulièrement ressortis pour parler de l'autonomie, tels que : « *agir par ses propres moyens* », « *faire les choses par soi-même* », « *être libre de ses choix* », « *liberté* ».

Après avoir défini l'autonomie, l'interrogation a été posée sur la et/ou les limite(s) de leur autonomie.

	Pathologies	Hors champs de compétences	Travailler en équipe	Manque de connaissances	Droit de prescription
Laure					
Céline					
Vanessa					
Valérie					
Margot					
Béatrice					
Noémie					
Nathalie					
Carole					
Jennifer					

Tableau 4 : Limites de l'autonomie

Pour huit sages-femmes sur dix la limite de leur autonomie restait la pathologie.

Cependant pour Valérie et Carole, la limite entre la physiologie et la pathologie était très mince. Valérie expliquait que « *le doute s'installe quand même facilement* » (L 17), elle déclarait aussi que « *si j'ai un doute c'est qu'on est dans la physio ou dans la patho* » (L19).

Carole quant à elle disait que « *c'est toujours compliqué de savoir quand passer la main* » (L115-116), elle expliquait aussi que « *même après 10 ans de carrière ça l'est toujours* » (L117).

Pour d'autres sages-femmes, la limite de leur autonomie était plutôt liée au champ de compétences c'est-à-dire au code de déontologie.

Vanessa déclarait que « *c'est légiféré tout ça ! il y a un code de déontologie donc je ne vais pas aller au-delà* » (L14-15).

Nathalie parlait de « *nos statuts professionnels, c'est clairement dit dans les lois ce qu'on peut faire et ce qu'on ne peut pas faire* » (L11 à 12).

La question de la et/ou les évolution(s) dans leur métier, depuis leur diplôme, a été formulée.

	Expérience	Âge	Suivi gynécologique	Liée aux protocoles / recommandations	formation continue	Aucune	Confiance
Laure							
Céline							
Vanessa							
Valérie							
Margot							
Béatrice							
Noémie							
Nathalie							
Carole							
Jennifer							

Tableau 5 : Evolutions professionnelles

Ici, nous avons pu remarquer que peu de sages-femmes exprimaient la même chose.

Quatre sages-femmes sur dix répondaient que les évolutions dans leur métier étaient liées à l'expérience professionnelle et à leur âge.

Béatrice expliquait « avec l'expérience oui mais après une évolution non » (L 9), elle a aussi dit « qu'avec le temps t'es mieux formée » (L14)

Jennifer quant à elle disait que « tu as aussi l'expérience qui rentre en jeu, tu as l'âge aussi » (L19), et également que « tu ne peux pas répondre de la même façon en fonction de ton parcours, de ton âge et de ton expérience » (L 33)

Pour d'autres sages-femmes, l'évolution de leur profession était plus liée au suivi gynécologique et aux formations continues qui s'offrent à elles.

Pour finir ce premier thème, nous nous sommes intéressées à la manière dont elles se sentaient perçues par les patientes mais aussi par les professionnels avec qui elles étaient amenées à travailler.

	infirmière	Pas reconnue	Perçue comme autonome	Région dépendante	Pas de réponse
Laure					
Céline					
Vanessa					
Valérie					
Margot					
Béatrice					
Noémie					
Nathalie					
Carole					
Jennifer					

Tableau 6 : Perceptions par la population générale et l'entourage

	Médecin dépendant	Confiance	Perçue autonome	Expérience	Caractère
Laure					
Céline					
Vanessa					
Valérie					
Margot					
Béatrice					
Noémie					
Nathalie					
Carole					
Jennifer					

Tableau 7 : Perceptions par les professionnels de santé

Dans l'ensemble, pour 7 sages-femmes sur 10, elles ne se sentaient pas reconnues en tant que telles par les patientes.

Pour en citer quelques-unes, Valérie déclarait que « *on n'a pas idée qu'une sage-femme pouvait nous accompagner en libéral* » (L98) ou alors « *elles ne le savent pas, elles sont pas informées d'emblée* » (L111).

Noémie expliquait que « *on sait que la sage-femme c'est pas un métier connu* » (L163).

Nathalie quant à elle expliquait que « *ma sœur après son accouchement m'a dit 'ah mais je ne savais pas que c'est ça que tu faisais'* » (L166).

En ce qui concerne la perception par les professionnels de santé de la profession de sage-femme, cinq sages-femmes interrogées pensaient que l'autonomie est médecin dépendant.

Quatre sages-femmes pensaient que la perception des professionnels est liée à la confiance qu'ils ont envers la sage-femme de garde.

En revanche, six sages-femmes pensaient que les professionnels de santé les perçoivent comme profession autonome.

2) Structures des maternités

Dans un second temps, nous avons abordé avec les sages-femmes les types de structures des maternités.

Grace à leurs réponses, nous avons pu les classer en trois sous thèmes : maternité de type I, de type III et maternité privé.

	Autonome par obligation	Protocolaires	Très Autonome	Anticipation	Seule	Pas d'avis
Laure						
Céline						
Vanessa						
Valérie						
Margot						
Béatrice						
Noémie						
Nathalie						
Carole						
Jennifer						

Tableau 8 : Autonomie en maternité de type I

Pour la moitié des sages-femmes, les sages-femmes exerçant en type I étaient considérées comme « très autonomes ».

Béatrice disait qu'en « type 1 on n'a pas le médecin sur place, donc t'es obligée d'anticiper la pathologie donc d'être plus autonome » (L53).

Carole elle disait que « les sages-femmes sont super fortes, elles sont super autonomes » (L95).

Jennifer quant à elle, expliquait que « l'autonomie tu l'as quand même plus dans une petite maternité parce que tu te retrouves souvent seule » (L159)

Pour d'autres sages-femmes, en maternité de type I les sages-femmes étaient autonomes par obligation car elles étaient souvent seules sur place.

	Moins d'autonomie	Présence d'étudiants en médecine	Autonome	Prise en charge optimale	Encadrement des étudiants	Pas d'avis
Laure						
Céline						
Vanessa						
Valérie						
Margot						
Béatrice						
Noémie						
Nathalie						
Carole						
Jennifer						

Tableau 9 : Autonomie en maternité de type III

En ce qui concerne les maternités de type III, six sages-femmes évoquaient la présence en continue d'étudiants en médecine. Trois autres précisait que le fait d'être en type III leur conférait moins d'autonomie.

Alors que pour trois autres interrogées, les sages-femmes de type III étaient autonomes.

	Autonomie limitée	Médecin dépendant	Autonome	Pas d'avis
Laure				
Céline				
Vanessa				
Valérie				
Margot				
Béatrice				
Noémie				
Nathalie				
Carole				
Jennifer				

Tableau 10 : Autonomie en maternité privé

En ce qui concerne les cliniques privées, les réponses étaient quasiment similaires, ces différents témoignages montraient que l'autonomie dépend du médecin.

Laure expliquait que « *tu ne fais rien sans l'accord du médecin donc tu n'es absolument pas autonome* » (L27).

Céline, elle disait que « *c'est totalement gynéco dépendant* » (L67).

Vanessa quant à elle déclarait que « *dans le privé ton autonomie est carrément variable d'un médecin à un autre* » (L98).

Carole expliquait que « *on applique les habitudes de chaque médecin, donc il faut s'adapter à chaque médecin, l'autonomie est bien trop limitée pour moi* » (108-109).

3) Facteurs professionnels

Dans un troisième temps, nous avons questionné ces professionnels sur leurs ressentis concernant leurs compétences professionnelles.

	Dépassements de tâches	Mauvaises connaissances par les Professionnels	textes législatifs	Évolution professionnelle	pratique quotidienne	Formation continue	Être plus autonome	Connaissances
Laure								
Céline								
Vanessa								
Valérie								
Margot								
Béatrice								
Noémie								
Nathalie								
Carole								
Jennifer								

Tableau 11 : Compétences

L'analyse des entretiens a dévoilé que, pour plus de la moitié des sages-femmes, la formation continue reste un moyen pour elles de développer de nouvelles compétences et d'être informées de nouvelles pratiques.

Béatrice expliquait que « *je pense être compétente dans pas mal de choses et dans celles où je ne suis pas compétente je me forme* » (L76).

Nathalie disait que « *c'est une remise en question constante, ça permet de t'évaluer, ça permet de toujours apprendre et de diversifier notre activité* » (L265-266).

Certaines considéraient leurs compétences professionnelles comme un dépassement de tâches. En effet, elles pensaient qu'elles dépassaient les limites de leurs champs de compétence.

La moitié des sages-femmes interrogées déclarait qu'il y avait une méconnaissance de leurs compétences par les professionnels de santé.

Nous avons aussi abordé avec elles la responsabilité professionnelle des sages-femmes.

	Totalement responsables	Meilleure protection dans le public	Protection par la structure hospitalière	Responsabilité partagée	responsabilité importante	En lien avec nos compétences
Laure						
Céline						
Vanessa						
Valérie						
Margot						
Béatrice						
Noémie						
Nathalie						
Carole						
Jennifer						

Tableau 12 : Responsabilité des sages-femmes

Pour huit sages-femmes, leur responsabilité était totalement engagée dans la réalisation d'un acte et non celle du médecin de garde si elles commettaient une faute.

Trois sages-femmes déclaraient être protégées par la structure hospitalière si une faute était commise.

Trois sages-femmes intégraient la notion de responsabilité « importante ».

Margot précisait « *on a déjà beaucoup de responsabilités et de choses à faire* » (L184).

Noémie expliquait que notre responsabilité « *est grande, énorme... en fait nos responsabilités ne sont pas limitées, elles sont grandes mais avec des compétences limitées* » (L185-186).

Carole quant à elle racontait que la responsabilité ressemble à une « *chape de plomb qui me tombait sur les épaules* » (L253)

Nous leur avons ensuite demandé leur avis sur le droit de prescription propre à la sage-femme.

	Limité	Ne pas élargir	À élargir	Illogique	Pas de réponse
Laure					
Céline					
Vanessa					
Valérie					
Margot					
Béatrice					
Noémie					
Nathalie					
Carole					
Jennifer					

Tableau 13 : Droit de prescription

Huit sages-femmes nous avaient répondu que notre droit de prescription était limité.

Valérie disait que « *le droit de prescription n'est pas toujours adapté à l'élargissement de nos compétences* » (L6).

Nathalie expliquait que nous avions « *un droit de prescriptions qui est limité donc si elle est pas enceinte ou dans certaines conditions, tu n'as pas le droit au même médicament* » (L210-211).

Quelques sages-femmes trouvaient notre droit de prescription illogique car selon elles, on ne pouvait prescrire qu'à des femmes enceintes alors qu'on peut faire du suivi gynécologique à des femmes qui ne sont pas enceintes.

La moitié des sages-femmes pensait qu'il faut l'élargir.

4) Facteurs individuels

	Rapport différent avec les médecins	Rapport différent avec les patientes	Expérience	Comportement et caractère	Pas de différence
Laure					
Céline					
Vanessa					
Valérie					
Margot					
Béatrice					
Noémie					
Nathalie					
Carole					
Jennifer					

Tableau 14 : Genre sexuel et autonomie

Pour sept sages-femmes, le genre sexuel n'avait pas d'impact sur l'autonomie professionnelle. Pour quatre personnes, seul le caractère et le comportement de la personne avaient un impact sur l'autonomie.

Béatrice disait que « *le caractère sexuel n'a pas de différence, c'est ce qu'il dégage* » (L43), « *c'est plus l'expérience et ton comportement* ». (L46)

Fabienne elle aussi déclarait que « *ton caractère y joue pour beaucoup* ». (L88)

Pour trois personnes, le genre sexuel entraînait un rapport différent avec les patientes.

Vanessa expliquait que « *il y a une différence du comportement des patientes (...) elles font plus confiance à un homme* ». (L90-91)

Quant à Valérie elle disait que « *culturellement parlant, (...) certaines femmes ont beaucoup d'à priori sur le suivi d'un sage-femme* ». (L159-160)

Pour deux autres sages-femmes il s'agissait plutôt d'un rapport différent avec les médecins, Nathalie disait « *moi jamais on m'avait dit bonjour de cette façon* ». (L115)

Céline expliquait qu'avec l'homme de son équipe « *ça passe mieux avec les gynécos, il n'y a pas du tout le même rapport* » (L61-62) ; elle rajoutait que « *même dans la façon de s'exprimer c'est plus d'égal à égal* » (L64)

Pour finir, nous avons parlé de l'impact que pouvait avoir l'expérience professionnelle et/ou personnelle sur l'autonomie.

	Remise en question	Âge	Evolution de l'autonomie	Confiance	Formations continues	Parcours	Pas d'avis
Laure							
Céline							
Vanessa							
Valérie							
Margot							
Béatrice							
Noémie							
Nathalie							
Carole							
Jennifer							

Tableau 15 : Expérience et autonomie

Pour la moitié des sages-femmes interrogées, l'expérience entraînait une évolution de l'autonomie.

Béatrice disait que « avec le temps t'es mieux formée (...) tu n'es plus la même sage-femme que quand tu débutes ». (L4-15)

Carole expliquait qu'il « ne faut pas rester sur ses acquis ». (L270), « y'a toujours des choses à apprendre ». (L276)

Pour cinq autres sages-femmes, la confiance (que ce soit la confiance en soi, celles des médecins, ou celle de l'entourage) jouait un rôle dans l'expérience professionnelle.

Valérie disait que « (...) mon compagnon qui est super accompagnant et qui me met beaucoup en confiance (...) ça m'a permis des fois de prendre des décisions plus en autonomie » (L329-331), « l'autonomie elle est quand même liée aussi à la confiance en soi » (L336).

Pour trois sages-femmes, la formation continue avait un rôle essentiel dans l'expérience.

III- Analyse et discussion

A-Analyse

1) Limites

Les obstacles rencontrés lors de ce mémoire ont été principalement l'absence de réponses des coordinatrices de certaines maternités pour participer au mémoire ainsi que celles des sages-femmes de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) de Marseille.

Je pourrais rajouter qu'une des limites rencontrées a été une bibliographie peu importante car l'autonomie professionnelle des sages-femmes ainsi que la perception de leur autonomie sont des thèmes peu abordés.

2) Biais

Le premier biais rencontré a été le rajout d'un item après avoir réalisé deux entretiens. Il me semblait évident de rajouter dans la carte conceptuelle une partie sur le droit de prescription des sages-femmes. C'est pour cela que mes deux premiers entretiens ne répondent pas à la question sur cette partie. En revanche, nous avons décidé de les garder dans cette étude car le contenu était utile pour ce mémoire.

Je pourrais aussi rajouter la présence d'un biais de subjectivité car nous avons réalisé un seul entretien avec deux sages-femmes, cela a pu modifier leurs réponses. En effet, j'ai dû réaliser cet entretien car les deux sages-femmes me l'ont proposé par commodité et préféré le faire en une seule fois. Malgré ce biais, il a été intéressant d'observer les échanges d'informations entre ces deux personnes.

B- Discussion

1) Perception de l'autonomie

a) Définition de l'autonomie

Avant de poser une question sur l'autonomie, nous avons d'abord cherché une définition exacte de l'autonomie.

D'après le CNRTL (9), il s'agit de la « *faculté de se déterminer par soi-même, de choisir, d'agir librement* » mais aussi de « *liberté, indépendance morale ou intellectuelle* ».

Pour le dictionnaire LAROUSSE (10), c'est la « *capacité de quelqu'un à être autonome, à ne pas être dépendant d'autrui* ».

L'article R.4127-307 (13) du code de la santé publique stipule qu'une sage-femme « *ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit* »

Nous avons commencé les entretiens en demandant aux sages-femmes de définir en seulement trois mots l'autonomie professionnelle.

Comme nous avons pu le voir, aucune définition identique n'a été retenue. Certains groupes de mots se ressemblent entre chaque sage-femme, comme le mot « *responsabilité* » qui a été utilisé par six sages-femmes pour définir l'autonomie.

Valérie, a mis en lien l'autonomie avec le fait de travailler en réseau, cela est sûrement dû au fait qu'elle travaille en libéral, car elle est la seule à avoir donné cette réponse.

Comme on peut le voir avec « *Le travail en réseau : un consensus ambigu et un manque d'outils* » de François-Xavier SCHWEYER (14), les caractéristiques principales du travail en réseau sont le « *poly exercice* » et la « *multi positionnalité* » dans le champ médical. L'auteur nous explique que le « *poly exercice* » est un gage de réussite professionnelle qui va permettre aux personnes travaillant dans ce réseau d'avoir accès à des informations privilégiées.

Le premier réflexe qu'a eu Noémie a été de chanter pour me donner une définition de l'autonomie, pour reprendre sa phrase : « *besoin de personne* », en référence à une chanson de Véronique Sanson.

Il est très intéressant qu'elle ait dit cette phrase, car la profession de sage-femme repose sur un travail pluridisciplinaire, nous ne travaillons pas seulement en collaboration avec les médecins

quand il s'agit de pathologies, nous travaillons aussi avec les pédiatres, les anesthésistes et les auxiliaires de puéricultures pour une meilleure prise en charge de nos patientes.

Nous noterons que deux notions s'opposent entre la perception des sages-femmes libérales et des sages-femmes hospitalières. En effet, les premières pensent que l'autonomie en secteur libéral est liée au travail en réseau, alors que les sages-femmes hospitalières assimilent l'autonomie professionnelle au fait de travailler seule.

Carole aussi a été la seule à relier directement l'autonomie au médical et au droit de prescription.

Nous pouvons remarquer qu'ici, ni l'âge de la personne, ni son lieu d'exercice influent sur la définition de l'autonomie. C'est-à-dire que les sages-femmes travaillant dans un même type de structure et étant en rapport d'âge ne donnent pas forcément la même définition de l'autonomie professionnelle.

b) Limites

Pour le dictionnaire LAROUSSE, (12) une sage-femme est un « *praticien exerçant une profession médicale à compétence limitée au diagnostic et à la surveillance de la grossesse et à la pratique de l'accouchement* ».

Nous avons demandé ensuite aux sages-femmes quelle(s) étai(en)t, pour elles, la ou les limite(s) de notre autonomie professionnelle.

Pour huit sages-femmes, la principale limite est la pathologie.

En revanche, pour Noémie et Nathalie, qui travaillent en type III, la limite est pour la première le fait de travailler en équipe et pour la seconde la limite de l'autonomie est reliée à nos statuts professionnels. (II)

Le code de la santé publique (15) précise grâce à l'article L 4151-1 que « *l'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant* » et l'article L 4151-3 « *En cas de pathologie maternelle, fœtale ou néonatale pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, et en cas d'accouchement dystocique, la sage-femme doit faire appel à un médecin* ».

Il est important de noter que la collaboration avec les autres professionnels de santé est indispensable dans le métier de sage-femme. Il faut garder en mémoire qu'une sage-femme s'occupe, en toute autonomie, des suivis de grossesse et accouchements physiologiques. Par contre, dès la découverte d'une pathologie, la sage-femme ne détiendra pas les compétences nécessaires pour la prendre en charge de la patiente.

Pour cette question nous pouvons remarquer que le niveau de maternité où travaillaient les sages-femmes à influencer leur réponse.

Celles travaillant en type III, qui font souvent face à de la pathologie et ayant l'habitude de travailler en collaboration avec les médecins n'ont pas déclaré que la « *pathologie* » était la principale limite de leur autonomie professionnelle.

Pourtant comme nous pouvons le voir avec le référentiel métier les sages-femmes sont compétentes dans la physiologie mais, dès qu'il s'agit d'une pathologie, les sages-femmes doivent adresser la patiente vers un médecin. Les sages-femmes devront réaliser des soins prescrits par les médecins. (16)

En revanche pour les sages-femmes exerçant en type I, leur principale limite est la pathologie car la plupart du temps, ce sont des sages-femmes qui se retrouvent seules sans médecin sur place. Pour elles, si une patiente ou une situation présente une pathologie, elles doivent appeler le médecin pour prendre le relais. Elles sont donc autonomes dans leurs décisions.

Pour Laure, le manque de connaissances est aussi une limite à notre autonomie professionnelle. Cette notion est retrouvée dans « *Autonomie* » de Philippe FORAY (17).

L'auteur explique que l'autonomie intellectuelle se développe à l'école c'est-à-dire que cette dernière donne aux étudiants tous les outils nécessaires pour développer leur autonomie et acquérir leurs connaissances.

La formation initiale en maïeutique doit nous donner les connaissances et compétences nécessaires pour que les étudiants puissent devenir des sages-femmes autonomes. (18)

Lors de la réponse de Béatrice, nous avons remarqué une légère différence avec les autres réponses, elle a précisé « *grosse pathologie* » en précisant la dystocie. Elle explique qu'en travaillant en type 1, elle est obligée de tout anticiper et de parfois dépasser ses compétences si le médecin n'est pas présent.

Pour rebondir sur sa réponse, nous pensons que le caractère de la personne influence son comportement. Ici Béatrice a un fort caractère et a connaissance de ses compétences.

Cette sage-femme n'a pas évoqué le cadre législatif de sa profession. Cela peut paraître inquiétant dans la mesure où elle exerce une profession encadrée sur le plan législatif et qui ne permet pas le dépassement de compétences.

c) Evolutions

La profession de sage-femme a connu de nombreuses évolutions. Les matrones n'étaient pas formées à l'art de la maïeutique, les seules connaissances qu'elles détenaient, reposaient sur leur propre expérience.

Nous avons demandé aux sages-femmes si elles avaient vu une évolution dans l'autonomie professionnelles des sages-femmes. En retranscrivant les entretiens, nous nous sommes rendus compte que les sages-femmes n'avaient pas compris la question de la même manière, ce qui est très intéressant car nous avons eu des réponses différentes pour les sages-femmes mais en même temps, certaines similitudes.

Nous pouvons classer ces réponses en deux parties, une liée au parcours personnel et une liée à la profession.

Pour ce qui est du parcours personnel, quatre sages-femmes (Laure, Valérie, Béatrice et Jennifer) ont expliqué que l'évolution qu'elles avaient vu dans leur profession était liée à leur expérience et à leur âge.

Cette idée est corroborée par Joël CADIERE dans « *Introduction : qu'est-ce que l'expérience ?* », (19) l'expérience est une incorporation acquise, apprise, transmise et éprouvée durant le parcours d'une personne. L'expérience se forme et se déforme en fonction des connaissances qui s'offrent à nous.

Trois sages-femmes ont dit que la confiance, que ce soit la confiance en soi ou alors la confiance qu'ont les médecins vis-à-vis des sages-femmes permettait une évolution dans l'autonomie.

L'expérience est liée à la confiance, c'est-à-dire qu'un médecin va avoir plus confiance en une sage-femme qui a de l'expérience ce qui va entraîner une plus grande autonomie.

Peut-on sous-entendre qu'en maternité de type I, les médecins connaissent plus les sages-femmes car il s'agit d'une petite structure avec peu de sages-femmes, et ils ont donc plus confiance en elles.

A l'inverse dans une maternité de type III, il y a beaucoup plus de sages-femmes présentes, les nombreux médecins ne peuvent pas forcément toutes les connaître, donc peut être avoir moins confiance en elles.

Le mémoire (20) « *Etat des lieux des connaissances des compétences légales des sages-femmes en salle de naissance : quelle collaboration entre sages-femmes et médecins ?* » de Camille PARIS, sage-femme, souligne le fait que les médecins n'ont pas confiance envers les sages-femmes ce qui les pousse à réaliser certains actes à leur place. Cela entraîne donc une diminution de l'autonomie des sages-femmes car elles ne peuvent pas réaliser tous les actes qui leur sont permis. Les médecins interrogés travaillaient dans un établissement public de type III.

Pour ce qui est de l'évolution liée à la profession, nous pouvons faire ressortir trois thématiques : le suivi gynécologique, les recommandations (et protocoles de service) et la formation continue.

Céline a expliqué que les « *sages-femmes de son temps* » ne faisait pas de gynécologie, il en est de même pour Valérie qui a insisté sur le fait qu'au moment de l'obtention de son diplôme, elle n'a pas été formée au suivi gynécologique et travaillant en libéral il s'agit d'une évolution importante pour elle.

Il s'agit en effet d'une évolution majeure dans la profession, avant 2009 les sages-femmes ne faisaient pas de suivi gynécologique, ni de consultation de contraception, il s'agissait d'un acte destiné aux médecins mais depuis la loi HPST du 21 Juillet 2009 les sages-femmes sont autorisées à assurer des consultations de gynécologie préventive et de contraception si la femme est en bonne santé. (21) (22)

L'extension de nos compétences participent donc à notre autonomie professionnelle.

Trois sages-femmes ont expliqué l'importance de la formation continue. Il s'agit pour elles d'un moyen de se former sur des aspects de notre profession où l'on se sent moins compétente et ainsi permettre une évolution de notre autonomie.

Grace à la loi du 21 Juillet 2009, le Développement Professionnel Continu (DPC) a permis aux sages-femmes de réaliser une évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, tout en améliorant la qualité et la sécurité des soins. Les sages-femmes sont dans l'obligation de faire une action de DPC tous les trois ans minimums. (23)

Il est nécessaire pour une sage-femme d'avoir une continuité entre théorie et pratique car les pratiques et recommandations ne cessent d'évoluer.

L'évaluation des pratiques professionnelles permet une mise à jour des connaissances et des nouvelles pratiques ainsi qu'une amélioration des nouvelles technologies. Cette évaluation permet d'éviter un écart entre le savoir médical et les pratiques actuelles. (24)

C'est pourquoi pour Béatrice, la formation continue permet de ne pas être la même sage-femme qu'à ses débuts, ça lui accorde une sécurité si elle doit agir dans l'urgence. Elle a rajouté que la formation continue permet aux sages-femmes d'être plus autonome et plus expérimentée.

De plus, un arrêté en 2009 a permis d'inclure la formation de maïeutique à la première année commune aux études de santé (PACES), puis en 2014 le grade master a été accordé aux étudiants sages-femmes. Cela a permis une reconnaissance de nos études ainsi que le développement de la recherche pour les sages-femmes. (25)

Cette intégration universitaire n'a pas été évoquée par les personnes interrogées.

Pourtant, l'universitarisation des études et la formation continue des sages-femmes participent à l'autonomie professionnelle.

Cela rejoint donc l'idée de Nathalie qui expliquait que la plus grande évolution qu'elle ait connue depuis son diplôme était l'équivalent du grade master.

d) Perceptions

Nous allons commencer par les perceptions de l'entourage et de la population générale.

Après l'analyse de nos entretiens, nous avons pu remarquer que nous pouvions classer les réponses en perceptions positives et négatives.

Pour ce qui est de la perception positive, Laure et Margot ont déclaré que les sages-femmes étaient perçues comme autonomes par les patientes. Laure a expliqué que les patientes avaient « *une meilleure approche de notre métier* », ce qui n'était pour elles pas le cas il y a quelques années.

Le mémoire d'Adeline ARQUIER, sage-femme, qui porte sur « *Les représentations sociales de la profession de sage-femme chez des femmes enceintes après les manifestations d'octobre 2013* » (26) tend aussi dans ce sens, elle a expliqué que depuis 2013 les patientes ont une meilleure connaissance de la profession ainsi qu'une meilleure connaissance de leurs compétences.

Jennifer pense que la perception des patientes sur notre autonomie professionnelle est région dépendante, elle explique que dans notre région les patientes sont encore très « *gynécologue*

dépendant ». Elle a expliqué qu'elle s'en était aperçue pendant les grandes vacances où des patientes d'autres régions n'étaient jamais suivies par un médecin.

Le mémoire d'Anaïs GAUVAIN, sage-femme, sur « *La perception de la profession de sage-femme par les femmes* » (27) fait en région de Basse Normandie, corrobore l'idée de Jennifer que la perception de l'autonomie des sages-femmes peut être région dépendante. Ici, l'auteure du mémoire explique qu'il y a une migration importante des patientes vers les cabinets libéraux des sages-femmes en émettant l'idée que les représentations des sages-femmes tendent de plus en plus vers celles du « *gynécologue libéral* ».

Selon l'ordre des sages-femmes en 2017, en région PACA pour 2134 sages-femmes inscrites au conseil de l'ordre seulement 364 sont en activité libérale (soit environ 17,06%). En Auvergne Rhône Alpes pour 3133 inscrites, 569 sages-femmes sont en secteur libéral (soit environ 18,16%). (28)

Le nombre de gynécologues en région PACA étant de 108 alors qu'en région d'Auvergne Rhône Alpes le nombre de médecins spécialistes étant de 98, (29) la pénurie de gynécologues obstétriciens dans certaines régions peut expliquer l'augmentation du nombre de sages-femmes libérales dans ces mêmes régions.

Pour ce qui est des perceptions négatives, Laure a expliqué qu'il y a quelques années, les patientes l'assimilaient à une infirmière et non à une sage-femme. Cela est probablement dû au fait que pendant des années les études de sages-femmes avaient un socle commun avec les études d'infirmières.

En 1916, une restructuration des études de sages-femmes a été faite, une première année était nécessaire pour acquérir les soins généraux et la seconde année était dédiée à l'obstétrique et à la puériculture.(30) (31)

En 1943, la formation se déroulait désormais sur trois ans avec encore une première année commune aux études d'infirmières.

Il a fallu attendre 1973 avec la création des Instituts de formations aux soins infirmiers pour que les études de sages-femmes soient séparées de celles des infirmières.(1)

Dès la création du conseil de l'ordre des sages-femmes en 1945, la présidence a été directement attribuée à un médecin gynécologue et non à une sage-femme.(32)

Ce positionnement n'a pas permis à la profession de sage-femme d'être perçue comme une profession autonome. Il a fallu attendre 1995 pour qu'une sage-femme puisse être à la présidence du conseil de l'ordre.

Cette évolution a permis de conforter le fait que les sages-femmes font partie d'une profession autonome.

Sept sages-femmes pensent encore aujourd'hui que la profession de sage-femme n'est pas encore reconnue. D'après *Vocation Sage-femme* de 2017 : « *Représentations et connaissances des patientes sur le suivi gynécologique de prévention par les sages-femmes* », 20% pensent que les sages-femmes sont les moins compétentes pour un suivi gynécologique, 59% ne savent pas qu'une sage-femme peut réaliser un suivi. (33)

Nous pouvons voir dans un autre mémoire (34) « *Etat des lieux des connaissances des patientes à bas risque sur les compétences de la sage-femme et sur leur mode de recours aux soins gynécologiques et de périnatalité ; quelle contribution du PRADO maternité ?* » de Flavie NOIRCLERE DUBREUIL, sage-femme, que 16% des patientes interrogées savaient que la formation des étudiants sages-femmes durait 5 ans. On peut rajouter que 30 à 73% des patientes ne connaissaient pas les actes médicaux que pouvaient réaliser une sage-femme. Il en ressort tout de même que le fait d'avoir eu une sage-femme libérale après son accouchement augmente les connaissances des patientes sur la profession de sage-femme.

Le développement de la profession de sage-femme libérale, le suivi gynécologique de prévention ainsi que le suivi de grossesse concourent à la reconnaissance professionnelle. Plus le suivi des femmes sera effectué par une sage-femme, meilleure sera leur reconnaissance.

Pour terminer, nous allons parler de la perception de l'autonomie professionnelle par les professionnels médicaux. Nous avons aussi classé les réponses en perceptions positives et négatives.

La moitié des sages-femmes interrogées ont l'impression que la perception de leur autonomie professionnelle varie en fonction du médecin avec qui elles sont amenées à travailler. Comme nous pouvons le voir dans *La Revue Sage-femme* (35): « *Connaissance des représentations professionnelles de la profession sage-femme* », cette étude montre une différence de perception entre les médecins et les sages-femmes envers la profession de maïeutique. Pour définir notre profession, les sages-femmes vont aborder les thèmes d'indépendance professionnelle, de responsabilité et d'autonomie ; à l'inverse les médecins vont décrire un travail de technicité, de respect des règles et de formation continue. Cela peut laisser penser que les sages-femmes n'ont pas le sentiment d'être autonome aux yeux des médecins.

Dans la revue de 2014 (36) « *Accompagner la naissance* » de Samuele CAVALLI et Solène GOUILHERS-HERTIG, 43% des gynécologues obstétriciens pensent que les sages-femmes ne

seraient pas compétentes pour effectuer seules un suivi de grossesse. Ainsi nous comprenons que pour eux une sage-femme ne peut être autonome.

La thèse de médecine d'Emeline MEIGNEN portant sur la collaboration entre les médecins généralistes et les sages-femmes libérales fait en 2018, soulève un point important : la méconnaissance du métier de sage-femme entraîne souvent de la méfiance. Il est donc normal qu'une personne éprouvant de la méfiance envers quelqu'un ou envers ses capacités lui laisse moins d'autonomie ou la perçoive moins autonome. (37)

La méconnaissance de notre métier participe donc à une diminution de notre autonomie.

La notion de confiance est un élément primordial à prendre en compte dans ce genre de situation. Le dictionnaire Larousse définit la confiance comme un « *sentiment de quelqu'un qui se fie entièrement à quelqu'un d'autre, à quelque chose* » il s'agit aussi d'un « *sentiment d'assurance, de sécurité* ». Il est donc normal qu'un médecin ayant confiance en une sage-femme lui laisse plus d'autonomie dans ses décisions. Par la suite il la trouvera plus autonome. A l'inverse, un médecin n'ayant pas confiance en une sage-femme lui laissera moins d'autonomie.

Comme a dit Béatrice dans son entretien « *la confiance ça se gagne* ».

Les sages-femmes faisant partie d'une équipe pluridisciplinaire, sont obligées de travailler en collaboration avec les médecins, il s'agit avant tout de relation humaine, comme l'explique Michela MARZANO. Sans confiance il est compliqué d'envisager les relations humaines. (38)

Le travail pluridisciplinaire participe donc à l'autonomie.

2) Structures

Il faut savoir qu'il existe trois types de maternités : Niveau I, niveau II, niveau III. Le niveau de maternité est choisi en fonction de la prise en charge néonatale. (39) (40) (III)

Lorsque nous avons interrogé les sages-femmes sur les maternités, nous ne leur avons pas posé de questions sur un niveau de maternité en particulier. Nous leur avons demandé si elles avaient déjà travaillé dans un autre type de maternité que dans celui actuel et si elles avaient vu une différence.

a) Type 1

En niveau I, il s'agit de grossesse à bas risque, sans unité de néonatalogie où sont acceptées les grossesses à partir de 37 Semaines d'aménorrhée (SA) (39) (40)

Pour la plupart des sages-femmes, leur autonomie en maternité de type I est fortement liée à l'absence des médecins sur place.

Il faut tout de même savoir que lorsqu'il y a moins de 1500 naissances par an la décision d'être dans l'enceinte de la maternité ou d'être d'astreinte revient aux médecins de l'hôpital. (41)

Il est naturel de penser que dans une petite structure où le nombre de sages-femmes et de médecins n'est pas conséquent, le personnel a appris à se connaître. Il existe une connaissance de l'autre tant au niveau du caractère qu'au niveau des habitudes professionnelles qui ne peut pas forcément exister dans une grosse structure.

C'est pourquoi les sages-femmes travaillant en type I nous parlent de confiance et de connaissances.

Le médecin n'étant pas sur place et ayant besoin d'un certain temps pour venir sur son lieu de travail, il est nécessaire qu'il fasse confiance à la sage-femme de garde pour être plus « serein ».

Il faut savoir que même si une sage-femme est autonome et responsable de ses actes, le médecin gynécologue de garde sera toujours mis en cause si une erreur est commise. Comme dit Hume « *J'invite autrui à me faire confiance, mais je l'invite aussi à ruiner ma réputation si je manque à ce que j'ai promis* ». (38)

Les sages-femmes sont obligées d'anticiper la pathologie car elles doivent toujours prendre en compte la durée de trajet du médecin. Une sage-femme interrogée à même dû, dans l'urgence, utiliser un moyen d'extraction fœtale pour faire naître l'enfant plus rapidement.

Ici, nous ne pouvons pas dire que ce dépassement de tâches permet de prouver l'autonomie des sages-femmes, il s'agit plutôt d'une prise de risque, un engagement de la responsabilité de la sage-femme qui effectue un acte hors champ de compétences.

Margot a expliqué qu'elle arrivait plus facilement à discuter avec les médecins en type I que dans une autre structure. Elle a parlé d'échanges entre médecin et sage-femme, que chacun avait le droit d'exposer ses idées.

Il faut avant tout connaître et apprendre à connaître l'autre avant de pouvoir lui faire confiance. C'est en connaissant une personne qu'on arrive à lui faire confiance.

Il est certain que de nombreux facteurs rentrent en jeu comme, par exemple, l'expérience professionnelle. Il est clair qu'un médecin fera plus confiance en une sage-femme ayant de l'expérience qu'en une sage-femme nouvellement diplômée.

b) Type III

En niveau III, il existe une unité de réanimation néonatale. La prise en charge des grossesses de moins de 32 SA est acceptée. (39) (40)

Il est intéressant de noter que pour beaucoup de sages-femmes, la présence des étudiants enlève de l'autonomie.

Nous devons rappeler que même si un étudiant est responsable de ses actes (42) jusqu'à l'obtention de son diplôme, il est sous l'autorité et la responsabilité d'une personne ayant son diplôme.

Il faut savoir que la présence d'étudiants rajoute des responsabilités à la personne qui l'encadre. Elle va devoir le former à devenir un professionnel de santé, réaliser des actes en binômes pour lui laisser plus tard de l'autonomie. (43)

Il existe une nuance entre « *enlever de l'autonomie et des compétences* » (comme le disent les sages-femmes interrogées) et « *enlever des actes* ». Il est clair que l'étudiant va devoir réaliser certains actes à notre place pour apprendre à les faire. Mais une sage-femme aura toujours l'autonomie pour les décisions concernant sa patiente et ses compétences aussi.

Comme le dit le dictionnaire LAROUSSE une compétence est la « *capacité reconnue en telle ou telle matière en raison de connaissances possédées et qui donne le droit d'en juger* » ; elle s'acquiert donc avec l'obtention du diplôme. (44)

Nous pouvons rajouter que selon la Haute Autorité de Santé (HAS) l'encadrement des étudiants en stage permet aussi une évaluation et une amélioration des pratiques. Il fait partie du DPC (45).

Certaines pensent que la diminution d'autonomie en type III est liée à la présence de pathologies. Il est vrai qu'une sage-femme doit adresser une patiente à un médecin si elle décèle une pathologie lors d'une consultation. Par exemple, pour une patiente présentant une pathologie de la grossesse en salle d'accouchement, la sage-femme peut garder son autonomie sur le suivi du travail en suivant les protocoles du service. A la différence si une patiente présente une pathologie en suite

de couche, la sage-femme devra se référer au médecin et elle devra donc appliquer ses prescriptions.

Nous pouvons quand même dire que même si certaines sages-femmes pensent que le fait de travailler en type III enlève de l'autonomie, elles ne disent absolument pas qu'une sage-femme exerçant en niveau III n'est pas autonome.

c) Maternité privée

Les maternités privées à but lucratif, sont juridiquement des sociétés commerciales, au sein desquelles les sages-femmes travaillent à titre salarié.(46)

Pour certaines sages-femmes le fait de travailler en maternité privée leur enlève certaines compétences comme par exemple la réalisation d'un accouchement qui est pour beaucoup de sage-femme « l'apogée » de toute grossesse. Il s'agit d'un moment de partage ultime entre la sage-femme et le couple qu'elle a appris à connaître tout le long du suivi de travail.

Certaines sages-femmes peuvent ressentir de la frustration qui pourrait avoir un effet négatif sur la prise en charge des patientes.

Comme nous avons pu le voir sur le « terrain », en maternité privée la sage-femme se concentre sur tout le suivi de travail et ne réalise plus d'accouchements. Celui-ci va être réalisé par le médecin de la patiente.

Comme le dit l'Organisation Nationale Syndicale des Sages-Femmes (ONSSF) : une sage-femme travaillant dans un établissement de santé privé doit pouvoir exercer l'ensemble de ses compétences en toute indépendance. (46)

D'après les propos recueillis chez les sages-femmes travaillant en clinique, les protocoles ne sont pas nombreux et courants. C'est pourquoi les conduites à tenir diffèrent d'un médecin à un autre.

Le principe d'un établissement privé est qu'il existe une sorte de contrat oral entre le médecin et la patiente. En effet, si cette dernière choisit l'établissement où travaille son gynécologue c'est pour qu'elle puisse être accouchée par ce dernier.

Selon l'IRDES, les sages-femmes exerçant en clinique bénéficient d'une autonomie moins importante que dans les autres structures hospitalières. (47)

3) Facteurs professionnels

a) Compétences (IV)

Pour démontrer l'autonomie des sages-femmes nous leur avons parlé des compétences propres de la sage-femme.

Comme nous avons pu le voir précédemment, la formation continue fait partie intégrante du devoir d'une sage-femme. Pour certaines personnes interrogées elle constitue une évolution dans notre autonomie professionnelle. (23)

La formation continue permet aux professionnels de santé d'améliorer leurs qualifications ce qui va leur permettre de prendre plus de décisions ; une personne prenant des décisions fait donc de lui une personne autonome. (48)

Nous pouvons donc en conclure que la formation continue permet de rendre autonome une sage-femme.

Les sages-femmes interrogées ont mis en relation les « *pratiques quotidiennes* » avec l'autonomie professionnelle. Elles ont expliqué qu'une sage-femme ayant de l'expérience sera plus autonome qu'une jeune diplômée.

Le CNRTL (49) appuie cette idée car il définit l'expérience comme un « *ensemble de connaissances concrètes acquises par l'usage et le contact avec la réalité de la vie* ». Ce contact avec la « *réalité* » va donc permettre la construction de nouvelles connaissances. (50)

Les sages-femmes interrogées sous entendent que les compétences professionnelles sont assimilées à leur connaissances. Mais il faut savoir que les compétences professionnelles correspondent à ce qu'une sage-femme est autorisée à pratiquer dans sa profession, il s'agit des pratiques règlementées par des textes législatifs.

En revanche nos connaissances correspondent à quelque chose que nous avons appris.

Notre métier détient un champ de compétences élargies ; il est possible qu'une sage-femme ne réalisant pas certains actes dans sa pratique quotidienne ne puissent les réaliser par manque de connaissances.

A l'inverse, une sage-femme ayant les connaissances adéquates pourra réaliser plusieurs de ses compétences.

Les compétences intègrent les connaissances apprises ultérieurement.

Les sages-femmes ont abordé le sujet de dépassement de tâches, il faut tout d'abord savoir qu'il s'agit d'un acte réalisé par un professionnel qui n'en a pas la compétence réglementaire.(51)

Ce dépassement de tâches est souvent dû au manque de temps ou au manque de professionnels présent dans les hôpitaux incluant le privé et le public.(52)

Il peut aussi être dû au manque de connaissances du personnel avec qui nous sommes amenés à travailler.

Les sages-femmes interrogées ont déclaré que la mauvaise connaissance des professionnels de santé sur la profession de sage-femme pouvait influencer sur leur perception mais aussi sur nos compétences.

Comme nous l'avons vu précédemment, certains gynécologues (36) pensent que les sages-femmes ne sont pas compétentes pour effectuer un suivi de grossesse. Il est clair que ces médecins ne laisseront pas une sage-femme réaliser un suivi de grossesse ce qui lui enlèvera donc une compétence et lui donnera moins d'autonomie.

Comme on a pu le voir dans cette partie, les leviers à l'autonomie sont les compétences de la sage-femme, la formation continue et l'expérience professionnelle. A l'inverse le frein le plus important à l'autonomie est la méconnaissance des autres professionnels sur la profession de sage-femme.

b) Responsabilité

Le CNRTL (53) définit la responsabilité comme une « *obligation faite à une personne de répondre de ses actes du fait du rôle, des charges qu'elle doit assumer et d'en supporter toutes les conséquences* ».

La sage-femme est la garante de la physiologie mais la limite avec la pathologie est parfois très mince.

L'article R. 4127-35 du code de santé publique (54) déclare que : « *dès lors qu'elle a accepté de répondre à une demande, la sage-femme s'engage à assurer personnellement avec conscience et dévouement les soins conformes....* ». Une sage-femme détient donc des responsabilités.

La sage-femme engage sa responsabilité de manière personnelle et indépendante.

La responsabilité de la sage-femme ne repose pas sur une obligation de résultats mais plutôt sur une obligation de moyens. C'est-à-dire que tous les soins réalisés par la sage-femme doivent être conforme aux compétences que son autonomie professionnelle lui permet. (55)

Nous pouvons en déduire que la responsabilité d'une sage-femme sera toujours en lien avec ses compétences.

La sage-femme peut engager sa responsabilité civile, ordinale et pénale. En revanche, s'il s'agit d'une réclamation de nature indemnitaire, la responsabilité de l'établissement sera mise en cause. (56)

Certaines sages-femmes ont déclaré être protégées par la structure hospitalière en cas de fautes commises. Mais comme nous venons de le voir, la responsabilité de l'établissement sera seulement mise en cause s'il s'agit d'une faute nécessitant une indemnisation.

Une personne ayant des responsabilités devient donc de fait, une personne autonome et inversement, une personne autonome détient des responsabilités.

La responsabilité d'une sage-femme va aussi être engagée lors d'une prescription médicale.

Si la sage-femme exerce dans la fonction publique, la responsabilité de l'administration va être recherchée d'emblée pour une réparation financière.

Il en est de même pour la sage-femme exerçant en établissement privé, elle est protégée par l'article 1384 du Code Civile.

En revanche, la sage-femme libérale se verra responsable personnellement de ses actes. (57)

c) Droit de prescription

Le droit de prescription des sages-femmes est en constante évolution. Dès 1873 la sage-femme a été autorisée à prescrire.

C'est à partir de 1952 que les sages-femmes ont pu prescrire des préparations à base de substances vénéneuses. Mais c'est seulement en 2004 que le droit de prescription des sages-femmes a été révolutionné : un arrêté comportant une liste de classe thérapeutique autorisée aux sages-femmes a été créée. (57)

Les dernières mises à jour datent de 2016 autorisant les sages-femmes à prescrire des substituts nicotiques ainsi que des médicaments nécessaires à la prise en charge de la douleur dans le cadre de l'interruption de grossesse par voie médicamenteuse. (V)

Selon l'article L.4151-4 du code de la santé publique, les sages-femmes peuvent prescrire les « *dispositifs médicaux dont la liste est fixée par l'autorité administrative* ». Elles peuvent aussi prescrire les médicaments d'une « *classe thérapeutique figurant sur une liste fixée par arrêté ...* ». (58). Elles sont donc la seule profession médicale à détenir un droit de prescription limité et encadré.

Mais qu'est-ce qu'une prescription ? Il s'agit d'un acte médical consistant à demander la délivrance d'un médicament, la réalisation d'un examen biologique ou radiologique par exemple. La responsabilité de la sage-femme va être engagée lors d'une prescription médicale.

Plus de la moitié des sages-femmes interrogées ont déclaré que le droit de prescription des sages-femmes était limité.

Il est vrai qu'une sage-femme détient les compétences nécessaires pour réaliser un suivi gynécologique de prévention chez une patiente non enceinte. En revanche, elle devra l'envoyer consulter un médecin pour une prescription de certains médicaments.

On remarque ici toute l'ambivalence de notre métier. La distinction entre la physiologie et la pathologie est un élément primordial dans le droit de prescriptions.

Comme nous avons pu le voir dans nos entretiens, le lieu d'exercice des sages-femmes influe sur leur perception du droit de prescription.

En secteur hospitalier (public et privé) les sages-femmes sont moins « *gênées* » par la limite du droit de prescription car elles peuvent prescrire sous couvert du médecin de garde et des protocoles de services.

En revanche, les sages-femmes libérales ont plus de difficultés car elles doivent faire face à la méconnaissance de certains pharmaciens quant à notre droit de prescriptions. De plus, elles doivent faire face aux nombreux paradoxes se trouvant dans les textes législatifs abordant le droit de prescriptions.

Les sages-femmes sont habilitées à prescrire des arrêts de travail en cas de grossesse non pathologique pour une durée de quinze jours non renouvelable et non prolongeable. (59)

Le droit de prescription permet aux sages-femmes de travailler en toute indépendance et en toute autonomie dans la limite de leurs compétences.

Le droit de prescription des sages-femmes reste encore à élargir du fait de son incohérence. Selon les propos de certaines sages-femmes interrogées « *nous avons les compétences pour traiter une femme enceinte mais non une patiente qui ne l'est pas* ». Il est vrai que le droit de prescription en matière de suivi gynécologique n'est pas suffisamment élargi, les sages-femmes sont seulement habilitées à réaliser un suivi de prévention.

« *Ma Santé 2022* » (60), objectif de la stratégie nationale, en collaboration avec le conseil national de l'ordre des sages-femmes est d'étendre les compétences des sages-femmes en matière de prescription et de vaccinations. Le conseil de l'ordre souhaite aussi étendre les compétences des sages-femmes au dépistage des conjoints.

4) Facteurs individuels

a) Genre sexuel

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le sexe d'une personne se réfère aux « *caractéristiques biologiques et physiologiques qui différencient les hommes et les femmes* ».

Le mot genre quant à lui, sert à évoquer « *les rôles qui sont déterminés socialement, les comportements, les activités et les attributs qu'une société considère comme appropriés pour les hommes et les femmes* ».

L'OMS explique que les « *hommes* » et les « *femmes* » sont deux catégories de sexes tandis que les concepts de « *masculins* » et « *féminins* » correspondent à des catégories de genre. (61)

La profession de sage-femme a longtemps été une profession exclusivement réservée aux femmes. Il a fallu attendre 1982 pour que cette profession s'ouvre enfin aux hommes.

Pour beaucoup de sages-femmes interrogées, le caractère sexuel n'influe pas sur leur autonomie professionnelle. Le caractère ainsi que le comportement d'une personne, qu'importe son sexe, va influencer sur l'autonomie.

Adrien GANTOIS, sage-femme libérale explique que pour lui le « *genre a une incidence sur l'idée que l'on se fait du métier* », il va même jusqu'à dire que « *l'autonomie des sages-femmes est déniée c'est parce qu'elles sont femmes* ». (62)

Certaines sages-femmes interrogées ainsi qu'Adrien GANTOIS, pensent que le caractère sexuel modifie le rapport avec les patientes. Les patientes vont assimiler un maïeuticien à un médecin et non à un sage-femme. Alors qu'à l'inverse une femme sage-femme sera rarement assimilée à un médecin mais plutôt à une infirmière.

Pour Adrien GANTOIS, la présence d'hommes dans notre profession va permettre de faire évoluer notre image. Cette idée converge avec les propos de Philippe CHARRIER qui explique

que « *les représentations sociales associées aux professions à forte composante féminine sont empreintes d'une forme de dévalorisation* ». (62)

Comme nous venons de le voir, une différence existe entre ce que pensent les femmes interrogées et les propos tenus par des hommes. Les femmes pensent que le caractère sexuel n'a pas d'impact sur l'autonomie alors que les hommes pensent que leur présence dans la profession permettrait qu'ils soient reconnus.

L'article « *Des hommes chez les sages-femmes : vers un effet de segmentation ?* » de Philippe CHARRIER a démontré que la présence d'homme sage-femme n'entraîne pas de segmentation dans la profession mais qu'ils représentent un atout pour la professionnalisation des sages-femmes. (63)

On peut en conclure que le fait d'être un homme sage-femme ne modifie pas son autonomie professionnelle mais peut améliorer la reconnaissance professionnelle.

b) Expérience

Henri Fayol a écrit que l'expérience est « *le souvenir des leçons qu'on a soi-même tiré des faits* ». (64)

L'expérience professionnelle requiert trois facteurs essentiels : (64)

- L'individu lui-même,
- Le contexte c'est-à-dire la situation qui se présente à lui,
- Le système éducatif c'est-à-dire les enseignements que la personne a reçus.

L'expérience est le fruit d'une réflexion personnelle sur une situation donnée, c'est-à-dire que sur une même situation deux personnes n'en tireront pas la même expérience.

Le système éducatif quant à lui va permettre à un individu de se former, cela va lui permettre d'acquérir de nouvelles connaissances nécessaires à la pratique de sa profession.

Certaines sages-femmes interrogées ont expliqué que l'expérience professionnelle et personnelle permettait de se remettre en question. Jean VINCENS appuie cette idée en expliquant que certaines situations de travail permettent de faire une découverte sur soi-même.

La succession d'expériences permet aux sages-femmes de se créer une identité.

Comme l'ont expliqué les sages-femmes interviewées, la formation continue permet d'acquérir de nouvelles connaissances et ainsi détenir de l'expérience dans certaines situations. On peut donc dire que l'expérience professionnelle correspond à l'apprentissage par la pratique.

L'expérience associée à l'âge d'une personne permet d'avoir un meilleur recul sur une situation donnée.

La moitié des sages-femmes interviewées rapprochent la notion de confiance à celle de l'expérience. Il peut s'agir de confiance en soi comme de confiance en autrui.

Comme l'explique Chantal MASQUELIER- SAVATIER, la confiance s'appuie sur l'expérience passée et l'expérience en cours. (65)

L'expérience entraîne donc une autonomie supplémentaire aux sages-femmes ; plusieurs facteurs vont rentrer en compte tels que la confiance, l'âge, les formations continues. Une jeune diplômée aura donc moins d'expérience.

L'expérience s'acquiert tout au long de la vie.

IV- Conclusion

L'objectif principal de ce mémoire était d'explorer les perceptions des sages-femmes sur leur autonomie professionnelle dans le but de la promouvoir.

La perception étant quelque chose de subjectif et personnel, il a été intéressant de voir dans cette étude de nombreuses similitudes entre les différents propos des sages-femmes interrogées.

Il en est ressorti que la méconnaissance de notre profession par les professionnels de santé, ainsi que par les patientes, entraînait la plupart du temps une diminution de notre autonomie. Il est vrai que la méconnaissance entraîne souvent de la méfiance et engendre un frein à l'autonomie professionnelle.

La formation initiale des sages-femmes étant disparate dans l'union européenne, cela entraîne une mauvaise connaissance du cursus des étudiants français. Dans certains pays membres de l'union européenne, il s'agit d'une spécialisation après une formation initiale d'infirmière. Même si la première année commune aux études de santé a permis de nous différencier du modèle paramédical, cela ne permet toujours pas de reconnaître une sage-femme française comme une profession médicale.

En revanche, la confiance et l'expérience sont des leviers à l'autonomie professionnelle des sages-femmes. Il est important de savoir que les sages-femmes font partie d'une équipe pluridisciplinaire qui permet une meilleure prise en charge des femmes et de leur nouveau-né. La confiance est donc un élément essentiel à prendre en compte pour parler d'autonomie.

L'expérience s'acquiert grâce à la pratique et aux formations continues, elle s'acquiert grâce à nos expériences de vie mais aussi à nos expériences professionnelles.

Nous avons pu voir que la perception de l'autonomie varie en fonction de la structure de maternité. Une majorité des sages-femmes interrogées pensent qu'en établissement de santé privé l'autonomie est diminuée.

Nous nous sommes demandés si le genre sexuel pouvait avoir un impact sur l'autonomie professionnelle. Les sages-femmes interrogées sont toutes des femmes et pour elles, le sexe ne modifie en rien l'autonomie d'une personne.

En revanche, les hommes pensent que la profession serait reconnue plus autonome si le nombre de maïeuticiens augmentait. Pour certains, ils représentent un atout dans la professionnalisation des sages-femmes en France.

Les sages-femmes sont sous représentées dans la recherche en maïeutique. Elles devraient, après l'obtention d'une thèse, participer à la recherche pour pouvoir être reconnue en tant que profession autonome.

Les maisons de naissance (66) sont des structures autonomes qui, sous la responsabilité exclusive des sages-femmes, prennent en charge des patientes de manière moins médicalisée et dans le respect de la physiologie. En expérimentation en France depuis 2015, un rapport a été fait en novembre 2019 sur la qualité des soins prodigués en maison de naissance et il a été démontré de la bonne sécurité des soins.(67)

Le but des maisons de naissance est d'offrir un modèle de soins continus centré sur le patient avec une valorisation des soins de prévention. Le développement de ces maisons de naissances permettrait de reconnaître et d'accroître l'autonomie des sages-femmes françaises et de donner une image nouvelle de notre profession, tout en rappelant que nous sommes les spécialistes de la physiologie.

Un long chemin reste encore à parcourir pour que nous puissions être reconnue de tous en tant que profession indépendante et autonome.

V- Bibliographie

1. Morin PC, Enseignante S-F, Leymarie M-C, Directrice S-F. Évolution de la formation des sages-femmes. 2014;5.
2. Histoire de la profession [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 7 déc 2018]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/histoire-de-la-profession-3/>
3. Thomas C. L'accompagnement global par les sages-femmes. Démédicaliser la naissance, pour une autre gestion du risque. *Anthropol Santé Rev Int Francoph Anthropol Santé* [Internet]. 17 nov 2017 [cité 7 déc 2018];(15). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/2729>
4. Richard-Guerroudj N. Le rôle des sages-femmes, une comparaison. *France-Angleterre. Trib Santé*. 20 oct 2014;n° 44(3):85-91.
5. Schweyer F-X. La profession de sage-femme autonomie au travail et corporatisme protectionniste. *Sci Soc Santé*. 1996;14(3):67-102.
6. Instruction-n°2015-18-du-20-janvier-2015-relative-à-la-mise-en-œuvre-de-la-réforme-statutaire-des-sages-femmes-hospitalières..pdf [Internet]. [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/11/Instruction-n%C2%B02015-18-du-20-janvier-2015-relative-%C3%A0-la-mise-en-%C5%93uvre-de-la-r%C3%A9forme-statutaire-des-sages-femmes-hospitali%C3%A8res..pdf>
7. Touraine M. Des avancées sans précédent pour la profession de sages-femmes : Marisol Touraine annonce la création d'un statut médical de sages-femmes des hôpitaux. :2.
8. PERCEPTION : Définition de PERCEPTION [Internet]. [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/perception>
9. AUTONOMIE : Définition de AUTONOMIE [Internet]. [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/autonomie>
10. Larousse É. Définitions : autonomie - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/autonomie/6779>
11. SAGE-FEMME : Définition de SAGE-FEMME [Internet]. [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/sage-femme>
12. Définitions : sage-femme - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sage-femme_sages-femmes/70504
13. Code de la santé publique | Legifrance [Internet]. [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006196420&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
14. Schweyer F-X. Le travail en réseau : un consensus ambigu et un manque d'outils. *Sociol Prat*. 2005;n° 11(2):89-104.
15. Compétences-générales-des-sages-femmes.pdf.
16. REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf [Internet]. [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf>
17. Foray P. Autonomie. *Le Telemaque*. 1 juin 2017;N° 51(1):19-28.
18. eu3m_plaquette_formation_2016.pdf [Internet]. [cité 25 févr 2020]. Disponible

sur: https://maieutique.univ-amu.fr/sites/maieutique.univ-amu.fr/files/eu3m_plaquette_formation_2016.pdf

19. Cadière J. Introduction : Qu'est-ce que l'expérience ? Forum (Genova). 15 mai 2017;n° 151(2):8-12.
20. Paris C. État des lieux des connaissances des compétences légales des sages-femmes en salle de naissance: quelle collaboration entre sages-femmes et médecins? :83.
21. Suivi gynécologique et contraception [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/le-suivi-gynecologique-de-prevention-et-les-consultations-en-matiere-de-contraception/>
22. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 86. 2009-879 juill 21, 2009.
23. La formation continue : le DPC [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/formation/continue/>
24. [guide_epp_juin_2005.pdf](https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_epp_juin_2005.pdf) [Internet]. [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_epp_juin_2005.pdf
25. Textes essentiels [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/infos-juridiques/textes-essentiels/>
26. Arquier A. Les représentations sociales de la profession de sage-femme chez des femmes enceintes après les manifestations d'octobre 2013 Étude qualitative réalisée dans les départements des Bouches-du-Rhône et du Vaucluse. :151.
27. Gauvain A, Humbert X, Leglinel M-O, Giffard É. Perception de la profession de sage-femme par les femmes. *Vocat Sage-Femme*. nov 2019;18(141):23-9.
28. [proportion SFL .pdf](#).
29. Effectifs en gynécologie médicale France 2018 [Internet]. Statista. [cité 12 mars 2020]. Disponible sur: <https://fr.statista.com/statistiques/520339/nombre-medecins-gynecologie-medicale-region-france/>
30. Lemaitre C. Évolution de la formation des sages-femmes: de l'empirisme à la simulation de haute-fidélité. :79.
31. Sage-Pranchère N. L'appel à la sage-femme. La construction d'un agent de santé publique (France, xixe siècle). *Ann Demogr Hist*. 4 déc 2014;n° 127(1):181-208.
32. Histoire [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 5 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/ordre/histoire/>
33. Delepau C, Menecier P, Balsan M, Fernandez L. Représentations et connaissances des patientes sur le suivi gynécologique de prévention par les sages-femmes. *Wwwem-Premiumcomdatarevues16340760v16i127S1634076017300872* [Internet]. 21 juill 2017 [cité 25 févr 2020]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.lama.univ-amu.fr/article/1129292/resultatrecherche/1>
34. Dubreuil FN. État des lieux des connaissances des patientes à bas risque sur les compétences de la sage-femme et sur leur mode de recours aux soins gynécologiques et de périnatalité: quelle contribution du PRADO Maternité? :91.
35. Frégonèse C, Ratinaud P. Connaissance des représentations professionnelles de la profession de sage-femme. *Rev Sage-Femme*. 1 févr 2015;14(1):7-13.
36. Cavalli S, Gouilhers-Hertig S. Gynécologues-obstétriciens et sages-femmes dans le suivi de la grossesse : une complémentarité sous contrôle médical ? [Internet]. BSN Press; 2014 [cité 28 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/accompagner-la-naissance--9782940516148-page-85.htm?contenu=resume>

37. Meignen É. Comment se passe la collaboration entre les médecins généralistes et les sages-femmes libérales dans le suivi de la femme? Étude qualitative chez les sages-femmes libérales de la Seine-Maritime et de l'Eure. :90.
38. Marzano M. Qu'est-ce que la confiance ? Etudes. 1 janv 2010;Tome 412(1):53-63.
39. Grossesse normale [Internet]. [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.cngof.net/E-book/GO-2016/CH-31.html>
40. 09r26_synt_criteres_indications_transfert_pediatrique.pdf [Internet]. [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-01/09r26_synt_criteres_indications_transfert_pediatrique.pdf
41. Code de la santé publique | Legifrance [Internet]. [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006196700&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
42. MACSF.fr. Elèves et étudiants en santé : la RCP n'est pas obligatoire mais elle est vivement recommandée - MACSF [Internet]. MACSF.fr. [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.macsf.fr/Responsabilite-professionnelle/Cadre-juridique/eleves-etudiants-sante-rcp>
43. ste_20160012_0000_0056.pdf [Internet]. [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2016/16-12/ste_20160012_0000_0056.pdf
44. Larousse É. Définitions : compétence - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/comp%C3%A9tence/17648>
45. encadrement_de_stage._maitrise_de_stage.tutorat.pdf [Internet]. [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-06/encadrement_de_stage._maitrise_de_stage.tutorat.pdf
46. ONSSF » Les sages-femmes du secteur privé [Internet]. [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.onssf.org/exercice-salarie/prive/>
47. Midy F, Condiguy S, Delamaire M-L. La profession de sage-femme : trajectoires, activités et conditions de travail. 2005;4.
48. anakrys. Les avantages de la formation continue - Direct Emploi [Internet]. Directemploi.com. [cité 26 févr 2020]. Disponible sur: https://www.directemploi.com/actualite/formation_continue/2174/les-avantages-de-la-formation-continue
49. EXPÉRIENCE : Définition de EXPÉRIENCE [Internet]. [cité 26 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/exp%C3%A9rience>
50. Leblanc S, Sève C. Vidéo-formation et construction de l'expérience professionnelle. Rech Form. 2012;n° 70(2):47-60.
51. 2013_macsf.pdf [Internet]. [cité 28 févr 2020]. Disponible sur: http://www.afev-has.net/iso_album/2013_macsf.pdf
52. fiche17-3.pdf [Internet]. [cité 28 févr 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche17-3.pdf>
53. RESPONSABILITÉ : Définition de RESPONSABILITÉ [Internet]. [cité 28 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/responsabilit%C3%A9>
54. Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. - Article R. 4127-325. 2004-802 juill 29, 2004.
55. responsabilite-SAGE-FEMME-2016.pdf [Internet]. [cité 4 mars 2020]. Disponible sur: <https://static.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/2018/02/responsabilit%C3%A9-SAGE-FEMME-2016.pdf>

56. Responsabilité de la sage-femme hospitalière ? | MACSF [Internet]. [cité 28 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.macsf.fr/Responsabilite-professionnelle/Cadre-juridique/responsabilite-sage-femme-hospitaliere>
57. cnsf-dossiers-thematiques-2015-sage-femme-et-prescriptions-T1.pdf [Internet]. [cité 5 mars 2020]. Disponible sur: <https://static.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/2017/11/cnsf-dossiers-thematiques-2015-sage-femme-et-prescriptions-T1.pdf>
58. Code de la santé publique - Article L4151-4. Code de la santé publique.
59. Arrêts de travail [Internet]. [cité 5 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sage-femme/exercice-liberal/prescription-prise-charge/regles-exercice-formalites/arrets-travail>
60. rapport d'activité conseil de l'ordre.pdf.
61. OMS | Qu'entendons-nous par « sexe » et par « genre » ? [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 5 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/gender/whatisgender/fr/>
62. Magnan G. « Sage-femme, pourquoi une identité si fragile ? ». :5.
63. Charrier P. Des hommes chez les sages-femmes. Soc Contemp. 2007;n° 67(3):95-118.
64. Vincens J. Expérience professionnelle et formation. Agora Débatsjeunesses. 2001;25(1):55-67.
65. Masquelier-Savatier C. Se fier à l'expérience. Cah Gestalt-Thérapie. 2014;N° 33(2):110.
66. DGOS. Les maisons de naissance [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 8 mars 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-naissance>
67. Rapport_Maisons-naissance_2019-1.pdf [Internet]. [cité 8 mars 2020]. Disponible sur: http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2019/11/Rapport_Maisons-naissance_2019-1.pdf

VI- Annexes

Annexe I : Carte conceptuelle

Annexe II : Compétences générales des sages-femmes – Code de la santé publique

Annexe III : Critères d'indications de transfert pédiatriques – HAS

Annexe IV : Dépliant sur les compétences des sages-femmes – Conseil national des sages-femmes

Annexe V : Liste des médicaments autorisés aux sages-femmes – Code de la santé publique

Annexe VI : Grilles d'analyses des entretiens

Annexe I

Annexe II

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

Version au 28 octobre 2015

Les compétences générales des sages-femmes

Partie législative

Article L2122-1

Modifié par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 86 (V)

Toute femme enceinte bénéficie d'une surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement qui comporte, en particulier, des examens prénataux et postnataux obligatoires pratiqués ou prescrits par un médecin ou une sage-femme. La déclaration de grossesse peut être effectuée par une sage-femme. Lorsque, à l'issue du premier examen prénatal, la sage-femme constate une situation ou des antécédents pathologiques, elle adresse la femme enceinte à un médecin.

Le nombre et la nature des examens obligatoires ainsi que les périodes au cours desquelles ils doivent intervenir sont déterminés par voie réglementaire.

A l'occasion du premier examen prénatal, après information sur les risques de contamination, un test de dépistage de l'infection par le virus de l'immuno-déficience humaine est proposé à la femme enceinte. Le médecin ou la sage-femme propose également un frottis cervico-utérin, dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé

Article L4151-1

Modifié par LOI n°2011-814 du 7 juillet 2011 - art. 38

L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant, sous réserve des dispositions des articles L.4151-2 à L.4151-4 et suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession, mentionné à l'article L.4127-1.

L'examen postnatal peut être pratiqué par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique.

L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique.

Les sages-femmes sont autorisées à concourir aux activités d'assistance médicale à la procréation, dans des conditions fixées par décret.

Article L4151-2

Modifié par Loi n°2004-806 du 9 août 2004 - art. 103 JORF 11 août 2004

Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer les vaccinations dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

Article L4151-3

Modifié par Loi n°2004-806 du 9 août 2004 - art. 104 JORF 11 août 2004

En cas de pathologie maternelle, fœtale ou néonatale pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, et en cas d'accouchement dystocique, la sage-femme doit faire appel à un médecin. Les sages-femmes peuvent pratiquer les soins prescrits par un médecin en cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques.

Article L4151-4

Modifié par LOI n°2011-2012 du 29 décembre 2011 - art. 5

Les sages-femmes peuvent prescrire les dispositifs médicaux, dont la liste est fixée par l'autorité administrative, et les examens strictement nécessaires à l'exercice de leur profession. Elles peuvent également prescrire les médicaments d'une classe thérapeutique figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

Article L5134-1

Modifié par LOI n°2012-1404 du 17 décembre 2012 - art. 52

I.- Le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures.

La délivrance et la prise en charge de contraceptifs sont protégées par le secret pour les personnes mineures.

La délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence et qui ne sont pas soumis à prescription médicale obligatoire s'effectue à titre gratuit dans les pharmacies selon des conditions définies par décret. Dans les établissements d'enseignement du second degré, si un médecin, une sage-femme ou un centre de planification ou d'éducation familiale n'est pas immédiatement accessible, les infirmiers peuvent, à titre exceptionnel et en application d'un protocole national déterminé par décret, dans les cas d'urgence et de détresse caractérisés, administrer aux élèves mineures et majeures une contraception d'urgence. Ils s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'élève et veillent à la mise en oeuvre d'un suivi médical.

II.- Les contraceptifs intra-utérins ainsi que les diaphragmes et les capes ne peuvent être délivrés que sur prescription d'un médecin ou d'une sage-femme et uniquement en pharmacie ou dans les centres de planification ou d'éducation familiale mentionnés à l'article L.2311-4. La première pose du diaphragme ou de la cape doit être faite par un médecin ou une sage-femme.

L'insertion des contraceptifs intra-utérins ne peut être pratiquée que par un médecin ou une sage-femme. Elle est faite soit au lieu d'exercice du praticien, soit dans un établissement de santé ou dans un centre de soins agréé.

III.- Les sages-femmes sont habilitées à prescrire les contraceptifs locaux et les contraceptifs hormonaux.

Dans les services de médecine de prévention des universités, la délivrance de médicaments ayant pour but la contraception d'urgence, s'effectue dans des conditions définies par décret. Les infirmiers exerçant dans ces services peuvent procéder à la délivrance et l'administration de ces médicaments. Ces services s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'étudiant et veillent à la mise en œuvre d'un suivi médical

Partie réglementaire

Article R4127-318

Modifié par Décret n°2012-881 du 17 juillet 2012 - art. 1

I.- Pour l'exercice des compétences qui lui sont dévolues par l'article L. 4151-1 :

1° La sage-femme est autorisée à pratiquer l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de pathologie, concernant :

- a) Les femmes à l'occasion du suivi gynécologique de prévention et de la réalisation de consultations de contraception ;
- b) Les femmes pendant la grossesse, l'accouchement et durant la période postnatale ;
- c) Le fœtus ;
- d) Le nouveau-né ;

2° La sage-femme est notamment autorisée à pratiquer :

- a) L'échographie gynéco-obstétricale ;
- b) L'anesthésie locale au cours de l'accouchement ;
- c) L'épisiotomie, la réfection de l'épisiotomie non compliquée et la restauration immédiate des déchirures superficielles du périnée ;
- d) La délivrance artificielle et la révision utérine ; en cas de besoin, la demande d'anesthésie auprès du médecin anesthésiste-réanimateur peut être faite par la sage-femme ;
- e) La réanimation du nouveau-né dans l'attente du médecin ;
- f) Le dépistage des troubles neuro-sensoriels du nouveau-né ;
- g) L'insertion, le suivi et le retrait des dispositifs intra-utérins et des implants contraceptifs ;
- h) La rééducation périnéo-sphinctérienne en cas de troubles consécutifs à un accouchement ;
- i) Des actes d'acupuncture, sous réserve que la sage-femme possède un diplôme d'acupuncture délivré par une université de médecine et figurant sur une liste arrêtée par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur, ou un titre de formation équivalent l'autorisant à pratiquer ces actes dans un Etat membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

II.- La sage-femme est également autorisée, au cours du travail, à effectuer la demande d'analgésie loco-régionale auprès du médecin anesthésiste-réanimateur. La première injection doit être réalisée par un médecin anesthésiste-réanimateur. La sage-femme peut, sous réserve

que ce médecin puisse intervenir immédiatement, pratiquer les réinjections par la voie du dispositif mis en place par le médecin anesthésiste-réanimateur et procéder au retrait de ce dispositif.

III.- Dans le cadre des dispositions de l'article L. 4151-3, la sage-femme est autorisée à réaliser les examens cliniques et techniques prescrits par un médecin en cas de pathologie maternelle ou fœtale identifiée

Article R4127-324

La sage-femme peut participer, sous la direction d'un médecin, au traitement de toute patiente présentant une affection gynécologique.

Conformément aux dispositions des articles L. 2212-8 et L. 2213-2, aucune sage-femme n'est tenue de concourir à une interruption volontaire de grossesse

Annexe III



SYNTHÈSE DE LA RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Femmes enceintes ayant une complication au cours de leur grossesse : transferts en urgence entre les établissements de santé

Critères d'indications de transfert pédiatrique

Novembre 2012

ENTRÉE EN TRAVAIL PRÉMATURÉ

Prise en charge

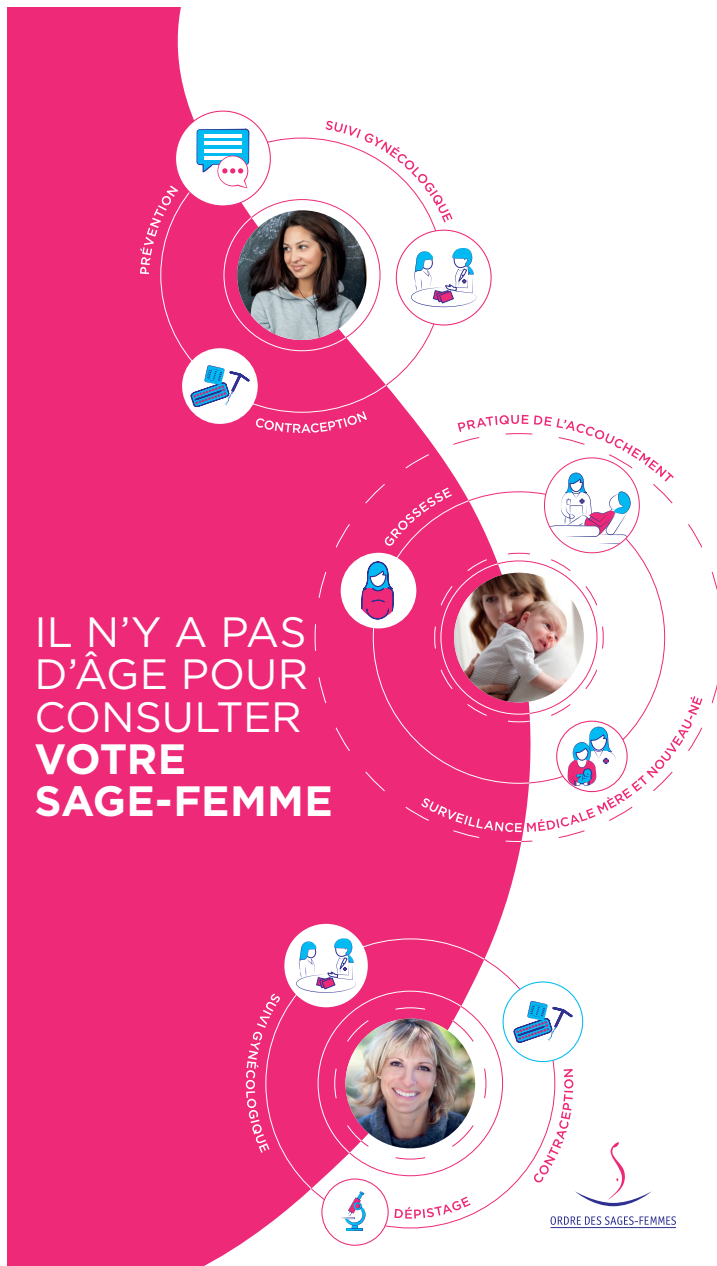
AE	La prise en charge doit comprendre au minimum : <ul style="list-style-type: none">■ mise en place d'une tocolyse ;■ corticothérapie à visée maturative pulmonaire fœtale avant 34 semaines d'aménorrhée (SA) ;■ pour les âges gestationnels les plus faibles (24 SA essentiellement), il est recommandé de se référer aux protocoles propres à chaque réseau de périnatalité ;■ un transfert <i>in utero</i> (TIU) vers une structure adaptée au terme et au poids du fœtus.
-----------	---

Indications de TIU

AE	Les indications recommandées de TIU sont fonction du terme de survenue des symptômes et de l'estimation pondérale fœtale :	
	Pour les grossesses de moins de 32 SA ou si l'estimation pondérale fœtale est inférieure à 1 500 grammes	Le TIU doit s'effectuer vers une maternité de type III .
	Pour les grossesses entre 32 SA et 32 SA + 6 jours	Il est recommandé de transférer les patientes vers un établissement de type IIB ou III selon l'estimation pondérale fœtale, le terme gestationnel et les pathologies surajoutées.
	Pour les grossesses entre 33 et 33 SA + 6 jours , si l'estimation pondérale fœtale est évaluée à plus de 1 500 grammes et qu'aucune pathologie intercurrente n'interfère	Il est recommandé de transférer les patientes vers un établissement de type IIB ou III selon leur proximité et la disponibilité de places.
	Pour les grossesses entre 34 et 35 SA + 6 jours en l'absence d'autres pathologies surajoutées	Il est recommandé de transférer ces patientes vers une maternité de type IIA ou IIB ou III selon leur proximité et la disponibilité de places.
	Les critères d'application de ces recommandations peuvent varier en fonction des conditions spécifiques de chaque maternité selon les protocoles et les conventions établies de son réseau périnatal.	

AE	La décision de transfert doit se faire après concertation entre les différents intervenants (obstétriciens et pédiatres des établissements demandeur et receveur) en prenant en compte :
-----------	--

Annexe IV




 Le suivi gynécologique de prévention et la prescription de la contraception

 L'IVG médicamenteuse

 La prévention des addictions

 La réalisation d'échographies


 La préparation à l'accouchement et à la parentalité


 La surveillance médicale de la grossesse

Vous pouvez
consulter une sage-femme pour :


 La pratique de l'accouchement

 La consultation post-natale

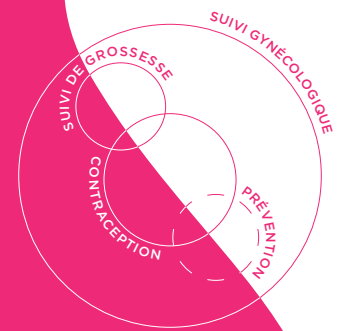
 La surveillance médicale de la mère et du nouveau-né après la naissance

 La vaccination de la mère, du nouveau-né et de leur entourage

 Le suivi de l'allaitement

 La rééducation périnéo-sphinctérienne

...



SAGE-FEMME

Que vous soyez **enceinte ou non**, vous pouvez consulter une sage-femme.

Si vous êtes en **bonne santé**, elle peut vous accompagner pour votre **suivi gynécologique** et votre **contraception, pendant toute votre grossesse et après votre accouchement.**

Elle peut vous **prescrire** les examens et les médicaments dont vous avez besoin.

Annexe V

Arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires

NOR: ETSH1127808A

Version consolidée au 25 avril 2018

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé,

Vu le code de la santé publique, et notamment l'article L. 4151-4 ;

Vu l'avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé en date du 20 septembre 2011,

Arrête :

Article 1

Les annexes I et II du présent arrêté fixent la liste des médicaments par classes thérapeutiques que les sages-femmes peuvent prescrire, d'une part à la femme, d'autre part à l'enfant, et qu'elles peuvent se procurer pour leur usage professionnel.

Pour chaque classe thérapeutique, la sage-femme doit tenir compte du résumé des caractéristiques du produit prévu à l'article R. 5121-21 du code de la santé publique, et notamment des indications, contre-indications éventuelles et des données relatives à la grossesse et l'allaitement.

Toute commande de médicaments à usage professionnel ou toute prescription doit être rédigée conformément aux dispositions réglementaires.

Article 2

L'annexe III du présent arrêté fixe la liste des médicaments classés comme stupéfiants que les sages-femmes peuvent prescrire à leurs patientes et qu'elles peuvent se procurer pour leur usage professionnel.

Article 3

A modifié les dispositions suivantes :

- Abroge Arrêté du 17 octobre 1983 (Ab)
- Abroge Arrêté du 17 octobre 1983 - art. 1 (Ab)
- Abroge Arrêté du 17 octobre 1983 - art. 2 (Ab)
- Abroge Arrêté du 3 octobre 1988 (Ab)
- Abroge Arrêté du 3 octobre 1988 - art. 1 (Ab)

- Abroge Arrêté du 3 octobre 1988 - art. 2 (Ab)
- Abroge Arrêté du 3 octobre 1988 - art. 3 (Ab)
- Abroge Arrêté du 3 octobre 1988 - art. 4 (Ab)
- Abroge Arrêté du 23 février 2004 (Ab)
- Abroge Arrêté du 23 février 2004 - Annexes (Ab)
- Abroge Arrêté du 23 février 2004 - art. 1 (Ab)
- Abroge Arrêté du 23 février 2004 - art. 2 (Ab)
- Abroge Arrêté du 23 février 2004 - art. 3 (Ab)
- Abroge Arrêté du 23 février 2004 - art. 4 (Ab)
- Abroge Arrêté du 23 février 2004 - art. ANNEXE I (Ab)
- Abroge Arrêté du 23 février 2004 - art. ANNEXE II (Ab)
- Abroge Arrêté du 23 février 2004 - art. ANNEXE III (Ab)

Article 4

La directrice générale de l'offre de soins est chargée de l'exécution du présent arrêté et de ses annexes, qui seront publiés au Journal officiel de la République française.

Annexes

Annexe I

- Modifié par Arrêté du 8 août 2016 - art. 1
LISTE DES CLASSES THÉRAPEUTIQUES OU MÉDICAMENTS AUTORISÉS AUX
SAGES-FEMMES POUR LEUR USAGE PROFESSIONNEL OU LEUR PRESCRIPTION
AUPRÈS DES FEMMES
- I. - En primo-prescription :
 - 1° Antiacides gastriques d'action locale et pansements gastro-intestinaux ;
 - 2° Antisécrétoires gastriques :
 - antihistaminiques H2, de préférence la ranitidine ou la famotidine ;
 - inhibiteurs de la pompe à protons, de préférence l'oméprazole ;
 - 3° Antiseptiques locaux ;
 - 4° Anesthésiques locaux :
 - médicaments renfermant de la lidocaïne ;
 - 5° Antibiotiques par voie orale dans le traitement curatif de première ligne des cystites et bactériuries asymptomatiques chez la femme enceinte selon les recommandations officielles en vigueur. Prescription non renouvelable pour une infection donnée ;
 - 6° Antibiotiques par voie orale ou parentérale en prévention d'infections materno-fœtales chez la femme enceinte, selon les recommandations officielles en vigueur ;
 - 7° Anti-infectieux locaux utilisés dans le traitement des vulvo-vaginites : antifongiques, trichomonacides, antibactériens et antiherpétiques ;
 - 8° Antispasmodiques ;
 - 9° Antiémétiques ;
 - 10° Antalgiques :
 - paracétamol ;
 - tramadol ;
 - néfopam ;
 - association de paracétamol et de codéine ;
 - association de paracétamol et de tramadol ;
 - nalbuphine, ampoules dosées à 20 mg. La prescription est réalisée dans le cadre d'un

protocole mis en place avec le médecin anesthésiste-réanimateur. L'usage est limité au début du travail et à une seule ampoule par patiente ;

- association de paracétamol et de poudre d'opium uniquement pour la prise en charge de la douleur dans le cadre de l'interruption de grossesse par voie médicamenteuse (IVG) ;
- 11° Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) uniquement pour la prise en charge de la douleur en post-partum immédiat et dans le cadre de l'IVG, à l'exclusion des AINS indiqués spécifiquement dans la prise en charge symptomatique d'affections rhumatismales ;
- 12° Antiviraux en prévention des récurrences d'herpès génital en fin de grossesse ;
- 13° Contraceptifs sous toutes leurs formes et voies d'administration ;
- 14° Médicaments homéopathiques ;
- 15° Laxatifs ;
- 16° Vitamines et sels minéraux par voie orale ;
- 17° Acide folique aux doses recommandées dans la prévention primaire des anomalies embryonnaires de fermeture du tube neural ;
- 18° Topiques à activité trophique et protectrice ;
- 19° Médicaments de proctologie : topiques locaux avec ou sans corticoïdes et avec ou sans anesthésiques ;
- 20° Solutions de perfusion :
 - solutés de glucose de toute concentration ;
 - solutés de chlorure de sodium isotonique à 0,9 % ;
 - solutés de gluconate de calcium à 10 % ;
 - solutions de Ringer ;
- 21° Ocytociques :
 - produits renfermant de l'oxytocine ;
- 22° Oxygène ;
- 23° Médicaments assurant le blocage de la lactation ;
- 24° Mélange équimoléculaire oxygène protoxyde d'azote exclusivement en milieu hospitalier, et sous réserve d'une formation adaptée ;
- 25° Vaccins sous forme monovalente ou associés contre les pathologies suivantes : tétanos, diphtérie, poliomyélite, coqueluche, rougeole, oreillons, rubéole, hépatite B, grippe, infections à papillomavirus humains, infections invasives à méningocoque C, varicelle ;
- 26° Immunoglobulines anti-D ;
- 27° Produits de substitution nicotinique ;
- 28° Les médicaments anti-progestatifs et prostaglandines nécessaires à la réalisation de l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse.

II. - Les sages-femmes sont autorisées à renouveler la prescription faite par un médecin des médicaments suivants :

- 1° Anti-inflammatoires non stéroïdiens indiqués dans le traitement des dysménorrhées, notamment l'acide méfénamique ;
- 2° Nicardipine, selon les protocoles en vigueur préétablis ;
- 3° Nifédipine selon les protocoles en vigueur préétablis.

III. - En cas d'urgence, en l'attente du médecin, les sages-femmes peuvent prescrire et utiliser les médicaments suivants :

- 1° Succédanés du plasma composés d'hydroxyéthylamidon dans les états de choc ;
- 2° Ephédrine injectable dans la limite d'une ampoule dosée à 30 mg par patiente ;
- 3° Adrénaline injectable par voie sous-cutanée dans les cas d'anaphylaxie ;
- 4° Dérivés nitrés, selon les protocoles en vigueur préétablis.

Annexe II

· Modifié par Arrêté du 4 février 2013 - art.
LISTE DES CLASSES THÉRAPEUTIQUES OU DES MÉDICAMENTS AUTORISÉS AUX
SAGES-FEMMES POUR LEUR USAGE PROFESSIONNEL OU LEUR PRESCRIPTION
AUPRÈS DES NOUVEAU-NÉS

- I.-En primo-prescription :
- 1° Antiseptiques locaux ;
 - 2° Anesthésiques locaux :
 - crèmes ou patches contenant une association de lidocaïne et de prilocaïne ;
 - 3° Antalgiques :
 - paracétamol par voie orale ou rectale ;
 - 4° Antifongiques locaux ;
 - 5° Collyres antiseptiques, antibactériens et antiviraux sans anesthésiques, sans corticoïdes et sans vasoconstricteurs ;
 - 6° Oxygène ;
 - 7° Vitamines et sels minéraux par voie orale :
 - la forme injectable est autorisée pour la vitamine K1 ;
 - 8° Topiques à activité trophique et protectrice ;
 - 9° Solutions pour perfusion :
 - solutés de glucose (de toute concentration) ;
 - soluté de chlorure de sodium isotonique à 0,9 % ;
 - soluté de gluconate de calcium à 10 % ;
 - 10° Vaccins :
 - Vaccin et immunoglobulines anti-hépatite B ;
 - BCG.
- II. - En cas d'urgence et en l'attente du médecin, les sages-femmes peuvent prescrire et utiliser les médicaments suivants :
- 1° Adrénaline par voie injectable ou intratrachéale dans la réanimation du nouveau-né ;
 - 2° Naloxone.

Annexe III

· Modifié par Arrêté du 4 février 2013 - art.
LISTE DES MÉDICAMENTS CLASSÉS COMME STUPÉFIANTS AUTORISÉS AUX
SAGES-FEMMES POUR LEUR USAGE PROFESSIONNEL OU LEUR PRESCRIPTION
Chlorhydrate de morphine, ampoules injectables dosées à 10 mg, dans la limite de deux
ampoules par patiente.

Annexe IV

· Créé par Arrêté du 8 août 2016 - art.
LISTE DES MÉDICAMENTS AUTORISÉS AUX SAGES-FEMMES POUR LEURS
PRESCRIPTIONS AUPRÈS DES PERSONNES DE L'ENTOURAGE DE L'ENFANT OU
DE L'ENTOURAGE DE LA FEMME ENCEINTE

- 1° Les vaccins sous formes monovalentes ou associées contre les pathologies suivantes :

rubéole, rougeole, oreillons, tétanos, diphtérie, poliomyélite, coqueluche, infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type b, hépatite B, grippe, infections invasives à méningocoque C.

2° Les produits de substitution nicotinique.

Fait le 12 octobre 2011.

Pour le ministre et par délégation :
Par empêchement de la directrice générale
de l'offre des soins :
Le sous-directeur des ressources humaines
du système de santé,
R. Le Moign

Annexe VI

Perception de l'autonomie :

Définitions de l'autonomie									
	Responsabilité	Exercice Solitaire	Prise de décisions	Être libre	Action	Compétences	Limites	Médical	Réseau
Laure				L2					
Céline	L3	L3	L4						
Vanessa	L2	L2							
Valérie	L2								L3
Margot	L5		L5	L5					
Béatrice			L2		L2				
Noémie	L6	L3							
Nathalie						L5	L5		
Carole						L129		L2	
Jennifer	L3			L3					

Limites de l'autonomie					
	Pathologies	Hors champs de compétences	Travailler en équipe	Manque de connaissances	Droit de prescription
Laure	L4			L6	
Céline	L7;8				
Vanessa	L16;17	L8;14			L10
Valérie	L18 à 22; 31 à 33				L6;12;13;14; 76
Margot	L11; 12	L13;14			
Béatrice	L4; 6				
Noémie			L15		
Nathalie		L11-12			
Carole	L15; 16				L5 à 12
Jennifer	L8	L7			

Évolutions							
	Expérience	L'âge	Suivi gynécologique	Liée aux protocoles / Recommandations	Formation continue	Aucune	La confiance
Laure	L10	L10					
Céline			L28; 35				
Vanessa				L33; 36; 39			
Valérie	L37	L38; 56	L107; 191-192; 196; 197	L208-210;	L77-79;81; 196-199		L38; 330-331; 336
Margot				L30; 34; 35			
Béatrice	L9; 11; 12; 26	L27			L14		L11; 23; 24 à 26
Noémie			L 24-25				
Nathalie					L 28		L 268
Carole			L130			L22	
Jennifer	L19; 33	L19; 33		L14; 37;			

Perception par la population générale et l'entourage					
	infirmière	Perçue comme autonome	pas reconnue	pas de réponses	région dépendante
Laure	L 75	L 80-81; 84-85			
Céline			L 48-49		
Vanessa				L 75	
Valérie			L 98; 107-108; 111		
Margot		L 125			
Béatrice			L 144; 154		
Noémie			L 163		
Nathalie			L 165-166		
Carole			L 33-35; 205		
Jennifer			L 104		L 110

Perceptions par les professionnels de santé						
	pas de réponses	médecin dépendant	perçue autonome	expérience	confiance	caractère
Laure				L 35		
Céline		L 56				
Vanessa			L 82-83			
Valérie		L 135			L 38; 337-338	
Margot			L 121-122; 129-130			
Béatrice		L 58-62	L 21	L 26; 59	L 23-24; 26	
Noémie			L 57-60			
Nathalie					L 268	
Carole		L 61	L 47			
Jennifer		L 121-22	L 48-50		L 127	L 43

Structures :

Maternité de type I						
	pas d'avis	protocolaire	très autonome	anticipation	autonome par obligation	seule
Laure	X					
Céline	X					
Vanessa		L 33; 36; 39				
Valérie			L 29; 33		L 30	L 31-33
Margot			L 8; 95			
Béatrice			L 53	L 52		L 53
Noémie	X					
Nathalie					L 76-77	
Carole			L 95		L 96	L 96
Jennifer		L 14	L 159			L 160; 165

Maternité de type III						
	pas d'avis	autonome	moins d'autonomie	présence d'étudiants en médecine	prise en charge optimale	encadrement formation des étudiants
Laure			L 29	L 29-31		
Céline	X					
Vanessa				L 140		
Valérie			L 41-42; 72	L 44; 53; 57		
Margot	X					
Béatrice		L 55		L 54-55		
Noémie		L 44			L 69-71	L 70
Nathalie		L 49			L 68	L 66
Carole				L 91		
Jennifer			L 29-30	L 162-163		

Clinique privé				
	pas d'avis	autonome	autonomie limitée	médecin dépendant
Laure			L 27-28	L 27
Céline				L 67-68
Vanessa		L 29-30; 85; 107-108; 115;		L 98
Valérie	X			
Margot			L 55; 56-58; 68-69;	L 48; 50;
Béatrice	X			
Noémie			L 123	
Nathalie				L 127-130
Carole			L 109	L 108
Jennifer	X			

Facteurs professionnels :

Compétences								
	textes législatifs	évolution au cours de la vie	pratiques quotidiennes	dépassements de tâches	formation continue	être plus autonome	connaissances	mauvaise connaissance par les professionnels
Laure		L 47-49					L 43-44	
Céline		L 26	L 79					
Vanessa	L 14-15		L 174-175	L 22-23; 25-30				
Valérie			L 9; 205	L 213; 217; 230-233; 255-256	L 78-79; 81; 181;	L76-77		L 138
Margot			L 171-173		L 185-187			L 222-223
Béatrice		L 14-16; 36	L 75-76	L 31; 81-82; 84	L 14; 76; 260; 263;			
Noémie					L 47; 262-264	L 45-46		L 141
Nathalie	L 11-13; 53			L 85-86	L 265-267			L 139-140
Carole					L130; 147	L 141-141	L 129	
Jennifer		L 36-38; 83; 155			L 86-87;		L 79; 8-82	L 73

Responsabilité						
	totalemment responsable	meilleure protection dans le publique	protection par la structure hospitalière	responsabilité partagée	responsabilité importante	lien avec nos compétences
Laure	L 138	L 141	L 157-158	L 144-145		
Céline	L 111					
Vanessa	L 203					
Valérie	L 236; 238					
Margot			L 270; 280-281	L 269; 270-271	L 184	
Béatrice	L 231					
Noémie	L 195				L 185	L 185-186
Nathalie						L 184; 197-198
Carole	L 256; 259		L 303		L 252-253	
Jennifer	L 240-241					L 237-238

Droit de prescription					
	limitée	à élargir	illogique	ne pas élargir	pas de réponse
Laure					X
Céline					X
Vanessa	L 242			L 256-257	
Valérie	L 6; 13-14; 76	L 149			
Margot	L 153	L 160-162			
Béatrice	L 104	L 100	L 100-101; 108-109		
Noémie	L 218				
Nathalie	L 205; 210-213				
Carole	L 5-8	L 12	L 8		
Jennifer	L 244-246	L 249	L244		

Les facteurs individuels :

Genre					
	pas de différence	rapport différent avec les médecins	rapport différent avec les patientes	expérience	comportement et caractère
Laure	L19-20				
Céline		L61-62; 64			
Vanessa			L 90-92		
Valérie			L 159-163		L 170
Margot	L 106-107		L 109-110; 117		
Béatrice	L 42; 44			L 46; 49	L 43; 46
Noémie	L 105				
Nathalie	L 106	L 113-116			L 106
Carole	L 85				
Jennifer	L 101				L 88; 101-103

L'expérience							
	évolution de l'autonomie	l'âge	pas d'avis	confiance	formation continue	remise en question	parcours
Laure	L 10	L 10					
Céline			X				
Vanessa				L 236		L 230-232	
Valérie	L 56; 198			L 37-38; 329-331	L 88;		
Margot			X				
Béatrice	L 14-16			L 26-27; 59-60	L 14-16		L 36-39
Noémie			X				
Nathalie				L 268		L 265	
Carole	L 136; 276-277				L 145	L 321	L 190
Jennifer	L 17-19; 34; 115-116	L 19		L 127			L 23-25; 33

VII- Glossaire

CHU : Centre hospitalo-universitaire

CNRTL : Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales

DPC : Développement Professionnel Continu

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patients Santé Territoires

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONSSF : Organisation Nationale Syndicale des Sages-Femmes

PACA : Provence Alpes Côtes d'Azur

PACES : Première Année Commune aux Etudes de Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SA : Semaine d'Aménorrhée

RESUME

Introduction : Depuis des millénaires la fonction de sages-femmes existe. Cette profession longtemps réservée aux femmes a connu de nombreuses évolutions lui permettant ainsi de s'imposer en tant que profession médicale. Mais un doute continue à persister sur la réelle autonomie des sages-femmes, le sont-elles vraiment ?

Objectif principal : Explorer les perceptions des sages-femmes sur leur autonomie professionnelle.

Objectif final : Promouvoir l'autonomie des sages-femmes

Matériels et méthode : Une étude qualitative a été nécessaire pour réaliser ce mémoire. Nous avons interrogé 10 sages-femmes de différents secteurs des Bouches-du-Rhône ; le but était d'interviewer 2 sages-femmes par type de maternité. Grâce à une carte conceptuelle nous avons pu recueillir les informations nécessaires.

Résultats : Nous avons relevé des freins et leviers à l'autonomie professionnelle des sages-femmes. Cette profession reste encore méconnue des patientes et de certains professionnels de santé. Cela est dû à une méconnaissance de notre métier ce qui engendre souvent une diminution de l'autonomie. La confiance et l'expérience sont des éléments à prendre en compte dans la perception de l'autonomie. Il semblerait qu'ils soient des facteurs positifs à l'autonomie. La formation continue et les compétences en gynécologie de prévention confortent l'autonomie professionnelle.

Conclusion : La perception de l'autonomie est un élément personnel et subjectif. Une meilleure connaissance de nos compétences pourrait permettre de revaloriser et démontrer que notre profession est autonome. Le fait qu'une sage-femme soit totalement responsable de ses actes permet aussi de l'affirmer. L'élargissement du droit de prescription, la présence d'hommes dans notre profession ainsi que l'ouverture des maisons de naissance pourraient permettre d'accroître notre autonomie. Les maisons de naissances permettraient aux sages-femmes de prendre totalement en charge les patientes.

Mots clefs : sage-femme, autonomie, perceptions

ABSTRACT

Introduction: Since millennium midwifery exist. For a long time, this profession was reserved to women but several evolutions made it possible to be a medical profession. A doubt still persists about the real midwife independence. Are they really independent?

Main objective: Explore midwife perceptions about their professional independence.

Final objective: Promote midwife independence.

Methods: We use a qualitative analysis for carry out this essay. We interview 10 midwives working in different sort of maternity based in Bouches-du-Rhône. The purpose was to interview two midwives from each structure. Thanks to a mind card we collect many information for this essay.

Results: We picked up obstacle and lever to midwives independence. Midwifery is unknown from many people and health care provider. This ignorance about our profession generates a reduction of independence. Trust and experience are very important for the perception of independence. It seems to be an important element to the midwife independence. Continuing education and gynecology reinforce professional independence.

Conclusion: Perception of independence is personal and subjective. A better knowledge of our competence could rehabilitate and prove midwives independence. A Midwife is fully responsible for all the acts she does, this proves the independence of the profession. The enlargement of medical prescriptions, presence of men in the profession and the creation of birthing centers could increase our professional independence. Thanks to birthing centers a midwife could take care in total independence the health of pregnant women.

Keywords: midwife, independence, perception