



**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE DE CLERMONT – AUVERGNE

**LA CONNAISSANCE DES ETUDIANTS EN MEDECINE, PHARMACIE ET
ODONTOLOGIE SUR LES COMPETENCES DES SAGES-FEMMES**

Enquête auprès de 266 étudiants de l'Université Clermont Auvergne

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

BENOIT Laura

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2020



**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE DE CLERMONT – AUVERGNE

**LA CONNAISSANCE DES ETUDIANTS EN MEDECINE, PHARMACIE ET
ODONTOLOGIE SUR LES COMPETENCES DES SAGES-FEMMES**

Enquête auprès de 266 étudiants de l'Université Clermont Auvergne

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

BENOIT Laura

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2020

REMERCIEMENTS

Je tiens tout particulièrement à remercier ma directrice de mémoire, madame Balsan Michèle, ainsi que ma co-directrice de mémoire madame Duclos-Médard Julie pour leur aide et leur soutien. Merci pour vos encouragements, votre bienveillance et votre implication tout au long de ce travail.

Merci à messieurs Andan et Pereira ainsi qu'à l'équipe de statistiques du CHU, pour leur aide précieuse, leurs conseils et leur disponibilité.

Je remercie également toutes les personnes travaillant au sein de l'école de sage-femme pour leur disponibilité et leur aide tout au long de mes études.

Merci également à toutes les sages-femmes qui ont contribué à ma formation et qui ont été compréhensives et pédagogues, merci pour votre expérience professionnelle et vos précieux conseils.

Je souhaite également remercier mes parents et ma sœur de m'avoir soutenu et réconforté durant toutes mes études et la réalisation de ce mémoire.

Une pensée particulière pour mes amis les plus fidèles qui m'ont épaulée et soutenue au cours de ces années d'études, notamment à Morgane Mathelin une camarade de promotion avec qui j'ai passé de très bons et inoubliables moments durant ces quatre années à l'école.

Et enfin, merci à tous les étudiants ayant accepté de répondre au questionnaire sans lesquels mon étude n'aurait pas abouti.

GLOSSAIRE

ANESF : Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes

ANSFL : Association Nationale des Sages-Femmes Libérales

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNOSF : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes

CNU : Conseil National des Universités

CSP : Code de la Santé Publique

DU : Diplôme Universitaire

ECTS : European Credits Transfer System

ENT : Espace Numérique de Travail

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

HPST : Hôpital Patients Santé Territoire

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MEOPA : Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote

PACES : Première Année Commune aux Études de Santé

PCEM1 : Première Année du Premier Cycle des Études de Médecine

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PRADO : PRogramme d'Accompagnement du retour à Domicile

REDCap : Research Electronic Data Capture

UCA : Université Clermont Auvergne

UFR : Unité de Formation et de Recherches

UE : Unité d'Enseignement

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	2
I - REVUE DE LA LITTERATURE.....	5
1. Les sages-femmes durant la première moitié du XX ^{ème} siècle.....	5
2. Des années cinquante à nos jours : la sage-femme du XXI ^{ème} siècle.....	6
a) Une profession en crise.....	6
b) Une formation qui a beaucoup évolué.....	7
3. Sage-femme : une profession difficile à cerner.....	7
a) Pays dépendant.....	7
b) Un champ de compétences grandissant.....	8
4. Ce qui fait l'image d'une profession.....	9
a) Compétences de base et diplômes universitaires (DU).....	9
b) L'exercice libéral.....	10
c) Les établissements publics et privés.....	10
5. Grossesse et accouchement : l'omniprésence du risque.....	11
a) Qu'est-ce que le risque ?.....	11
b) La catégorisation du risque en obstétrique.....	12
c) Le risque dépend-il du praticien ?.....	13
6. Le libre choix du praticien.....	14
a) Le code de santé publique (CSP).....	14
b) La classification des maternités.....	14
c) Sage-femme, un professionnel de premier recours.....	15
7. Travailler en équipe : définition, conditions et intérêt.....	16
8. Le glissement de compétences.....	17
9. La profession de sage-femme : point de vue des usagers.....	17
II - POPULATION ET METHODE.....	20
1. Population de l'étude.....	20
2. Méthode.....	20
III - RESULTATS.....	24
1. Description de la population.....	24
2. Connaissances des étudiants sur la profession et les compétences des sages-femmes..	27
3. Avis des étudiants sur la profession de sage-femme.....	36
4. Evaluation de la connaissance sur la profession et les compétences des sages-femmes en fonction des caractéristiques de la population : analyses univariées.....	39
IV - DISCUSSION.....	42
1. Atteinte de l'objectif.....	42
2. Les forces et les limites de l'étude.....	42
3. Caractéristiques de la population.....	43
4. Connaissances des étudiants.....	44
5. Avis des étudiants sur la profession de sage-femme.....	52
6. Connaissances des étudiants en fonction des caractéristiques de la population.....	55
7. Projet d'action.....	57
8. Du changement concernant l'accès aux études de sage-femme.....	59
CONCLUSION.....	60
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....
ANNEXES.....

INTRODUCTION

Le terme profession désigne un ensemble de personnes œuvrant à des fins lucratives et selon des techniques communes. La « profession » se différencie du « métier » au sens où l'ensemble de personnes qui l'exerce doit être doté au surplus d'une autonomie légitime et délibérée. Cela pour lui conférer une certaine latitude à déterminer qui peut ou non exercer l'activité professionnelle, pour en fixer les modalités « normales » et mettre en œuvre des procédures d'autocontrôles assorties, le cas échéant, de sanctions. (1)

La profession de sage-femme qui concilie connaissances médicales et qualités humaines est une des plus anciennes professions du monde. Pourtant le champ de ses compétences est souvent méconnu du grand public mais également des autres professionnels de santé. L'histoire de cette profession est marquée par de nombreux changements qui, au fil du temps, ont laissé place à un certain nombre de confusions voire de méconnaissances, qui persistent encore de nos jours.

Tout d'abord reconnues expertes dans l'art des accouchements et dans les expertises médico-légales, les sages-femmes perdront rapidement le monopole des pratiques obstétricales au cours du XVIII^{ème} siècle et seront alors dépossédées de leur savoir-faire au profit des médecins. Il faudra attendre le début du XIX^{ème} siècle (création de la première école de sages-femmes) pour qu'elles bénéficient d'une formation (cours théoriques et pratiques) et d'un diplôme qui la valide pour leur permettre de faire front à la médicalisation des naissances. Parallèlement, depuis le XVIII^{ème} siècle la formation obstétricale des médecins s'est largement développée, ce qui augmente encore leur prestige et marque simultanément le déclin de la profession de sage-femme qui se voit interdire l'usage d'instruments. Les sages-femmes dépendent alors hiérarchiquement des médecins et ont une marge de manœuvre très restreinte.

Au fil du temps, elles ont reçu une solide formation médico-technique qu'elles mettent quotidiennement en pratique. L'accroissement de la durée des études ainsi que la diversification du programme témoignent de l'évolution de cette formation.

En France, les écoles sont rattachées à des centres hospitaliers régionaux ou universitaires qui permettent l'enseignement d'une médecine de pointe.

La profession de sage-femme voit progressivement son champ de compétences s'élargir avec notamment la possibilité de proposer aux femmes en bonne santé, des consultations gynécologiques, des consultations de contraception et d'en assurer le suivi, l'interruption volontaire de la grossesse (IVG) par voie médicamenteuse, la vaccination et l'accompagnement dans un but de prévention. D'autre part, la liste exhaustive des prescriptions « autorisées » des sages-femmes a déjà été plusieurs fois revue à la hausse. Toutes ces améliorations de la profession sont en perpétuel remaniement ce qui peut également troubler le point de vue des patient.e.s et des professionnels de santé. Les sages-femmes mènent un combat depuis plusieurs années (nombreuses grèves en attestent), elles revendiquent leur statut par la reconnaissance des spécificités de leur profession.

Quel que soit leur lieu d'exercice, les sages-femmes sont amenées quotidiennement à collaborer avec d'autres professionnels de santé de manière plus ou moins directe (prescription médicamenteuse, demande d'avis spécialisé, réorientation auprès d'un confrère, ...). Il semble primordial, pour optimiser l'accès aux soins, leur efficacité ainsi que la prise en charge des patient.e.s, que les professionnels de santé aient connaissance des compétences et du domaine d'expertise spécifique aux sages-femmes afin de leur accorder plus de crédit et de confiance.

La formation de sage-femme a été réformée plusieurs fois. Notamment en 2002 avec la mise en place de la première année du premier cycle des études médicales (PCEM1) qui deviendra en 2010 la première année commune aux études de santé (PACES). Les futures sages-femmes sont alors sélectionnées à l'issue d'un concours qui leur est commun avec les futurs médecins, pharmaciens et dentistes. Certaines questions peuvent alors être soulevées au vu de ce nouveau cursus :

- Cette première année commune avec les autres professions médicales et pharmaceutiques, permet-elle aux sages-femmes de trouver plus aisément une place dans la collaboration avec celles-ci ?

- Permet-elle une meilleure reconnaissance de leurs compétences et de leur domaine d'expertise spécifique chez ces futurs professionnels de santé ?
- Est-ce que les étudiants en médecine, pharmacie et odontologie bénéficient, au cours de leurs formations respectives, d'un « éclairage » sur les compétences des sages-femmes ?

Dans un premier temps, l'étude vise à évaluer les connaissances des étudiants en médecine, pharmacie et odontologie, sur les compétences de la profession de sage-femme. Par la suite, elle permet d'apprécier l'évolution de celles-ci au cours des années d'études qui vont suivre.

Une première partie décrit le contexte actuel et évoque notamment les éléments qui peuvent justifier la méconnaissance de la profession de sage-femme. Cette partie aborde également l'utilité des relations professionnelles dans le cadre du travail en équipe, ainsi que le libre choix du praticien pour les patients. Un intérêt est porté à l'omniprésence du risque considéré autour de la grossesse et de l'accouchement en France. En effet cela serait une des principales causes de la prise en charge, par certains médecins, de suivis de grossesse et d'accouchements physiologiques, qui appartiennent pourtant au domaine d'expertise de la profession de sage-femme. Par la suite, la méthode de recherche est décrite et les résultats de l'étude réalisée auprès des étudiants sont exposés. Dans une dernière partie ces résultats sont discutés et permettent de mettre en relief des projets d'action.

I - REVUE DE LA LITTÉRATURE

1. Les sages-femmes durant la première moitié du XX^{ème} siècle

Un certain nombre d'éléments contribuent au déclin de la profession de sage-femme, qui au début du XX^{ème} siècle exerce principalement hors structure hospitalière :

- Dans la sphère de l'hôpital des grandes villes, les avancées scientifiques vont attirer les patientes dans des centres d'assistance médico sociale dont le vaste champ d'action s'étend de la procréation au servage de l'enfant et où les accoucheurs pratiquent des consultations de grossesse.
- En 1930, la loi d'assurances sociales pour les salariés, ne prend en compte que les consultations des femmes enceintes et des nourrissons seulement lorsque celles-ci sont effectuées par des médecins, préjudiciable de ce fait pour les sages-femmes.
- Pour des raisons d'hygiène, on assiste à une segmentation des services de maternité et cela va permettre aux infirmières d'exercer en « suites de couches ».
- Afin d'éviter au maximum les accouchements à domicile considérés à risque (ceux-ci étant pratiqués par les sages-femmes), les assistances sociales vont favoriser l'hôpital lorsqu'il s'agira d'orienter les patientes.
- A l'issue de la guerre 1914-1918, une politique nataliste conduira à la loi du 31 juillet 1920 : celle-ci interdit toute incitation à l'avortement ou à la contraception (domaines où les sages-femmes sont soupçonnées de contribuer).
- On assiste à un développement des moyens de transports individuels rapides qui permettront aux femmes de la campagne d'aller accoucher en ville. (2)

Face à ces changements grandissants ainsi qu'à la concurrence des médecins (pour la surveillance des accouchées et des nourrissons ainsi que l'accouchement) et des infirmières (pour les soins aux accouchées et aux nouveau-nés), les sages-femmes opposent une réaction divisée, division soit géographique (Paris et province) soit confessionnelle (sages-femmes catholiques) que seule la création d'un ordre national tentera d'effacer. Cet ordre sera chargé de défendre les intérêts de ses membres en

garantissant leurs qualités professionnelles et morales. Il sera cependant présidé par un médecin de 1945 à 1995. (2)

Sur le plan de l'enseignement, l'unicité de diplôme voit le jour en 1916 mais il persiste des différences entre sages-femmes et médecins. Il faudra attendre encore quelques années puisque c'est le gouvernement du Maréchal Pétain qui imposera une formation en trois ans : une année d'études générales d'infirmière, trois semestres d'obstétrique et un semestre de puériculture. (2)

2. Des années cinquante à nos jours : la sage-femme du XXI^{ème} siècle

a) Une profession en crise

La médicalisation de la naissance, la délocalisation des accouchements dans les maternités de plus en plus nombreuses, la concurrence des médecins dans la prise en charge des grossesses même physiologiques et des enfants, entraînent une crise de la profession de sage-femme, qui s'était déjà amorcée dès les années trente. En France, l'indépendance caractéristique de la profession de sage-femme s'affaiblit, faisant craindre sa disparition comme dans certains pays (Québec). Ce déclin des accouchements à domicile et la disparition progressive des sages-femmes libérales est alors vécue par beaucoup comme une « disqualification de leur profession », une perte d'autonomie. (2)

La deuxième moitié du XX^{ème} siècle a ancré la profession dans le monde médical par l'ordonnance du 24 septembre 1945 donnant lieu à la création de l'Ordre des sages-femmes. Celui-ci réussira (en 1948), à faire reconnaître la profession de sage-femme comme étant médicale, cependant à l'heure actuelle, les sages-femmes françaises sont toujours en quête de reconnaissance et d'autonomie. (2)

Les activités des sages-femmes sont diversifiées avec des champs de compétences conjoints avec d'autres professionnels : Le suivi gynécologique et le suivi de grossesse avec les médecins, l'allaitement maternel avec les puéricultrices, la prise en charge de l'enfant avec les puéricultrices et les pédiatres, la rééducation périnéale avec les kinésithérapeutes... Il est donc nécessaire qu'il y ait un consensus entre tous ces acteurs

de la périnatalité, le rôle des sages-femmes serait de promouvoir ces liens d'interdisciplinarité sans toutefois perdre leur spécificité. (2)

b) Une formation qui a beaucoup évolué

La maïeutique est la discipline médicale exercée par les sages-femmes, homme comme femme. Ce terme permet de revendiquer officiellement un corpus de savoirs propre aux sages-femmes, ce qui n'a malheureusement pas toujours été le cas. Plusieurs réformes sont venues remanier le programme des études de sage-femme. En 2001 l'association des sages-femmes enseignantes françaises élaborait un programme qui s'apparentait à un cursus universitaire, type Bac +4, basé entre autres sur l'initiation à la recherche avec l'apprentissage de l'anglais, des méthodes statistiques, sur la maîtrise des outils informatiques, et sur l'éthique professionnelle. Le but étant la prise de conscience que cette profession acquière une identité propre et réelle. Les sages-femmes rejoindront alors la PCEM1 à compter de 2002. Celle-ci sera finalement reformée en 2011 pour devenir la PACES, qui accueillera les étudiants de maïeutique, médecine, odontologie et pharmacie. Fin 2005 le travail de réforme des études se poursuit pour les sages-femmes, avec une base de bac +5 prenant en compte toutes les années d'études effectuées avec comme objectif une véritable reconnaissance au grade de Master. (3)

Des textes réglementaires définissaient en 2011 le niveau licence de la formation et en 2013 configuraient le grade de master au diplôme d'état de sage-femme. Ces textes mettaient également en place une réingénierie des programmes de formation conduisant au diplôme d'état de sage-femme en répondant à un double objectif : d'une part, assurer la formation de futurs professionnels de la maïeutique prêts à exercer de façon autonome leur profession dès l'obtention de leur diplôme et, d'autre part, permettre aux étudiants qui le souhaitent de poursuivre leurs études et d'acquérir une double compétence en matière de recherche et d'exercice de leur profession.

3. Sage-femme : une profession difficile à cerner

a) Pays dépendant

Au niveau européen, les textes qui font référence à l'activité des sages-femmes sont relativement pauvres, montrant là encore, la grande variabilité de pratiques d'un état à

l'autre. En effet la profession de sage-femme est complexe à cerner tant elle diffère d'un pays à l'autre avec par exemple au sein de la communauté européenne de nombreuses divergences : les années d'études, les champs de compétences, les modes d'exercice, les statuts... sont différents. Certains facteurs pourraient être mis en cause dans cette divergence parmi lesquels on évoque : la géographie, la technologie, la structure de la société et la culture du pays. (4)

Cependant, au sein d'un même pays les aptitudes de cette profession peuvent sembler vagues. Pour preuve, en France c'est la seule profession médicale qui suscite des demandes de précision auprès des usagers afin de mieux cerner sa pratique.

Cette profession est souvent confondue et comparée à celle d'infirmière, sûrement par le fait que les sages-femmes travaillent en collaboration étroite avec les médecins au sein des hôpitaux, et qu'elles comptent parmi leurs compétences les gestes techniques infirmiers. De ce fait elles sont souvent considérées, à tort, comme des professionnels paramédicaux alors que la maïeutique est une profession médicale à part entière dont les compétences et les prescriptions sont réglementées par le code de santé publique (CSP) et un code de déontologie qui lui est propre. De plus, dans des situations physiologiques, la sage-femme peut exercer sans l'intervention du médecin car elle est en capacité de dépister les risques, les anomalies et d'orienter ensuite la patiente auprès d'un spécialiste qui prendra en charge le suivi médical ou de solliciter le médecin lorsque la situation le nécessite (cadre hospitalier). (5)

b) Un champ de compétences grandissant

Cette confusion encore bien présente de nos jours peut en partie s'expliquer par la loi « Hôpital Patients Santé Territoire (HPST) » de 2009, également connue sous le nom de « loi Bachelot » qui témoigne d'un tournant important dans la pratique des sages-femmes en leur permettant d'effectuer des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention. (6)

Au vu de la diversité de statut, de formation, de pratique et de reconnaissance sociale des sages-femmes, on pourrait presque se demander s'il n'existe finalement pas « plusieurs professions » de sage-femme. Selon le lieu, l'époque, l'établissement où elle exerce, une

sage-femme transportée d'un de ces milieux à un autre ne se reconnaîtrait pas dans la pratique de ses supposées consœurs.

Parmi les nombreux critères qui influent sur le statut des sages-femmes on pourrait en retenir trois principaux :

- L'avancée de la technologie qui conduit à une recomposition des tâches et à une modification des gestes quotidiens
- La structure sociale qui joue un rôle central. En effet on peut distinguer deux modèles de soins obstétricaux en fonction de la place qu'y occupent les sages-femmes : un premier selon lequel la figure dominante serait le médecin, l'autre pour lequel elle serait à la fois le médecin et la sage-femme. Selon que l'on soit dans un modèle ou dans l'autre, la sage-femme aura donc plus ou moins d'autonomie et de complémentarité avec les médecins.
- La culture car elle prend en compte les croyances et représentations sociales autour de la grossesse et de la naissance, mais elle s'intéresse aussi à la place et au rôle des femmes dans la société. (7)

4. Ce qui fait l'image d'une profession

Un certain nombre d'éléments peuvent favoriser ou au contraire empêcher l'accès des sages-femmes à un statut professionnel autonome. L'élément de base est bien sûr la possibilité pour elles d'obtenir la reconnaissance légale de leur exercice (sous forme d'un diplôme qui évalue leurs connaissances). Mais cela ne suffit pas à garantir le développement et la viabilité de la profession. D'autres données interviennent, telles que :

- Le type de système de couverture sociale
- Le mode de rémunération lui même
- Les rapports de force qui se sont établis au cours de l'histoire entre les corps professionnels et la qualité de leurs relations ne sont pas non plus à négliger. (7)

a) Compétences de base et diplômes universitaires (DU)

Selon le CSP, la sage-femme peut assurer la totalité du suivi d'une patiente dans le cadre d'une grossesse physiologique, ceci grâce aux récentes évolutions des textes qui régissent la profession. Elle est de ce fait autorisée à prendre en charge une femme pour

son suivi pré, per et post natal. La sage-femme est également habilitée à réaliser le suivi gynécologique des femmes, lorsque celui-ci ne présente pas de pathologie. La sage-femme est autorisée à pratiquer l'ensemble des gestes cliniques et paracliniques, nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de pathologie ; elle a de ce fait un droit de prescription qui reste limité.

A l'issue de leur formation, les sages-femmes peuvent si elles le souhaitent préparer des DU dans le but d'élargir leur champ de compétences et enrichir leur pratique. Plusieurs DU sont accessibles parmi lesquels on retrouve notamment l'échographie gynéco-obstétricale, l'acupuncture, l'hypnose... (8)

b) L'exercice libéral

L'exercice libéral est en constante augmentation chez les sages-femmes : le nombre de sages-femmes libérales a majoré en moyenne de 6,7 % par an sur la période 2000-2010. On observe une plus forte croissance entre 2008 et 2010 (+ 9 % par an). Celle-ci peut être en lien avec la stabilisation du nombre de postes hospitaliers offerts. De fait, à l'issue de leur formation, elles seraient de plus en plus nombreuses à s'orienter davantage vers l'exercice libéral. Par ailleurs, l'installation en cabinet de groupe a tendance à se développer. (9)

L'aspect libéral met en évidence l'autonomie et l'indépendance des sages-femmes dans l'exercice de leur art. Elle a cependant tout intérêt à établir un réseau avec d'autres professionnels de santé afin de pouvoir orienter les patientes lorsqu'une situation pathologique survient et favoriser une prise en charge optimale et un suivi adéquat.

c) Les établissements publics et privés

Une enquête (en 2004) montre que les établissements ont développé une organisation différente du travail entre les divers secteurs de maternité et que l'activité d'une sage-femme varie sensiblement selon son lieu d'exercice. La majorité des sages-femmes, exceptées celles étant dans l'encadrement ou l'enseignement, exercent habituellement dans les différents secteurs de la maternité (consultations, salle de naissance, grossesses à haut risque, suites de couches).

Cependant les cliniques ont tendance à préférer spécialiser les sages-femmes par secteur d'activité. Les sages-femmes de clinique privée estiment que le temps consacré aux consultations prénatales est nettement diminué du fait des nombreuses prises en charge médicalisées. Dans les établissements publics, les sages-femmes réalisent plus d'actes techniques et d'accouchements que celles du secteur privé ; elles sont également plus fréquemment autonomes dans leur champ de compétences. (10) D'autre part, les sages-femmes de la fonction publique territoriale pratiquent moins d'actes et de gestes cliniques que leurs consœurs, mais davantage d'accompagnement des patientes notamment sur le plan psycho-social.

Ainsi comme on vient de le voir, la sage-femme peut exercer sans l'intervention du médecin dans les situations physiologiques, elle est en capacité de dépister les risques, les anomalies et d'orienter ensuite la patiente auprès d'un spécialiste qui prendra en charge le suivi médical. Toutefois du fait de leurs diverses pratiques : lieux d'exercice, formations supplémentaires propres à chacune..., elles n'exercent pas toutes de la même façon et cela peut troubler la vision et la connaissance vis à vis de cette profession.

5. Grossesse et accouchement : l'omniprésence du risque

a) Qu'est-ce que le risque ?

« Le risque n'est rien d'autre que le travail de la société par lequel des peurs et des inquiétudes sont rendues perceptibles par une entreprise de domestication, de réduction continue de l'incertitude, de nomination du danger » (Gilbert, 1992). Cependant dès que l'on aborde la question du risque dans le domaine de la santé on est grandement influencé par l'impact épidémiologique que ce soit en ce qui concerne les « facteurs de risque » ou encore les « conduites à risque ». Les professionnels de santé en obstétrique s'accordent à dire que « le risque zéro n'existe pas », et considèrent que la grossesse et l'accouchement peuvent représenter un risque pour la mère et l'enfant. Pour autant, leurs avis divergent quant à l'importance à donner à ce risque. En effet pour certains l'accouchement est une situation à risque vital, marqué par une incertitude majeure impossible à quantifier ; pour d'autres, ces risques sont en grande partie prévisibles.

Selon F. Ewald « En soi, rien n'est un risque, il n'y a pas de risque dans la réalité. Inversement, tout peut être un risque ; tout dépend de la façon dont on analyse le danger, considère l'événement ». (11)

En France, on considère l'accouchement comme étant un processus physiologique comportant un risque vital pour la mère et l'enfant. Notons d'ailleurs qu'en France, à la fin des années 1960 la mortalité périnatale y était l'une des plus élevées d'Europe. C'est à partir de cette conception que se structurent les pratiques obstétricales françaises ce qui permet de comprendre pourquoi la prise en charge des grossesses et des accouchements a été centrée sur les risques encourus par la mère et/ou l'enfant.

Cette conception médicale de la naissance a été contestée depuis les années 1960-1970, et de plus en plus ces dernières années, par des parents et certains professionnels, mais elle continue d'être considérablement présente et justifie le déroulement de tous les accouchements en lieu médicalisé.

Il existe en France un quasi-consensus autour de l'idée que tout accouchement est potentiellement risqué, même lorsque la grossesse s'est déroulée normalement, ainsi un accouchement ne peut être considéré normal que deux heures après la naissance. (11)

Prenons l'exemple de l'accouchement podalique (par le siège), il s'agit d'une présentation rare mais normale et donc relevant des compétences des sages-femmes. Les évolutions de l'obstétrique ont conduit à de nouvelles pratiques, influencées par les risques épidémiologique et médico-légal, qui ont tendance à conditionner les pratiques d'accouchement. Le but étant de réduire les incertitudes pathologiques liées à une naissance voie basse. Ceci rend alors la frontière entre physiologie et pathologie encore plus floue ; et induirait ainsi une perte du « savoir-faire » des sages-femmes. (12)

b) La catégorisation du risque en obstétrique

Il a été mis en place un système de hiérarchisation des maternités en fonction du niveau de risque concernant la grossesse. Sachant que les grossesses dites « à risque » ne représentent que 2 à 3 % de l'ensemble des naissances.

Certains obstétriciens, notamment des petites maternités, font partie de ceux qui défendent cette définition du risque obstétrical, car cette dernière est solidement ancrée dans la culture professionnelle de cette spécialité médicale qui comme la plupart des autres spécialités, repose essentiellement sur une approche curative. Si les maternités de type I ne prennent en charge aucune pathologie, qu'est-ce qui différencie la profession de sage-femme de celle des obstétriciens ? Les sages-femmes seraient alors tout aussi compétentes que leurs confrères en matière de physiologie obstétricale ? (11)

Si l'on s'interroge sur la place qu'occupent les sages-femmes dans la restructuration de la périnatalité, ne sont-elles pas délaissées dans cette réforme ? En effet si on examine le rapport du haut conseil de la santé publique (HCPS), on constate la faible part leur est consacrée alors qu'elles assurent en moyenne plus de deux tiers des accouchements. Par exemple : dans la rubrique « la formation des personnels », les sages-femmes sont mentionnées dans un autre paragraphe qui s'intitule « les autres professions ». En revanche les médecins sont largement cités dans cette même rubrique concernant la formation et la recommandation suivante « Donner aux généralistes l'équipement intellectuel et le savoir-faire qui leur permettent de suivre avec compétence une grossesse et la période post-natale. ». Une telle recommandation interpelle car, implicitement, les médecins généralistes sont incités à suivre la grossesse et la période post natale, quitte à devoir être formés, alors que les sages-femmes détiennent déjà ces capacités. On peut penser que le peu de sages-femmes présentes dans le nouveau plan périnatalité traduit le renforcement du modèle dominant d'appréhension de la grossesse et de l'accouchement. Ces deux situations continuent d'être médicalement perçues à risque nécessitant alors de manière systématique un environnement médicalisé. (13)

c) Le risque dépend-il du praticien ?

Une étude a été réalisée et a démontré que le facteur « risque » dépendait également du lieu d'exercice des praticiens. Ainsi dans des maternités à faible niveau de risque, la perception de celui-ci était beaucoup moins importante que dans les maternités dites à haut niveau de risque, maternités dans lesquelles les professionnels de santé étaient plus souvent confrontés à des complications.

Cette même étude a également mis en évidence des différences de pratique entre les pays (ici France, Belgique et Angleterre). Ainsi on pouvait observer des différences concernant la surveillance du travail et la réalisation des gestes techniques. Dans certains pays les médecins s'occupent également des accouchements physiologiques et il a alors été évoqué l'éventualité que l'importante place des médecins dans la physiologie pouvait augmenter cette perception du risque chez les sages-femmes. (14)

6. Le libre choix du praticien

a) Le code de santé publique

D'après le CSP « Le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir son médecin. Il doit lui faciliter l'exercice de ce droit. ». Le libre choix de son praticien est un droit du patient, il contribue à la confiance qu'il accorde à son praticien, et repose sur la responsabilité du praticien. Ce libre choix constitue un des piliers de l'exercice médical français actuel. Le CSP souligne également dans un autre article que « le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé et de son mode de prise en charge, sous forme ambulatoire ou à domicile (...) est un principe fondamental de la législation sanitaire. » (15,16)

b) La classification des maternités

Des recommandations ont été mises en place par la haute autorité de santé (HAS) afin d'orienter les patientes vers un type de suivi (professionnels, lieux d'accouchement) qui leur est adapté. Au sujet du suivi de grossesse, cette catégorisation du risque amène à constater que les sages-femmes ne peuvent s'occuper seules que des femmes faisant parties du suivi dit « A » c'est à dire « lorsque la grossesse se déroule sans situation à risque ou lorsque ces situations relèvent d'un faible niveau de risque ». Pour ce qui est des autres types de suivi, la sage-femme peut également y participer mais elle restera sous la complémentarité d'un spécialiste. (17)

Depuis les décrets du 9 octobre 1998, les maternités sont classées en trois types en fonction des niveaux de soins qu'elles peuvent apporter à la patiente et à son nouveau-né. Ces niveaux diffèrent par les unités de soins dont l'établissement dispose et par

conséquent dans leur prise en charge (possibilité ou non de réanimation néonatale, de soins intensifs etc). Les maternités n'accueillent donc pas toutes les mêmes genres patientes puisque celles-ci sont orientées en fonction de leur terme et/ou de la gravité de la pathologie. (18)

Toutes ces classifications en « type de suivi » et en « types de centres hospitaliers » peuvent alors prêter à confusion et générer le flou sur la profession de sage-femme. Selon son lieu d'exercice, elle n'aura pas la même responsabilité ni la même façon de prendre en charge les patientes.

c) Sage-femme, un professionnel de premier recours

Du fait de leurs nombreuses compétences et de leur expertise dans le suivi des grossesses physiologiques, les sages-femmes auraient vocation à être acteur médical reconnu de premier recours auprès des femmes en bonne santé. A ce jour, ce statut est reconnu seulement aux médecins généralistes, avec la mise en place par l'assurance maladie d'un parcours de soin coordonné et de la consultation initiale obligatoire par le médecin traitant. Cependant une dérogation a été mise en place, permettant aux patientes qui consultent une sage-femme d'être directement orientées auprès d'un spécialiste en cas de besoin sans devoir reconsulter le médecin traitant. Tout ceci vise à favoriser un meilleur parcours de soins, à fluidifier le suivi et la prise en charge des femmes en coordonnant l'action des professionnels de santé tout en contribuant à la réduction des dépenses publiques de santé. (19)

Mais cela peut prêter à confusion dans l'esprit des usagers ainsi que des professionnels de santé extérieurs au milieu obstétrical. Des questions légitimes sur leur profession (pas clairement définie) peuvent se poser : Toutes les sages-femmes ont-elles les mêmes compétences ? Ont-elles la même responsabilité et les mêmes droits ? Quelle différence existe-t-il entre un suivi par un médecin généraliste et celui d'une sage-femme ? Puisque les patientes en ont le choix, comment choisir justement ? Sur quoi repose le choix de la sage-femme concernant le suivi ou l'orientation de la patiente ? Un suivi par un professionnel qui a fait des études plus longues, dont le lieu d'exercice est présenté comme étant classé dans un « niveau » supérieur aux autres, dont les honoraires sont plus élevés, n'est-il pas bénéfique pour ma grossesse ou celle de ma patiente ?

7. Travailler en équipe : définition, conditions et intérêt

Une équipe est un groupe de travail qui œuvre ensemble pour atteindre un objectif commun à travers une interaction et une synergie des compétences et des idées. Travailler en équipe c'est se concentrer sur un objectif commun qui nécessite que chacun s'investisse et s'engage personnellement. La répartition des tâches doit être claire, en parfaite adéquation avec le profil des personnes concernées et connue par tous. La confiance mutuelle est également une condition indispensable, elle incite les personnes au partage permanent des connaissances.

Pour Roger Mucchielli, l'appartenance à une équipe donne un relief particulier et y ajoute le désir de collaborer au travail d'équipe en s'efforçant de promouvoir le succès de l'équipe. L'équipe a ses valeurs, ses codes moraux auxquels tous les soignants croient, adhèrent, ce qui fédère les agents et crée le véritable esprit d'équipe. (20)

Robert Mucchielli définit les conditions du travail en équipe de la manière suivante :

- La communication dans l'équipe est un élément indispensable pour toute collaboration. La circulation de l'information est la base même du travail en équipe : les membres doivent partager leurs idées pour être complémentaires et ne rien laisser au hasard.
- Exprimer les désaccords et les tensions
- Ne pas mettre en question la participation affective du groupe
- La volonté de suppléance d'un membre défaillant
- La connaissance préalable des aptitudes, réactions, initiatives de tous les autres membres par chacun
- La division du travail après élaboration en commun d'objectifs (20)

Les diverses professions de santé nécessitent une coordination entre les intervenants. Ces relations apportent une aide précieuse mais ne doivent pas dissimuler le fait que, c'est avant tout le patient qui doit être au centre d'intérêt. Seul un partenariat cohérent qui tient compte de la juste compétence de chacun peut contribuer à la qualité de prise en charge des couples et des enfants et l'épanouissement de chaque professionnel impliqué. (2)

Le travail en équipe n'est pas aisé et nécessite une certaine rigueur de la part des différents acteurs. Il trouve tout particulièrement sa place au sein des professions médicales puisque celles-ci sont amenées à travailler ensemble de manière directe (milieu hospitalier) ou indirecte (patient adressée à des confrères) pour un objectif commun : offrir la meilleure prise en charge possible adaptée à chaque patient. Il semble important que les professionnels connaissent les compétences de ceux avec qui ils collaborent afin que la prise en charge soit optimale.

8. Le glissement de compétences

La médicalisation de la grossesse et la pratique généralisée des accouchements remettent en cause l'autonomie des sages-femmes. On pourrait alors s'interroger sur un éventuel glissement de leurs compétences initiales vers une pratique para professionnelle sous tutelle médicale.

Le contexte hospitalier de leur activité professionnelle se définit par l'interdépendance et la technicisation. La répartition des tâches au sein des maternités s'organise de manière pyramidale par compétence. L'accouchement physiologique est du domaine de la sage-femme, mais elle sera rigoureusement encadrée par le médecin pour l'accouchement dystocique ou toutes autres situations pathologiques qui ne sont plus de son ressort. Il serait pourtant erroné d'assimiler proximité médicale et perte d'autonomie pour les sages-femmes. La notion de sécurité qui doit impérativement entourer le patient désigne alors le médecin comme le recours local obligatoire et disponible en cas de complication. (21) Là encore, par le fait qu'il se crée des remaniements d'attribution des tâches entre professionnels, l'image de la sage-femme peut être faussée.

9. La profession de sage-femme : point de vue des usagers

La profession de sage-femme est relativement peu connue du grand public, y compris des femmes qui sont pourtant les principales intéressées. Selon une étude réalisée en 2017, seul un faible pourcentage de femmes connaît les compétences des sages-femmes notamment en matière de gynécologie et de contraception. La majorité des femmes n'attribuent aux sages-femmes que des actes élémentaires propres à

l'accouchement, à la grossesse et son suivi. Elles reconnaissent des qualités humaines comme l'écoute, la douceur et le réconfort. L'étude montre également qu'une fois informées de cet éventail de compétences, les femmes seraient majoritairement prêtes à consulter une sage-femme pour un suivi gynécologique de prévention ou dans le cadre de leur contraception. (22)

Ces dernières années, en plus de l'évolution de la profession de sage-femme, s'ajoute la mise en place des systèmes ambulatoires, dont le but est de proposer une réhabilitation précoce et un retour rapide au domicile. Ceci nécessite alors une offre de soins en ville plus importante qui se heurte à une pénurie de gynécologues libéraux. Cependant, le recours à la sage-femme libérale tend à être généralisé dans le champ de la périnatalité via le dispositif programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) mis en place pour accompagner les femmes le plus tôt possible après l'accouchement. Ce dispositif ne permettrait-il pas de faire connaître l'exercice libéral de la sage-femme ainsi que ses compétences en matière de suivi post accouchement, y compris gynécologique ?

En 2013 les sages-femmes se sont mobilisées et ont manifesté afin que leur statut et leurs compétences soient précisés pour être reconnues comme professionnel de premier recours. Elles souhaitaient également pouvoir sortir de la fonction publique hospitalière afin d'accéder au statut de praticien hospitalier comme les médecins et être, de ce fait, plus autonomes.

En juin 2016, Marisol Touraine la ministre des affaires sociales et de la santé a lancé une campagne d'informations nationale sur le rôle et les compétences, récemment élargies des sages-femmes. Cette campagne avait pour but de faire connaître la diversité des missions qu'endossent les sages-femmes aujourd'hui.

Conclusion

Après un certain nombre de réformes (formation, compétences) des changements ont fait qu'aujourd'hui la sage-femme est devenue un professionnel médical autonome dans le champ de la physiologie. Ses compétences restent cependant peu connues des usagers y compris des femmes et, dans un contexte actuel où l'appréhension du risque prédomine et où les prises en charge sont grandement médicalisées, la sage-femme tend parfois à perdre cette autonomie. L'exercice de la profession semble imprécis pour les usagers et pour les professionnels de santé extérieurs au milieu obstétrical puisque selon le pays, le lieu d'exercice, l'établissement et/ou son fonctionnement interne, les sages-femmes n'exercent pas de la même manière ni dans les mêmes conditions avec, quelquefois, un champ d'action restreint.

En France, les sages-femmes bénéficient pourtant de la même formation initiale que les médecins, pharmaciens et dentistes, impliquant l'obtention d'un concours (PACES) pour accéder aux quatre années d'école. Les interrogations suivantes peuvent alors être posées : Est-il prévu par la suite, au cours de leur cursus respectif, un enseignement commun portant sur la profession de sage-femme pour en préciser les compétences, les actions, les droits... ? Sont-ils sensibilisés sur le fait qu'ils peuvent être potentiellement amenés à collaborer avec ces professionnels de santé ?

II - POPULATION ET METHODE

1. Population de l'étude

L'échantillon de l'étude

La population étudiée était composée d'étudiants clermontois de l'université Clermont Auvergne (UCA) inscrits dans les unités de formation et de recherches (UFR) de médecine, pharmacie et odontologie. Nous avons interrogé 1109 étudiants répertoriés sur les promotions ciblées par l'étude (600 en médecine, 291 en pharmacie et 218 en odontologie). Parmi ces étudiants, 266 ont répondu au questionnaire (156 en médecine, 47 en pharmacie et 63 en odontologie).

➤ *Les critères d'inclusion*

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Être étudiant.e au sein des UFR de médecine, pharmacie ou odontologie
- Être en deuxième, quatrième ou sixième année d'études
- Avoir reçu via la messagerie de l'ENT (Espace Numérique de Travail), un mail contenant le lien permettant de répondre au questionnaire
- Avoir répondu à toutes les questions obligatoires du questionnaire
- Savoir lire, comprendre et écrire le français

➤ *Les critères de non inclusion*

Les critères de non inclusion étaient les suivants :

- Refus de participation à l'étude
- Abandon au cours du questionnaire

2. Méthode

Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive de type transversale réalisée grâce à la diffusion d'un mail contenant un lien vers un auto-questionnaire auprès des étudiants

clermontois des universités de médecine, pharmacie et odontologie, par l'intermédiaire de l'ENT.

Rappel des objectifs

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les connaissances des étudiants en médecine, pharmacie et odontologie sur les compétences des sages-femmes. On comptait également un objectif secondaire qui était d'apprécier l'évolution de leurs connaissances sur les sages-femmes au cours de leurs études.

Critères de jugement

Les critères de jugement principal et secondaire étaient basés sur le taux de réponses correctes recueillies à l'issue du questionnaire.

Déroulement de l'étude et le recueil des données

Un lien vers un auto-questionnaire sécurisé en ligne, a été envoyé par mail par le biais des personnes responsables de la scolarité aux étudiants en deuxième, quatrième et sixième année d'études de médecine, de pharmacie et d'odontologie. Ce mail contenait une explication relative à la proposition de réponse au questionnaire ainsi que le lien permettant d'y accéder. Une lettre d'informations était jointe au mail expliquant plus en détails les objectifs de l'étude (annexe I).

Ce questionnaire visait à évaluer leur niveau de connaissances concernant de la profession et des compétences des sages-femmes. Dans un premier temps il a été testé auprès de divers étudiants extérieurs à la population ciblée par l'étude afin de vérifier sa faisabilité. Ces réponses n'ont pas été retenues dans le traitement des données.

Le questionnaire (annexe II) était composé d'une première série de questions d'aspect personnel telles que : le genre, la filière, l'année d'études, le nombre éventuel d'enfants, le fait d'avoir été informé.e ou non sur la profession de sage-femme. Une deuxième partie était présentée sous forme de cas clinique, permettant de confronter le participant à une situation concrète pour laquelle il devait sélectionner les réponses qu'il estimait justes. Quelques questions ouvertes permettaient au participant d'exprimer plus précisément son

ressenti. A l'issue du questionnaire, un document succinct répertoriant les compétences de la profession de sage-femme était accessible à chaque participant, reprenant notamment les propositions suggérées dans le questionnaire (annexe III). Le questionnaire a été diffusé une première fois le 9 octobre 2019, une relance a été formulée le 3 décembre 2019 pour les étudiants en odontologie et le 2 janvier pour les étudiants en médecine et pharmacie. Les données ont été réceptionnées jusqu'au 9 janvier 2020. Elles ont été saisies grâce au logiciel REDCap (Research Electronic Data Capture), logiciel avec lequel le questionnaire avait été élaboré.

L'analyse statistique des données

Une fois recueillies, grâce au logiciel REDCap, les données ont été exportées sur un tableau Excel afin de pouvoir être traitées à l'aide du logiciel EpiInfo.

Dans un premier temps, la population participant à l'étude a été décrite sous forme de fréquences (en pourcentages), précisant le nombre de participants pour chacune des caractéristiques personnelles demandées.

Les analyses ont été réalisées en considérant un risque d'erreur de première espèce de 5% sous le logiciel EpiInfo. Lorsque le degré de signification (p) était inférieur à 0.05 (risque $\alpha = 5\%$), la différence était considérée comme statistiquement significative.

La population a été décrite à l'aide des effectifs et des pourcentages associés pour les variables catégorielles au vu de leur distribution statistique.

Pour les questions 6 à 18, il a été calculé deux scores de connaissances pour chaque sujet. Les questions 19, 20 et 21 ont volontairement été exclues de ces scores du fait qu'elles abordaient le ressenti personnel, propre à chaque participant.

Un premier score (score 1) n'attribuait un point à la question donnée uniquement en cas de correspondance parfaite avec les réponses attendues. Un deuxième score (score 2) attribuait un point à la question dans le cas où les réponses fausses n'étaient pas cochées, quel que soit le nombre de réponses justes sélectionnées. La variable du score a été analysée en tant que paramètre de nature quantitative. Elle était ensuite comparée au sein de groupes indépendants afin de savoir quel groupe obtenait de meilleurs résultats et donc avait le plus de connaissances. Certaines questions ont été regroupées dans les comparaisons de scores car elles s'apparentaient au même domaine, il a donc été jugé

pertinent de les analyser conjointement. Une fois ces scores établis, quelques précisions étaient apportées sur la fréquence des propositions cochées majoritairement par les étudiants.

Les comparaisons entre groupes ont été réalisées grâce au test de T Student ainsi qu'au test ANOVA.

Les aspects éthiques et réglementaires

➤ *Avis de comités consultatifs*

Une déclaration au délégué à la protection des données du centre hospitalier universitaire (CHU) a été formulée. Une demande auprès des responsables administratifs des UFR de médecine, pharmacie et odontologie a également été réalisée avant de procéder à l'envoi des questionnaires.

➤ *Information et consentement*

Cette étude reposait sur des auto-questionnaires rendus anonymes par la méthode de distribution. En effet ces derniers ont été envoyés par le biais du service de scolarité des UFR. Une lettre d'information y était jointe, permettant d'explicitier les modalités de l'étude. Le consentement était implicite selon le souhait de la personne à participer ou non à l'étude, elle en était explicitement avisée dans la lettre d'information.

➤ *Anonymat*

Aucune information requise dans le questionnaire ne pouvait laisser transparaître l'identité du participant.

III - RESULTATS

1. Description de la population

Sur un total de 1109 mails envoyés, 266 questionnaires ont été recueillis et exploités, ce qui correspond à un taux de réponses de 24%.

La population initialement interrogée était constituée de 600 étudiants en médecine dont 211 en deuxième année, 213 en quatrième année et 176 en sixième année. Les étudiants en pharmacie étaient 291 à avoir été sollicités, parmi eux 110 étaient en deuxième année, 90 en quatrième année et 91 en sixième année. Pour ce qui est de la filière odontologie 218 étudiants ont été interrogés dont 78 en deuxième année, 76 en quatrième année et 64 en sixième année.

Le tableau ci-dessous décrit la population ayant répondu au questionnaire :

Tableau I : Caractéristiques de la population initialement étudiée

		Effectifs totaux n (%)	Sexe féminin n (%)	Age, m ± Et	Ayant eu des informations sur les SF n (%)
ANNEES	2 ^e A	103 (38,7)	76 (73,8)	19,5 ± 1,3	55 (53,4)
	4 ^e A	84 (31,6)	61 (72,6)	21,9 ± 1,5	52 (61,9)
	6 ^e A	79 (29,7)	52 (65,8)	24,5 ± 2,8	43 (54,4)
	p-value	/	0,47	< 0,001	0,46
FILIERES	Med	156 (58,6)	112 (71,8)	20,3 ± 4,3	91 (58,3)
	Pharma	47 (17,7)	34 (72,3)	20,8 ± 5,8	19 (40,4)
	Odonto	63 (23,7)	43 (68,3)	21,6 ± 6,7	40 (63,5)
	p-value	/	0,85	0,0047	0,04

Med : médecine ; Pharma : pharmacie ; Odonto : odontologie ; SF : sage-femme ;

n : effectif ; m : moyenne ; et : écart-type

Au sein de cette population on retrouve 189 femmes, dont 3 ayant déjà eu au moins un enfant, et 77 hommes dont 1 ayant déjà eu au moins un enfant.

L'âge global de cette population était de 21,7 ans \pm 2,8. On retrouve un âge minimal de 18 ans et un âge maximal de 41 ans.

Au sein de cette population, 150 (31,6%) étudiants avaient reçu des informations sur la profession de sage-femme.

Parmi ces 266 étudiants, 105 n'ont pas répondu intégralement au questionnaire et ont donc été écartés de l'analyse statistique afin de ne pas considérer à tort leur non-réponse comme un manque de connaissance. Finalement, la population étudiée était constituée de 161 étudiants, ce qui correspond à un taux de réponse de 14,5%.

Le tableau ci-dessous présente la population ayant répondu à l'intégralité des questions obligatoires.

Tableau II : Caractéristiques de la population finale étudiée

		Effectifs totaux n (%)	Sexe féminin n (%)	Age, m \pm Et	Ayant eu des informations sur les SF n (%)
ANNEES	2 ^e A	57 (35,4)	48 (84,2)	19,7 \pm 1,7	30 (52,6)
	4 ^e A	53 (32,9)	41 (77,3)	21,9 \pm 1,3	37 (69,8)
	6 ^e A	51 (31,7)	31 (60,8)	24,8 \pm 3,3	27 (53)
	p-value	/	0,03	< 0,001	0,12
FILIERES	Med	85 (52,8)	62 (73)	21,4 \pm 2,1	52 (61,2)
	Pharma	34 (21,1)	26 (76,5)	22,6 \pm 3,5	15 (44,1)
	Odonto	42 (26,1)	32 (76,2)	22,8 \pm 3,9	27 (64,3)
	p-value	/	0,9	< 0,001	0,15

Med : médecine ; Pharma : pharmacie ; Odonto : odontologie ; SF : sage-femme ;

n : effectif ; m : moyenne ; et : écart-type

Pour la suite de l'analyse, nous nous focaliserons donc sur ces 161 participants.

Au sein de cette population on retrouve 120 femmes, dont 3 ayant déjà eu au moins un enfant, et 41 hommes étant tous sans enfant.

L'âge global de cette population était de 22,03 ans \pm 3,06. L'âge minimal était de 18 ans et l'âge maximal de 41 ans.

Ils étaient 94 (58,4%) à avoir été informés sur la profession de sage-femme.

Le tableau ci-dessous décrit la population ayant été exclue de l'étude suite à leur abandon au cours du questionnaire.

Tableau III : Description de la population exclue de l'étude pour cause d'arrêt au cours du questionnaire

		Effectifs totaux n (%)	Sexe féminin n (%)	Age m \pm Et	Ayant eu des informations sur les SF n (%)
ANNEES	2 ^e A	46 (17,3)	28 (60,8)	19,2 \pm 0,7	25 (54,3)
	4 ^e A	31 (11,6)	20 (64,5)	22 \pm 1,95	15 (48,4)
	6 ^e A	28 (10,5)	21 (75)	24 \pm 1,6	16 (57,1)
	p-value	/	0,28	< 0,001	0,78
FILIERES	Médecine	71 (26,7)	50 (70,4)	20,6 \pm 2,1	39 (54,9)
	Pharma	13 (4,9)	8 (61,5)	22,2 \pm 1,8	4 (30,8)
	Odonto	21 (7,9)	11 (52,4)	23,1 \pm 3	13 (62,9)
	p-value	/	0,21	< 0,001	0,18

Med : médecine ; Pharma : pharmacie ; Odonto : odontologie ; SF : sage-femme ; n : effectif ; m : moyenne ; et : écart-type

La population exclue de l'étude était constituée de 69 femmes toutes nullipares, et 36 hommes dont 1 ayant eu au moins un enfant.

L'âge global de cette population était de 21,3 ans \pm 2,5. L'âge minimal était de 18 ans et l'âge maximal de 31 ans.

Au sein de cette population, 56 (53,3%) étudiants avaient été préalablement informés sur la profession de sage-femme.

2. Connaissances des étudiants sur la profession et les compétences des sages-femmes

Deux scores de connaissances ont été établis pour les questions 6 à 18. Un premier score (score 1) qui n'attribuait un point à la question donnée uniquement en cas de correspondance parfaite avec les réponses attendues. Un deuxième score (score 2) qui attribuait un point à la question dans le cas où les réponses fausses n'étaient pas cochées, quel que soit le nombre de réponses justes sélectionnées.

Les questions 19 à 21 ont volontairement été exclues de ces scores car elles sollicitaient l'avis des participants et n'avaient à ce titre pas de réponses correctes.

Par la suite, les connaissances des étudiants ont été analysées par item car certaines questions s'apparentaient au même domaine. Elles ont été regroupées ainsi :

- Thème 1 : Généralité sur la profession de sage-femme (questions 6, 7, 8)
- Thème 2 : Suivi gynécologique et contraception (questions 9, 10)
- Thème 3 : Suivi de grossesse (question 11)
- Thème 4 : Prise en charge de la douleur au cours du travail (question 12)
- Thème 5 : Travail et accouchement (questions 13, 15, 16, 18)
- Thème 6 : Réanimation néonatale (question 14)
- Thème 7 : Post partum (question 17)

Deux tableaux rassemblent les résultats des scores de connaissance par thème en fonction des caractéristiques des individus (Annexes IV et V).

Il a tout d'abord été établi un score global sur l'ensemble des questions, tous thèmes confondus. Concernant le **score 1**, la moyenne était de 4,1 sur 13 avec un score minimal de 0 et un score maximal de 11. L'écart type était de 2,2. Pour ce qui est du **score 2**, la moyenne était de 10,2 sur 13 avec un score minimal de 6 et un score maximal de 13. L'écart type était de 1,6.

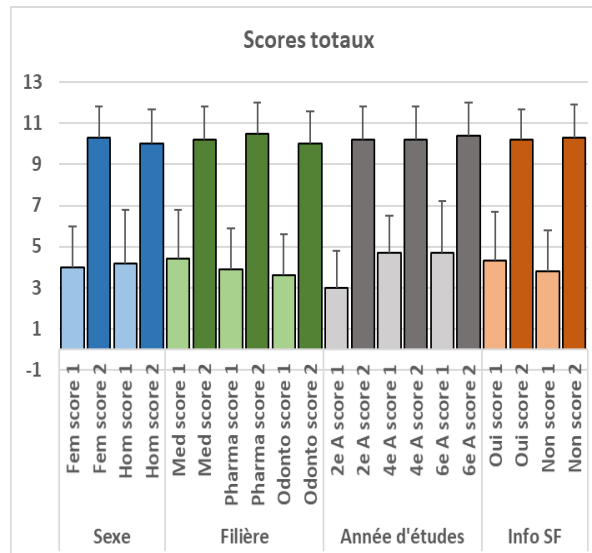


Figure 1 : Résultats totaux selon le score et les caractéristiques de la population

De plus, il a été calculé des scores intermédiaires par thématique, présentés ci-dessous.

➤ Thème 1 : la profession de sage-femme

Selon le score 1 : La note moyenne était de 1,4 sur 3 avec une note minimale de 0 et une note maximale de 3. L'écart type était de 0,6.

Selon le score 2 : La note moyenne était de 2,2 sur 3 avec une note minimale de 1 et une note maximale de 3. L'écart type était de 0,7.

De façon plus détaillée, 158 (98,1%) pensaient que pour devenir sage-femme il fallait avoir préalablement obtenu un diplôme d'état d'infirmière.

36 (24,2%) participants ont affilié les sages-femmes parmi les professions paramédicales.

Concernant les lieux d'exercice de la sage-femme, la quasi-totalité des étudiants ont coché « clinique privée » (158 soit 98,1%), et « hôpital public » (160 soit 99,4%). Ils étaient 148 (91,9%) à admettre que les sages-femmes travaillaient aussi en cabinet libéral, et 144 (88,8%) pour la protection maternelle et infantile (PMI). A propos des services où exercent les sages-femmes, 159 étudiants (98,8%) ont sélectionné « maternité », 156 (96,9%) « salle d'accouchement », 146 (90,7%) « consultation de grossesse et de gynécologie », 123 (76,4%) « service des grossesses à haut risque » et 132 (82%) « aux urgences gynéco-obstétricales ». Pour le « service de pédiatrie » les étudiants étaient

partagés puisque 82 (50,9%) d'entre eux pensaient que les sages-femmes y exerçaient, contre 79 (49%) qui n'avaient pas coché cette proposition.

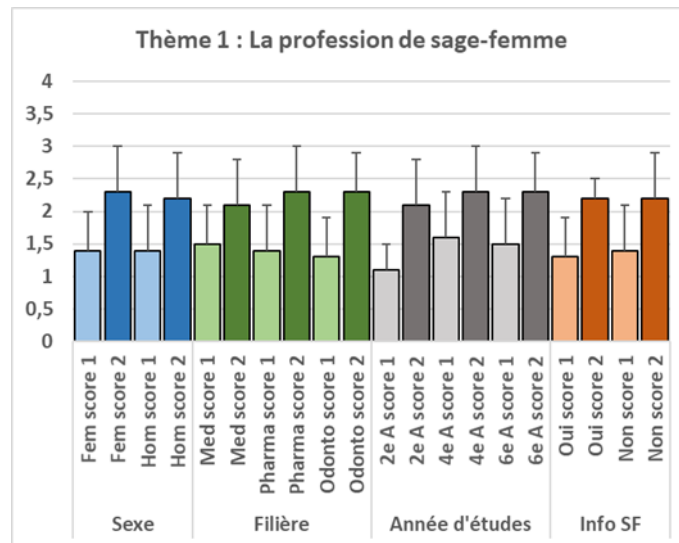


Figure 2 : Résultats du thème 1 selon le score et les caractéristiques de la population

➤ Thème 2 : Suivi gynécologique et contraception

Selon le score 1 : La note moyenne était de 0,6 sur 2 avec une note minimale de 0 et une note maximale de 2. L'écart type était de 0,7.

Selon le score 2 : La note moyenne était de 1,9 sur 2 avec une note minimale de 1 et une note maximale de 2. L'écart type était de 0,3.

Concernant la pratique de l'IVG par les sages-femmes, 99 (61,5%) étudiants ont répondu que la sage-femme était habilitée à la réalisation des IVG médicamenteuses, 13 (8,1%) pensaient que la sage-femme pouvait pratiquer les IVG chirurgicales. On retrouve 129 participants (80,1%) informés de la pratique du suivi gynécologique par la sage-femme, 125 (77,6%) ayant sélectionné qu'elle était apte à réaliser le frotti cervico-utérin et 100 (62,1%) ayant connaissance qu'elle était habilitée à la vaccination pour le papilloma virus.

Parmi les participants, 4 (2,5%) pensaient que toutes les proportions de la question 9 (concernant l'IVG, la vaccination et le frottis cervico-utérin) étaient fausses.

A propos de la contraception, la proposition déclarant que la sage-femme était habilitée à prescrire tous les types de contraceptifs a été sectionnée par 87 (54%)

participants. 103 (64%) ont estimé qu'en dehors de toute pathologie, la sage-femme pouvait poser, retirer et assurer le suivi complet des implants et des contraceptifs intra-utérins. Pour une majorité d'étudiants, la sage-femme joue un rôle de prévention auprès des femmes en matière de sexualité, contraception et grossesse, on constate que 156 (96,9%) étaient favorables à cette idée. Pour ce qui est de la prescription des bilans biologiques à la recherche de sérologies des infections sexuellement transmissibles (IST) 116 (72%) avaient validé cette proposition. On dénombre 107 (66,5%) étudiants ayant affirmé que la sage-femme pouvait prendre en charge des patientes mineures.

Parmi les participants, un seul (0,6%) pensait que toutes les proportions de la question 10 (concernant la contraception et son suivi, ainsi que la patientèle des sages-femmes) étaient fausses.

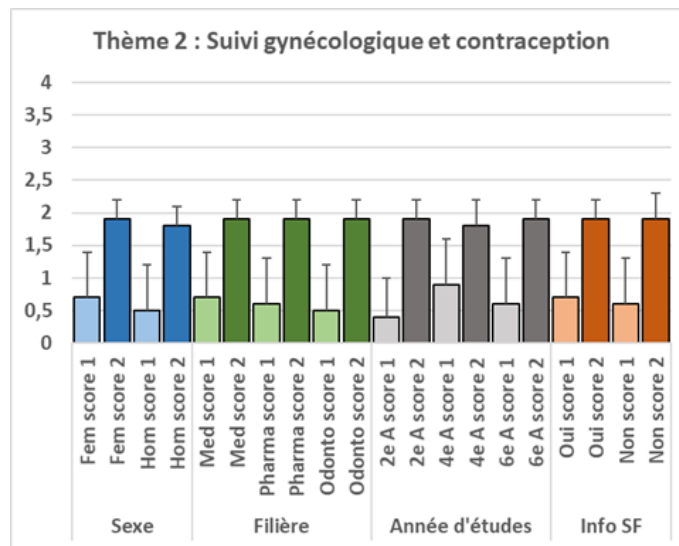


Figure 3 : Résultats du thème 2 selon le score et les caractéristiques de la population

➤ Thème 3 : suivi de grossesse

Selon le score 1 : La note moyenne était de 0,3 sur 1 avec une note minimale de 0 et une note maximale de 1. L'écart type était de 0,2.

Selon le score 2 : La note moyenne était de 1 sur 1. L'écart type était de 0.

Les participants étaient 95 (59%) à savoir que la sage-femme pouvait déclarer une grossesse. Ils étaient 81 (50,3%) à estimer qu'elle pouvait réaliser l'intégralité du suivi de grossesse (consultations mensuelles et échographies trimestrielles) et détecter les situations pathologiques. On note que 39 (24%) n'étaient pas informés du droit de

prescription des sages-femmes au cours de la grossesse. Pour 142 (88%) d'entre eux, la sage-femme peut pratiquer l'acupuncture et l'hypnose sous réserve de l'obtention du DU nécessaire. Une majorité de participants admettaient que la sage-femme puisse assurer les séances de préparation à la naissance et à la parentalité : 154 (95,6%).

Concernant cette question qui portait sur le suivi de grossesse, tous les étudiants ont coché au moins une réponse juste puisque la proposition 6 « toutes les propositions sont fausses » n'a été retenue par aucun d'entre eux.

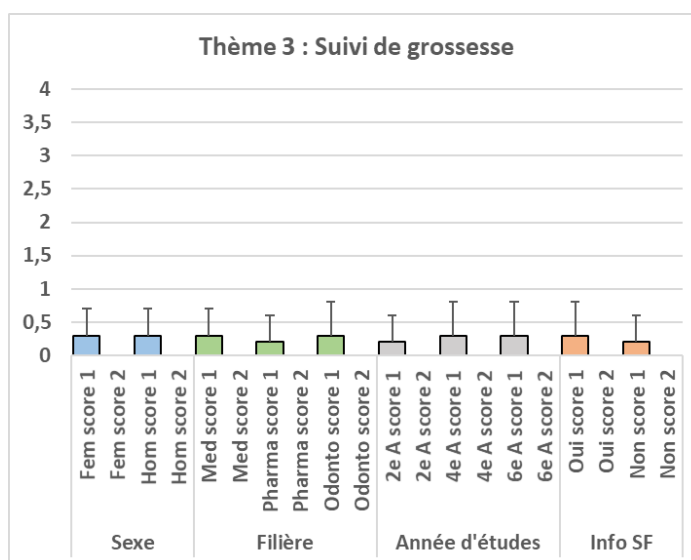


Figure 4 : Résultats du thème 3 selon le score et les caractéristiques de la population

➤ Thème 4 : Prise en charge de la douleur au cours du travail

Selon le score 1 : La note moyenne était de 0,14 sur 1 avec une note minimale de 0 et une note maximale de 1. L'écart type était de 0,34.

Selon le score 2 : La note moyenne était de 0,8 sur 1 avec une note minimale de 0 et une note maximale de 1. L'écart type était de 0,4.

Au sujet de l'administration de mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (MEOPA) par la sage-femme sans l'accord préalable du médecin, 56 (34,8%) participants avaient admis cette proposition comme juste. Quant à la pose de l'analgésie péridurale et la pratique de la rachianesthésie, on retrouve respectivement 22 (13%) et 8 (5%) participants ayant estimé qu'elles pouvaient être assurées par une sage-femme.

107 (66,5%) pensaient que les sages-femmes n'étaient pas en droit de réinjecter des produits anesthésiques une fois la péridurale mise en place.

Pour 145 (90%) étudiants, la sage-femme était autorisée à surveiller et repérer les effets secondaires et indésirables des produits anesthésiques chez les patientes.

Parmi les participants, 8 (5%) pensaient que toutes les proportions de la question 12 (concernant la prise en charge de la douleur) étaient fausses.

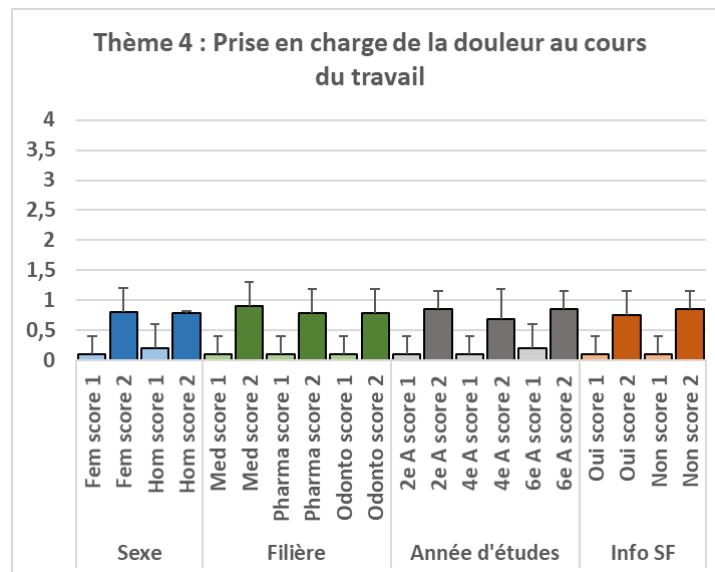


Figure 5 : Résultats du thème 4 selon le score et les caractéristiques de la population

➤ **Thème 5 : Travail et accouchement**

Selon le score 1 : La note moyenne était de 1,2 sur 4 avec une note minimale de 0 et une note maximale de 4. L'écart type était de 1,03.

Selon le score 2 : La note moyenne était de 2,8 sur 4 avec une note minimale de 1 et une note maximale de 4. L'écart type était de 0,9.

On compte 23 (14,3%) participants pour qui la sage-femme doit faire appel à l'obstétricien avant d'accompagner la patiente à initier les efforts expulsifs. Ils étaient 140 (87%) à considérer que la sage-femme seule était apte à prendre en charge la patiente au cours des 30 premières minutes de poussées si le rythme cardiaque fœtal le permettait. A propos de l'extraction instrumentale (utilisation de ventouse et forceps) on consigne 61 (37,9%) réponses favorables à cette pratique par les sages-femmes. Pour 57 (35,4%)

participants la sage-femme était habilitée à pratiquer l'épisiotomie au cours de l'accouchement. Enfin 153 (95%) déclaraient que la césarienne n'était pas pratiquée par les sages-femmes.

Concernant la question 13 portant sur l'accouchement, tous les étudiants ont coché au moins une réponse juste puisque la proposition 6 « toutes les propositions sont fausses » n'a été retenue par aucun d'entre eux.

S'agissant des sutures périnéales, pour 23 (14,3%) étudiants la sage-femme pouvait réaliser la réfection de tous types de lésions. On retrouve 108 (67%) étudiants s'accordant à dire que la sage-femme pouvait prendre en charge les lésions peu profondes n'atteignant pas le sphincter anal. On mentionne 57 (35,4%) individus ayant déclaré que la réfection d'épisiotomie faisait partie des compétences de la sage-femme. Enfin la sage-femme peut injecter si nécessaire des anesthésiques locaux afin de procéder à la réalisation des sutures pour 101 (62,7%) participants.

Parmi les participants, 20 (12,4%) pensaient que toutes les propositions de la question 15 (concernant la réfection des sutures et la pratique de l'épisiotomie) étaient fausses.

A propos du post partum immédiat, 96 (60%) étudiants ont déclaré que la sage-femme diagnostiquait et prenait en charge les hémorragies de la délivrance en attendant l'arrivée du médecin. Pour 114 (70,8%) personnes la sage-femme était en mesure de réaliser le premier examen clinique néonatal en salle de naissance. La sage-femme joue un rôle important dans le lien parents-enfant dès les premières heures de vie du nouveau-né selon 156 (96,9%) étudiants.

A la question 16 sur le post partum immédiat, tous les étudiants ont coché au moins une réponse juste puisque la proposition 4 « toutes les propositions sont fausses » n'a été retenue par aucun d'entre eux.

Au sujet de l'autonomie de la sage-femme au cours du travail et de l'accouchement, 42 (26%) ont jugé que la sage-femme pouvait prendre en charge seule l'accouchement de jumeaux et 27 (16,8%) la naissance d'un fœtus en siège. Ils étaient 17 (10,6%) à estimer que la sage-femme pouvait pratiquer une césarienne programmée avant la mise en travail. Concernant l'accouchement sans analgésie péridurale et

l'accouchement à domicile, on dénombre respectivement 119 (73,9%) et 137 (85,1%) réponses affirmant que la sage-femme pouvait les prendre en charge seule.

Parmi les participants, 5 (3,1%) pensaient que toutes les proportions de la question 18 (concernant l'autonomie de la sage-femme au cours du travail et de l'accouchement) étaient fausses.

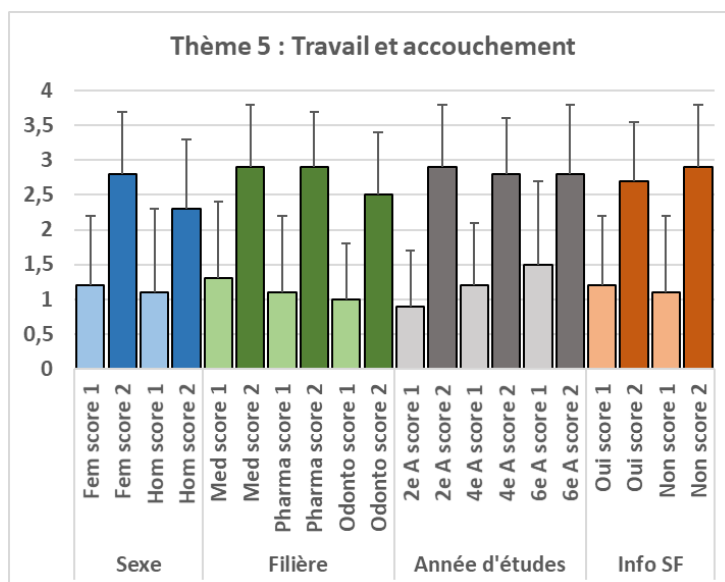


Figure 6 : Résultats du thème 5 selon le score et les caractéristiques de la population

➤ **Thème 6 : Réanimation néonatale**

Selon le score 1 : La note moyenne était de 0,3 sur 1 avec une note minimale de 0 et une note maximale de 1. L'écart type était de 0,46.

Selon le score 2 : La note moyenne était de 0,77 sur 1 avec une note minimale de 0 et une note maximale de 1. L'écart type était de 0,4.

A propos de la prise en charge néonatale par les sages-femmes, 107 (66,5%) ont affirmé qu'elles étaient en mesure de réaliser une désobstruction des voies aériennes supérieures du nouveau-né. Selon 121 (75,2%) étudiants, les sages-femmes pouvaient ventiler le nouveau-né et pour 116 (72%) elles pouvaient procéder au massage cardiaque si besoin. Parmi les réponses obtenues on en retrouve 31 (19,25%) affirmant que les sages-femmes étaient autorisées à intuber le nouveau-né en l'attente du pédiatre.

Parmi les participants, 5 (3,1%) pensaient que toutes les proportions de la question 14 (concernant la prise en charge de la réanimation néonatale) étaient fausses.

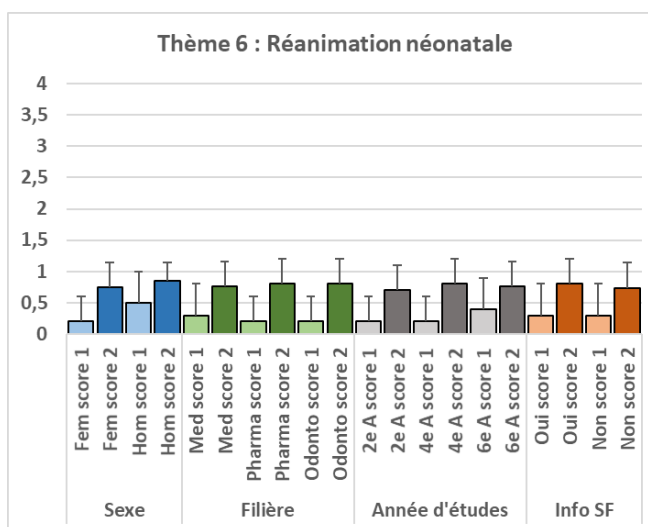


Figure 7 : Résultats du thème 6 selon le score et les caractéristiques de la population

➤ **Thème 7 : Post-partum**

Selon le score 1 : La note moyenne était de 0,17 sur 1 avec une note minimale de 0 et une note maximale de 1. L'écart type était de 0,38.

Selon le score 2 : La note moyenne était de 0,7 sur 1 avec une note minimale de 0 et une note maximale de 1. L'écart type était de 0,44.

Au sujet de la prise en charge par la sage-femme en maternité, 149 (92,5%) admettaient qu'elle puisse réaliser les surveillances nécessaires à la femme et son nouveau-né au cours du séjour. Les réponses sont partagées concernant la réalisation des injections et prélèvements chez le nouveau-né puisqu'on constate que 79 (49%) étaient favorables à cette idée. Il en est de même s'agissant de la vaccination par la sage-femme de l'entourage proche du nouveau-né car on retrouve en effet 86 (53,4%) propositions cochées à ce sujet. A propos de la rééducation périnéale post accouchement, 136 (84,5%) affirmaient qu'il s'agissait d'un acte pouvant être réalisé par une sage-femme. Pour 42 (26%) participants la sage-femme était en mesure de pratiquer le suivi pédiatrique du nourrisson dans l'année qui suit sa naissance.

Parmi les participants, un seul (0,62%) pensait que l'ensemble des proportions (concernant le séjour en maternité, la rééducation périnéale et la vaccination) étaient fausses.

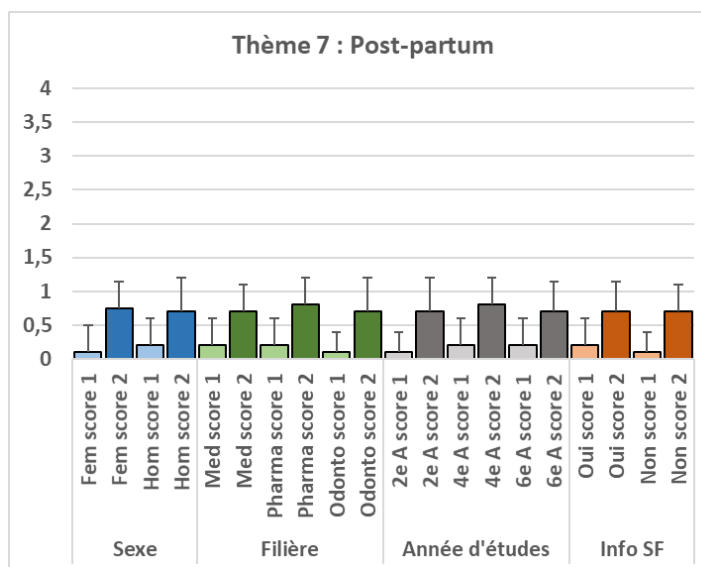


Figure 8 : Résultats du thème 7 selon le score et les caractéristiques de la population

3. Avis des étudiants sur la profession de sage-femme

Le questionnaire se terminait par trois questions recueillant l'avis personnel des participants. Ils étaient interrogés à propos de leur sentiment de connaissance sur la profession de sage-femme, l'importance qu'ils accordaient à la connaissance de celle-ci et enfin leur choix vis-à-vis de l'orientation des femmes auprès d'une sage-femme

➤ Importance de connaître la profession de sage-femme

Sur les 161 participants, 146 (90,7%) estimaient qu'il était important dans le cadre de leur future profession de connaître les compétences des sages-femmes.

Il s'agissait d'une question ouverte leur permettant d'étoffer la réponse : « Favoriser la coopération interprofessionnelle, le travail en équipe, la collaboration entre professionnels de santé, une prise en charge pluridisciplinaire optimale, préserver le bien être mère-enfant et optimiser le parcours de soins » était le message principal retenu par 60 (37,3%) étudiants.

Pour 49 (30,4%) étudiants, il était important de pouvoir « mieux informer les patientes et les adresser en cas de besoin ».

14 (8,7%) étudiants ont mis en avant l'importance de « valoriser les professions de santé et notamment la profession de sage-femme souvent confondue avec celle d'infirmière ».

Pour 17 (10,5%) étudiants il était important de connaître les compétences des sages-femmes « d'un point de vue personnel et par manque de connaissances, y compris concernant leur droit de prescription ».

13 (8,1%) étudiants jugeaient important d'être informés sur les sages-femmes « afin de ne pas empiéter sur les situations relevant de leurs compétences et ne pas orienter par défaut à un gynécologue »

Neuf (5,6%) étudiants ont estimé qu'il n'y avait pas de réel lien entre leur profession et celle des sages-femmes.

Trois (1,8%) étudiants ne savaient pas quoi en penser.

Deux (1,2%) étudiants ne jugeaient pas important de connaître les compétences des sages-femmes.

Un étudiant n'a pas répondu à cette question.

➤ **Sentiment d'avoir une information suffisante sur la profession de sage-femme**

119 (73,9%) participants estimaient insuffisantes leurs connaissances concernant la profession de sage-femme. Un tableau récapitulatif présente plus en détails la répartition de ces étudiants en fonction de leurs caractéristiques. (Tableau VI)

41 (25,5%) participants jugeaient qu'ils avaient suffisamment de connaissances sur la profession de sage-femme.

Un étudiant n'a pas répondu à cette question.

Tableau VI : Caractéristiques des participants ayant répondu favorablement aux questions 20 et 21

	Informations suffisantes sur la profession de SF		Orientation des patientes auprès d'une SF	
		p		p
Sexe : n (%)				
Femme	35 (29,4)		106 (89,1)	
Homme	6 (14,6)	0,08	37 (90,2)	0,8
Filière : n (%)				
Med	25 (29,4)		79 (93)	
Pharma	9 (27,3)	0,3	30 (90,9)	0,1
Odonto	7 (16,7)		34 (80,9)	
Années : n (%)				
2 ^e	14 (24,6)		50 (87,7)	
4 ^e	14 (26,9)	0,95	49 (94,2)	0,37
6 ^e	13 (25,5)		44 (86,3)	
Informés sur la profession de SF : n (%)	30 (31,9)	0,03	85 (90,4)	0,6
Oui	11 (16,7)		58 (87,9)	
Non				

SF : sage-femme ; Med : médecine ; Pharma : pharmacie ; Odonto : odontologie
n : effectif ; p : p-value

➤ Orientation des patientes auprès d'une sage-femme

Parmi les participants de l'étude, 143 (88,8%) orienteraient les patientes auprès d'une sage-femme pour un suivi gynécologique ou obstétrical. Un tableau récapitulatif présente plus en détails la répartition de ces étudiants en fonction de leurs caractéristiques. (Tableau VI)

17 (10,5%) participants déclaraient ne pas adresser leurs patientes auprès d'une sage-femme pour les raisons suivantes : « Méconnaissance des compétences des sages-femmes notamment en matière de gynécologie », « N'ayant pas encore eu affaire à ce genre de situation », « Non amenés dans le cadre de leur profession à aborder le suivi gynécologique avec les patientes », « faisant d'avantage confiance aux médecins qui ont une formation plus complète », « ayant un suivi personnel chez un gynécologue donc orienterait spontanément auprès d'un gynécologue ».

Un étudiant n'a pas répondu à cette question.

4. Evaluation de la connaissance sur la profession et les compétences des sages-femmes en fonction des caractéristiques de la population : analyses univariées

➤ Connaissances en fonction du genre

D'après le **score de connaissances 1** : La moyenne des scores chez les hommes était de 4,2 sur 13 et celle des femmes de 4 sur 13. Un test de T-student a été réalisé afin d'étudier la corrélation entre la variable quantitative qui est le score et la variable qualitative binaire qui est le genre. Il a été trouvé une p.value de 0,79 qui ne démontrait pas de différence statistiquement significative entre les femmes et les hommes.

Au sujet du **score de connaissances 2**, la moyenne chez les femmes était de 10,3 sur 13, chez les hommes de 9,9 sur 13. On trouvait une p.value égale à 0,23 ne démontrant pas de différence statistiquement significative.

➤ Connaissances en fonction du niveau d'étude

D'après le **score de connaissances 1** : Chez les étudiants en deuxième année la moyenne était de 3 sur 13, pour ceux en quatrième année elle était de 4,7 sur 13 et enfin pour ceux en sixième année elle était de 4,7 sur 13. Afin d'étudier la corrélation entre la variable

quantitative qui est le score et la variable qualitative qui est l'année d'étude, il a été réalisé un test ANOVA dont la p-value était **inférieure à 0,001** ce qui révèle une différence statistiquement significative entre les années d'étude. L'année d'étude influe sur le taux de connaissance des étudiants.

En revanche concernant le **score de connaissances 2**, la p-value calculée par le biais du test ANOVA est égale à 0,74 ce qui signifie qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative et donc que le taux de connaissances des étudiants n'est pas influencé par le niveau d'étude. A l'issu du questionnaire coté par ce score 2 on retrouvait une moyenne chez les étudiants en deuxième année de 10,2 sur 13, pour ce qui concerne les étudiants en quatrième année la moyenne était de 10,2 sur 13 et enfin pour les étudiants en sixième année elle était de 10,4 sur 13.

➤ *Connaissances en fonction de la filière*

A propos du **score de connaissances 1**, nous retrouvons une moyenne de 4,4 sur 13 chez les étudiants en médecine, 3,9 sur 13 chez les étudiants en pharmacie et 3,6 sur 13 chez les étudiants en odontologie. Afin d'étudier la corrélation entre la variable quantitative qui est le score et la variable qualitative qui est la filière d'étude, il a été réalisé un test ANOVA dont la p-value était égale à 0,20 on en conclut donc qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative entre le taux de connaissance et la filière d'étude.

Selon le **score de connaissances 2**, la p-value calculée grâce au test ANOVA était égale à 0,28 ce qui nous amène à en conclure qu'il n'y a, là non plus, pas de différence statistiquement significative entre le taux de connaissances des étudiants et leur filière d'étude. Par le biais de ce score on obtenait une moyenne de 10,2 sur 13 chez les étudiants en médecine, 10,5 sur 13 chez les étudiants en pharmacie et 9,9 sur 13 chez les étudiants en odontologie.

➤ *Connaissances selon qu'il y ait eu ou non une information préalable sur la profession de sage-femme*

S'agissant du **score de connaissance 1**, la moyenne était de 4,32 sur 13 chez les étudiants ayant été préalablement informés sur la profession de sage-femme contre 3,8 sur 13 pour les autres. Un test de T-student a été réalisé afin d'étudier la corrélation entre la variable quantitative qui est le score et une variable qualitative binaire (informations préalables sur les sages-femmes : oui/non). La p.value était de 0,14, la différence n'était donc pas statistiquement significative. Le fait d'avoir ou non eu des informations sur la profession de sage-femme n'influencerait pas le taux de connaissances des étudiants sur ce questionnaire.

Quant au **score de connaissance 2**, il en résultait une moyenne de 10,2 sur 13 chez les participants ayant eu préalablement une information sur la profession de sage-femme et de 10,3 sur 13 chez les autres. Un test de T-Student a été réalisé afin d'étudier la corrélation entre ces deux groupes, il en résultait une p.value égale à 0,64 ne permettant pas de conclure à une différence statistiquement significative. Ainsi, le fait d'avoir ou non eu des informations sur la profession de sage-femme n'influencerait pas le taux de connaissances des étudiants sur ce questionnaire.

IV - DISCUSSION

1. Atteinte de l'objectif

L'objectif de l'étude était d'évaluer les connaissances des étudiants sur la profession et les compétences des sages-femmes. Il a été atteint puisque 161 réponses ont pu être analysées.

2. Les forces et les limites de l'étude

➤ Les forces de l'étude

Le questionnaire était élaboré sous forme de cas cliniques afin de confronter le participant à des situations concrètes. Ce choix avait pour but de le rendre le plus attractif et motivant afin qu'il soit mené à terme. Pour autant cela n'a finalement pas été aussi efficace qu'espéré puisque 105 abandons (questionnaires partiellement renseignés) ont été comptabilisés.

A l'issue de l'enquête, les participants avaient accès à un document succinct sur la profession de sage-femme enrichi des réponses aux questions et situations proposées.

La dernière question permettait aux participants d'émettre des remarques. Il a été retenu pour beaucoup une satisfaction, des encouragements, une « belle démarche », et même des remerciements pour les informations apportées.

➤ Les limites de l'étude

Cette étude limitée à quelques promotions d'étudiants de l'agglomération clermontoise ne permet pas de généraliser à l'échelon national.

Beaucoup de questionnaires n'ont pas été complètement renseignés (abandon) et ne sont donc pas pris en compte pour les statistiques finales. Est-ce que cela est dû à la complexité des situations, au nombre élevé de questions ou par manque d'intérêt d'étudiants s'estimant non concernés par les thèmes abordés ?

Le questionnaire proposé était axé sur des généralités et ne pouvait donc pas approfondir plus en détails les compétences et la profession de sage-femme.

Une des limites de l'étude a été la diffusion des questionnaires ; en effet des difficultés ont été rencontrées lors de la demande de diffusion auprès des étudiants de l'université : de longs délais de réponses, un premier refus d'envoi direct par le biais des adresses mail des étudiants, puis finalement accepté plusieurs mois après.

Bénéficiant d'une période limitée pour la réalisation de ce mémoire, des promotions d'étudiants de différents niveaux d'études au sein d'une même filière ont été interrogés afin d'être comparés. Il aurait été intéressant de questionner une seule même promotion (dans chacune des filières) et de l'interroger plusieurs fois au fil des années d'études afin d'apprécier l'évolution ou non des connaissances.

De plus, on peut supposer que certains étudiants ne se sentant pas concernés par ce sujet ou étant moins disponibles n'ont pas pris le temps de répondre. Ce qui entraînerait donc un biais d'auto-sélection et des biais de non-réponses.

3. Caractéristiques de la population

On retrouve une population majoritairement féminine avec 74,5% de femmes. Seul 1,8% d'étudiants avaient déjà eu au moins un enfant. Ce taux relativement faible et peu significatif, il n'a pas été pris en compte dans les comparaisons par caractéristiques. Les étudiants avaient entre 18 et 41 ans. L'âge moyen de cette population était de 22,03 ans \pm 3,06.

La population regroupait 52,8% d'étudiants en médecine, 21,1% en pharmacie et 26,1% en odontologie. On peut constater une participation plus importante chez les étudiants en médecine, plus nombreux au sein des promotions. Il aurait été intéressant d'avoir un pourcentage de participation similaire au sein de chaque filière.

On recensait 35,4% d'étudiants en deuxième année, 32,9% étudiants en quatrième année et 31,7% étudiants en sixième année. Il aurait été intéressant d'avoir là encore un pourcentage de participation similaire pour chaque niveau d'études. En effet au fil des années, les étudiants en santé seraient plus enclins à rencontrer des sages-femmes notamment par le biais de leurs stages et de ce fait d'avoir plus de connaissances à leur sujet.

Au sein de cette population, une majorité d'étudiants (58,4%) avaient été informés sur la profession de sage-femme (41,6% sans connaissances préalables). Cependant ces informations étaient probablement très hétérogènes et venaient de sources diverses plus ou moins fiables et justes.

On constate que 105 participants ont interrompu précocement le questionnaire. Bien que ces participants n'aient pas été inclus dans les analyses, il semblait intéressant de décrire cette population.

Celle-ci était composée de 71 (67,6%) étudiants en médecine, de 13 (12,4%) étudiants en pharmacie et de 21 (20%) étudiants en odontologie. Les participants étaient répartis dans les promotions de la manière suivante : 46 (43,8%) en deuxième année, 31 (29,5%) en quatrième année et enfin 28 (26,7%) en sixième année. Le sexe ratio était de 69 (65,7%) de femmes pour 36 (34,3%) d'hommes.

Parmi les participants ayant abandonné, une majorité appartenait à la filière « médecine », on peut alors se demander si ce taux important s'apparente au fait que cette filière était déjà sur-représentée dans la population initiale. Cela pourrait également s'expliquer par le fait que le questionnaire a pu leur sembler trop long ou complexe, ou encore qu'il ne leur a pas semblé adapté et en lien avec leur profession. Il en est de même pour les femmes et les étudiants en deuxième année, en effet ce sont deux caractéristiques majeures parmi les abandons, cependant, si on s'intéresse à la population initiale, on s'aperçoit qu'ils étaient déjà plus nombreux à être des femmes et à être en deuxième année ce qui pourrait expliquer que les abandons soient majoritaires pour ces deux caractéristiques.

Du fait de l'anonymat des participants, la cause d'interruption des questionnaires n'a pas pu être retrouvée.

4. Connaissances des étudiants

➤ Généralités sur la profession de sage-femme

Les étudiants étaient majoritaires à penser que pour devenir sage-femme il fallait préalablement obtenir un diplôme d'état d'infirmière puisque 158 (98,1%) d'entre eux ont validé cette proposition. Résultat étonnant puisque les étudiants interrogés étaient eux

aussi issus de la PACES et pouvaient également s'orienter vers la filière sage-femme sans pour autant avoir suivi une formation d'infirmière préalable. En comparaison, l'étude de A. Hugo portant sur la connaissance des étudiants clermontois de diverses filières, relève qu'une formation initiale d'infirmière était nécessaire pour devenir sage-femme. (23)

On note que pour 36 (24,2%) étudiants, la profession de sage-femme était affiliée parmi les professions paramédicales. Cette idée reçue concernant les sages-femmes se retrouve également chez les futurs professionnels de santé, ce qui est assez surprenant au vu de la proximité existante entre les professions de santé. Ils sont bien plus nombreux à méconnaître le statut des sages-femmes que les étudiants des universités clermontoises, toutes filières d'étude confondues, interrogés en 2016. (23)

Concernant les lieux d'exercice de la sage-femme, ils étaient une majorité à avoir correctement répondu. A l'image des stigmatisations de la profession, la sage-femme est principalement représentée comme un professionnel hospitalier. L'installation en constante augmentation des sages-femmes libérales est encore trop peu répandue.

En revanche au sujet de la formation et du statut de la profession, les participants semblent avoir des lacunes. Dans le CSP, les sages-femmes sont considérées comme une profession médicale, aux côtés des médecins et des chirurgiens-dentistes. (24) En revanche, ce même code les exclut de la famille des praticiens hospitaliers. « Les médecins, odontologistes et pharmaciens des hôpitaux nommés à titre permanent constituent le corps unique des praticiens hospitaliers dans toutes les disciplines médicales, biologiques, pharmaceutiques, odontologiques et leurs spécialités », déclare l'article R. 6152-3.(25) Les sages-femmes sont répertoriées dans le titre IV du Code de la fonction publique, aux côtés des paramédicaux. En 2014, en réponse à une grève nationale des sages-femmes, il en résulte la création d'un statut médical de la sage-femme des hôpitaux, il permettrait une reconnaissance du caractère médical de la profession et renforcerait la représentation des sages-femmes au sein des commissions médicales d'établissement. Pour autant le statut de praticien hospitalier ne leur sera pas attribué du fait que « contrairement aux médecins, pharmaciens et chirurgiens, elles n'ont pas affaire à des malades ». (26)

➤ Compétences en gynécologie et contraception

Au sujet du suivi gynécologique, on constate que les pratiques des sages-femmes sont encore peu connues y compris auprès des jeunes générations étudiantes chez qui on s'attend volontiers à une connaissance plus accrue sur le sujet. De nos jours, nous avons la chance de pouvoir accéder facilement à la contraception et de pouvoir bénéficier rapidement de consultations de suivi et de dépistage des IST, il en est de même concernant l'IVG. On pourrait donc s'attendre à ce que les étudiants, qui plus est en santé, soient mieux informés sur ces sujets mais aussi sur les professionnels spécialisés dans ces domaines.

D'autre part la santé génésique des femmes reste un sujet peu abordé et considéré. Cela pourrait susciter une interrogation sur l'intérêt qui lui est porté aux yeux du grand public et des futurs professionnels de santé.

La sage-femme est essentiellement connue par les étudiants en tant qu'acteur de prévention auprès des patientes dans les domaines de la grossesse, de la contraception et de la sexualité. Réponse quelque peu surprenante au vu des connaissances incomplètes des participants notamment dans ces domaines, or le dépistage, le suivi médical, la contraception font également partie de la prévention. Peut-être s'imaginent ils que la prévention passe uniquement par le biais d'échanges verbaux puisque les étudiants sont peu nombreux à savoir que la sage-femme est en mesure de prescrire un certain nombre de médicaments, dispositifs médicaux ou encore examens biologiques.

Les femmes, principales concernées par la contraception et le suivi gynécologique, ne sont pour autant pas plus informées des compétences de la sage-femme dans ce domaine. C'est ce qu'a révélé un sondage réalisé en 2017 pour le conseil national de l'ordre des sages-femmes (CNOSF). Celui-ci montrait que sur un échantillon de 1064 femmes interrogées, 54% savaient qu'une sage-femme est habilitée à prescrire un moyen de contraception. Sur ce même échantillon 69% des femmes envisageaient d'aller consulter une sage-femme pour une contraception. On note une légère amélioration depuis 2014, où ce même questionnement avait été réalisé, pour autant les chiffres restent peu satisfaisants. (27)

De plus rappelons que la sage-femme, reste un professionnel médical apte à exercer et assurer, dans son champ de compétences, le suivi médical des patientes tout au long de leur vie et de les orienter directement vers un professionnel de santé sans avoir recours au médecin traitant. (19)

➤ **Le suivi de grossesse**

Concernant le score de connaissances 2 on constate que les étudiants ont tous obtenu la même note, le logiciel conclut donc que le test statistique n'est pas pertinent et nous donne un p.value « non applicable » puisqu'il n'existe pas de différences comparables.

On compte un assez faible pourcentage de réponses justes concernant le suivi de grossesse et la déclaration de grossesse, d'autant plus si l'on prend en considération que la profession de sage-femme est essentiellement connue pour être au cœur de la grossesse et de la naissance. Dès lors qu'il est question d'attribuer aux sages-femmes des actes décisionnaires et engageant une importante part de responsabilité, les participants sont bien moins nombreux à sélectionner les propositions, ce qui reste finalement cohérent avec l'idée qu'ils ont de la sage-femme en tant que professionnel paramédical.

Le droit de prescription des sages-femmes reste faiblement connu y compris auprès des professionnels de santé expérimentés. En effet dans une étude réalisée sur la connaissance des pharmaciens d'officine à propos du droit de prescription des sages-femmes, on retrouve un certain nombre de praticiens méconnaissant ou ne sachant pas répondre à la question sur la prescription de médicaments et de dispositifs médicaux par la sage-femme. (28)

➤ **La prise en charge de la douleur au cours du travail**

Les étudiants sont assez peu informés sur la prise en charge de la douleur par la sage-femme, bien que la question posée ne ciblait que quelques moyens de prise en charge seulement. Pourtant dans la société, la majorité des représentations et discours des femmes concernant le travail et l'accouchement mettent en avant l'aspect douloureux qu'ils génèrent.(29) De nos jours, il existe un certain nombre d'alternatives permettant aux femmes de mieux gérer cette douleur et les sages-femmes sont en première ligne pour

les aider à la contrôler et l'apaiser. Il n'aurait pas été surprenant de constater des connaissances plus poussées de la part des étudiants sur cette question. Il en était de même dans une étude réalisée en 2017 s'adressant aux internes en médecine générale, là aussi les compétences des sages-femmes concernant la prise en charge de la douleur étaient peu connues par les participants. (30)

➤ **Le travail et l'accouchement**

Les étudiants méconnaissent les compétences des sages-femmes au cours de l'accouchement notamment en ce qui concerne le début des efforts expulsifs, l'extraction instrumentale ou encore la pratique de l'épisiotomie. Or cette profession est essentiellement connue pour la prise en charge des femmes lors de l'accouchement, de ce fait il est surprenant que les compétences des sages-femmes s'y rattachant ne soient pas davantage connues. Dans un mémoire portant sur l'image de la sage-femme chez la nullipare, l'auteur démontre que presque un quart des patientes pensent que la sage-femme peut pratiquer la surveillance du travail mais que l'accouchement est réalisé par l'obstétricien. Seule la moitié des femmes savent que la sage-femme peut procéder à des prélèvements et injections chez le nouveau-né. Elles sont majoritaires à savoir que la sage-femme est en mesure de diagnostiquer et suivre une grossesse, il en est de même en ce qui concerne les premiers soins et examens au nouveau-né. (31)

En matière de sutures périnéales les connaissances des étudiants restent encore incertaines. En effet ils sont nombreux à méconnaître la capacité des sages-femmes à pratiquer la réfection périnéale après une épisiotomie, et certains pensent qu'elles sont habilitées à suturer tout type de plaies périnéales. En comparaison à une autre étude questionnant les étudiants sur les compétences des sages-femmes, on peut remarquer que seuls 45% des participants savaient que la sage-femme était en mesure d'effectuer des actes de petite chirurgie du périnée et leur réfection lors de l'accouchement. (23)

Les participants sont globalement bien informés concernant le post partum immédiat en salle de naissance. Parallèlement, dans une étude portant sur l'activité des sages-femmes en salle de naissance, il est rapporté que les femmes interrogées mentionnent peu de gestes

techniques et de surveillance réalisés par la sage-femme notamment dans le post partum immédiat. (32)

On constate que les étudiants connaissent plutôt bien les différentes situations dans lesquelles une sage-femme peut prendre en charge seule la parturiente au cours du travail et de l'accouchement. Concernant la naissance de jumeaux ou de fœtus en siège, cela peut en effet porter à confusion chez les étudiants, puisque ce sont des naissances à priori physiologiques et de ce fait pourraient être intégralement prises en charge par une sage-femme. Pourtant, il s'agit de grossesses dont l'accouchement peut être amené à se compliquer et de ce fait, selon les pratiques hospitalières, peut exiger la présence ou du moins la proximité du médecin.

➤ **La réanimation néonatale**

Les étudiants ont de bonnes connaissances sur la prise en charge néonatale immédiate après de la naissance. Concernant la dernière proposition sur l'intubation du nouveau-né celle-ci pouvait prêter à confusion puisqu'en pratique les sages-femmes réalisent de manière extrêmement rare ce geste. En effet il est préférable de ventiler correctement un nouveau-né en attendant qu'une personne expérimentée réalise l'intubation sans perdre de précieuses secondes d'oxygénation. De plus la nécessité de ce geste reste plus fréquente dans les maternités de niveau 3, où les médecins sont présents sur place et peuvent rapidement prendre le relai. Les étudiants étaient cependant presque 20 % à répondre correctement à cette proposition.

Si l'on s'en refaire à une étude portant sur la réanimation néonatale par les sages-femmes réalisée en 2015, on constate en effet que la désobstruction des voies aériennes supérieures, la stimulation ainsi que la ventilation au masque sont assez régulièrement pratiquées. En revanche en ce qui concerne l'intubation et le massage cardiaque externe ce sont des situations rarement voire jamais rencontrées. Les sages-femmes déclarent pour la majorité ne pas se sentir à l'aise avec ces gestes notamment dû au manque de pratique, au manque de formation initiale ou encore par le stress qu'engendre la situation. (33)

➤ Le post-partum

Les étudiants étaient nombreux à connaître la pratique des sages-femmes au cours du séjour en maternité ainsi que leur capacité à prendre en charge la rééducation périnéale. En revanche, concernant la prise en charge du nouveau-né puis du nourrisson, ainsi que la vaccination de l'entourage proche du nouveau-né, ils étaient bien plus nombreux à méconnaître leurs compétences dans ces domaines. Pour beaucoup, la prise en charge néonatale en maternité est spontanément attribuée aux pédiatres puisque ce sont eux qui autorisent la sortie du nouveau-né après qu'ils l'aient examiné. Les auxiliaires de puériculture occupent également une place importante auprès des nouveau-nés, ce qui peut laisser imaginer aux étudiants que la sage-femme consacre peu de temps à celui-ci mais davantage à la mère.

Une étude interrogeait les femmes sur la profession de sage-femme, celles-ci étaient un peu plus nombreuses à affirmer que la sage-femme pouvait réaliser un examen sanguin ou une injection au nouveau-né (54,8%). En revanche on note que pour 74,4% d'entre elles, une sage-femme pouvait pratiquer la rééducation périnéale. (34)

➤ Connaissances globales portant sur l'intégralité du questionnaire

On constate que les notes sont meilleures si l'on considère le score de connaissances 2, puisque cette notation est beaucoup moins sévère. En effet le score de connaissances 1 n'attribuait un point uniquement si le nombre de propositions sélectionnées par l'étudiant correspondait parfaitement aux réponses attendues. En revanche en ce qui concerne le score 2, le point était accordé à la question à compter du moment où les réponses fausses n'avaient pas été cochées et ce quel que soit le nombre de réponses justes sélectionnées. On peut donc se demander si ce deuxième score est assez représentatif des connaissances des étudiants ou s'il attribue excessivement des points à des étudiants qui, par manque de connaissances, auraient volontairement coché peu de réponses sans savoir si elles étaient justes ou fausses.

Il en résulte des connaissances lacunaires chez ces étudiants. Bien qu'ils soient nombreux à répondre correctement à certaines propositions, les connaissances restent globalement

hétérogènes y compris concernant la grossesse et l'accouchement, deux domaines pourtant situés au cœur de la profession de sage-femme. Ils obtiennent de meilleurs résultats aux questions se rapportant au suivi de grossesse et à l'accouchement, en revanche ils maîtrisent moins les domaines de compétences des sages-femmes en gynécologie, contraception, post partum ou réanimation néonatale à l'image des idées répandues au sein de la population générale. Cela s'explique peut-être par le fait que la grossesse et l'accouchement restent des souvenirs plus marquants des moments où ils ont été amenés à croiser des sages-femmes. Cependant on pourrait s'attendre à une meilleure connaissance chez les futurs professionnels de santé qui ont partagé des enseignements communs avec les sages-femmes au cours de leur formation.

Pour les étudiants qui font des stages hospitaliers et qui sont de ce fait amenés à travailler avec des sages-femmes, la méconnaissance du recours ou non au médecin pour les prescriptions et les actes techniques peut s'expliquer en partie : formés par des internes et des médecins, les étudiants ne sont témoins que des situations où la sage-femme fait appel à ces derniers pour des causes pathologiques ou en cas de demande d'avis. Ainsi dans ces situations le médecin leur apparaît comme prescripteur et acteur de la prise en charge.

Le droit de prescription et le champ de compétences des sages-femmes est en perpétuelle évolution, établissant parfois une délimitation trouble entre la possibilité de prise en charge de la pathologie par les sages-femmes ou non. Cela génère, là encore, certain nombre de confusions concernant la profession.

La profession de sage-femme évolue constamment ce qui peut également troubler son image si la communication de ses avancées n'est pas assurée. En effet on peut mentionner qu'en juin 2016 elles ont été autorisées à pratiquer l'IVG par voie médicamenteuse et également à pratiquer la vaccination chez l'entourage de la femme enceinte (jusqu'à 8 semaines après l'accouchement). (5) Depuis le 11 mars 2016 elles peuvent, au même titre que les médecins, coter des actes en classification commune des actes médicaux (CCAM). (35)

5. Avis des étudiants sur la profession de sage-femme

➤ Importance de connaître la profession de sage-femme

Dans le cadre de leur future profession, on remarque qu'une majorité de participants accordaient de l'importance à connaître les compétences des sages-femmes. Les messages clés pour ce choix de réponse concordaient vers la coopération interprofessionnelle, le travail en équipe, la collaboration, une prise en charge optimale, préservation du bien être mère-enfant et optimisation du parcours de soins.

D'autres étudiants avançaient l'idée de la nécessité d'informer correctement les patientes en cas de besoin. Pour d'autres il semblait important de valoriser les professions de santé notamment la profession de sage-femme souvent confondue avec celle d'infirmière. Certains ont évoqué être en manque de connaissances d'un point de vue personnel. Il en ressort également l'idée de respect des compétences de chacun et ainsi de ne pas déborder sur celles des sages-femmes, notamment en orientant directement les patientes auprès d'un médecin.

Quelques étudiants estimaient ne pas établir de réel lien entre leur profession et celle des sages-femmes. Seul un très faible pourcentage d'étudiants a jugé sans importance le fait d'être informés sur les compétences des sages-femmes sans préciser la raison.

D'une manière générale, on constate qu'une grande majorité d'étudiants accordent de l'importance au fait d'être davantage informés sur la profession de sage-femme. Les messages clés sont plutôt valorisants et laisseraient sous-entendre qu'une certaine confiance pourrait être accordée aux sages-femmes, puisque celle-ci paraît indispensable pour pouvoir travailler en équipe.

Dans une étude réalisée en 2014, on peut constater que pour un peu plus de la moitié des sages-femmes interrogées, les médecins méconnaissent leurs compétences en salle de naissance. Un certain nombre d'entre elles rencontraient des difficultés dans leur collaboration avec les médecins, mais la majorité déclaraient en être plutôt satisfaites. Puis, interrogés à leur tour, les médecins et internes ont précisé que l'impact médico-légal les conduisait à réaliser eux même des actes du ressort de la sage-femme et ce essentiellement dans des contextes d'urgence ou encore par manque de confiance envers

la sage-femme. Les médecins étaient dans l'ensemble satisfaits de la collaboration avec les sages-femmes, de même pour les internes. (36)

➤ **Sentiment d'avoir une information suffisante sur la profession de sage-femme**

Une majorité de participants estimaient insuffisantes leurs connaissances concernant la profession de sage-femme. Pourtant, ils étaient 94 à avoir répondu qu'ils avaient eu préalablement des informations sur cette spécialité. Les sources d'informations étaient probablement hétérogènes et peut être pas toutes aussi fiables.

De plus, cette question se situe dans les dernières posées, les étudiants ont donc répondu en amont aux autres questions et se sont peut-être retrouvés face à des propositions difficiles auxquelles ils ne savaient pas répondre, d'où leur sentiment une fois ce questionnaire terminé.

La profession de sage-femme est peu connue du grand public mais également des futurs professionnels de santé qui seront amenés pour certains à collaborer de manière plus ou moins directe avec elles.

➤ **Orientation des patientes auprès d'une sage-femme**

On peut remarquer qu'une majorité de participants (88,8 %) orienteraient les patientes auprès d'une sage-femme pour un suivi gynécologique ou obstétrical. Ce qui est plutôt gratifiant pour la profession, malgré le sentiment de manque de connaissances de la part des participants. La question qui peut se poser est alors la suivante : Au vu des connaissances incomplètes sur les domaines de compétences des sages-femmes, orienteraient-ils à bon escient ?

Cependant 10,5 % des participants déclaraient ne pas adresser leurs patientes auprès d'une sage-femme pour cause de « Méconnaissance des compétences des sages-femmes notamment en matière de gynécologie », « N'ayant pas encore eu affaire à ce genre de situation », « Non amenés dans le cadre de leur profession à aborder le suivi

gynécologique avec les patientes », « faisant davantage confiance aux médecins qui ont une formation plus complète », « suivi personnel chez un gynécologue donc orienterait spontanément auprès d'un gynécologue ».

Malgré les évolutions de la profession de sage-femme, il persiste chez certains un manque de confiance dû notamment à la différence de durée de formation entre les deux professions. Bien que les études soient en effet plus courtes pour les sages-femmes, on souligne que certains diplômes universitaires qui permettent un élargissement des compétences une fois le diplôme d'état obtenu, sont communs aux deux professions : sage-femme et médecin. (37) On constate également qu'au cours des études certains enseignements sont communs aux deux filières, au cours de la première année évidemment mais également plus tard dans la formation. (38) Les sages-femmes exercent dans le champ de la physiologie et adressent donc les patientes aux médecins en cas de situation pathologie. Les médecins, experts de la pathologie, maîtrisent évidemment eux aussi le domaine de la physiologie, bien qu'ils y soient moins souvent confrontés. Certains mettent en doute la compétence des sages-femmes dans ce domaine qu'elles gèrent au quotidien et auquel elles sont formées et expérimentées.

Une étude réalisée en 2008 portant sur la collaboration entre les sages-femmes libérales et les médecins généralistes montrait que celle-ci était qualifiée de « moyenne » à « médiocre ». On constatait que les praticiens n'orientaient que rarement les patientes à leurs consœurs et qu'il y avait un manque de communication. Une large majorité de sages-femmes jugeaient nécessaire de collaborer davantage. Les raisons évoquées au vu de cette coopération lacunaire étaient : le manque de connaissances des compétences des sages-femmes, le manque de temps, la notion de concurrence, la méconnaissance des professionnels travaillant dans l'entourage du cabinet, la manque de communication d'échange et de travail en réseau. (39)

Deux organisations concrétisent cette nécessaire coopération multidisciplinaire autour des patientes : les réseaux périnataux et les maisons de naissance. Les réseaux de santé en périnatalité sont mis en place en France depuis une vingtaine d'années et répondent à des impératifs réglementaires destinés à améliorer la santé périnatale. Il s'agit de structures de coordination, d'appui, d'évaluation et d'expertise médicale s'articulant autour de la

naissance. Ces réseaux interviennent sur l'ensemble du territoire régional et peuvent également compter des antennes territoriales lorsqu'une situation particulière le justifie. Un réseau de santé permet d'assurer une cohérence et une synergie renforcée des interventions dans le champ périnatal et de promouvoir la sécurité des soins et la qualité de la prise en charge des enfants vulnérables. Il regroupe des professionnels pluridisciplinaires, issus de modes d'exercices et d'établissements divers liés à la périnatalité. Le réseau contribue à la mise en œuvre de la politique nationale et régionale en santé périnatale et apporte son expertise à l'agence régionale de santé (ARS). Il aide et accompagne les acteurs de l'offre de soins, améliore l'articulation ville-établissements de santé ainsi que l'accès à l'IVG et contribue à la réduction des inégalités sociales de santé. (40)

Le réseau de santé en périnatalité d'Auvergne (RSPA) regroupe l'ensemble des spécialités médicales de la région prenant en charge le suivi des grossesses et des nouveaux nés. Il est constitué de dix maternités et de trois centres périnataux de proximité. Il fournit des informations utiles au suivi des grossesses, des enfants et à l'épanouissement des couples dans la période suivant la naissance de l'enfant. (41)

En 2007, les maisons de santé ont été introduites dans le CSP afin d'ouvrir aux professionnels libéraux un mode d'exercice collectif. Il s'agit de structures pluriprofessionnelles dotées de la personnalité morale et constituées entre professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Les sages-femmes peuvent donc intégrer des maisons de santé et travailler en équipe avec d'autres professionnels médicaux, favorisant ainsi le suivi des patients et une prise en charge optimale tout en assurant également la coordination avec l'hôpital. (42)

6. Connaissances des étudiants en fonction des caractéristiques de la population

Après une analyse du descriptif de la population étudiée, il a été constaté que les personnes ayant eu au moins un enfant étaient trop peu nombreuses pour être comparées

au reste de l'échantillon, c'est pourquoi la parité n'a pas été un critère de comparaison dans nos tests statistiques. Ceci dans le but d'éviter les biais et d'obtenir de ce fait des conclusions erronées.

On remarque que les étudiants interrogés se situaient essentiellement dans la tranche d'âge [19-25] ans, les autres tranches d'âge étant sous représentées il a été décidé de ne pas considérer cette caractéristique dans les tests statistiques de comparaison afin de ne pas biaiser les résultats.

➤ **Connaissances en fonction du genre**

Quel que soit le score utilisé, il n'est pas constaté de différence statistiquement significative. Les femmes et les hommes ont des taux de connaissances sensiblement similaires. On aurait pu s'attendre à avoir un taux plus élevé chez les femmes car étant plus directement concernée que les hommes par le suivi gynécologique, la contraception, la grossesse et l'accouchement.

➤ **Connaissances en fonction du niveau d'étude**

Si l'on considère le score de connaissances 1, on s'aperçoit que l'année d'étude influence sur le taux de connaissance des étudiants. En effet plus les étudiants progressent dans leur cursus, plus le taux de connaissances semble s'accroître. Cela peut s'expliquer par le fait que plus les années passent et plus les terrains de stage se multiplient pour un même étudiant, lui permettant de ce fait de découvrir le domaine gynéco-obstétrical et être au contact des sages-femmes. De plus, au fil des années de formation, les acquis théoriques se font grandissants et se diversifient, incitant peut être certains à se questionner et s'informer davantage dans le domaine.

En revanche, si l'on prend en considération le score de connaissances 2, on ne démontre pas de différence entre l'évolution des connaissances au fil des années d'études.

➤ **Connaissances en fonction de la filière**

Quel que soit le score utilisé, on ne note pas de différence statistiquement significative. Les étudiants en médecine, pharmacie et odontologie ont des taux de connaissances

sensiblement similaires. Il n'aurait pas été surprenant de constater que les étudiants en médecine, les plus susceptibles d'interagir directement avec des sages-femmes dans le cadre de leur profession, aient de meilleurs résultats que les autres étudiants.

➤ **Connaissances selon qu'il y ait eu ou non une information préalable sur la profession de sage-femme**

Quel que soit le score utilisé, il n'a pas pu être mis en évidence de différence statistiquement significative. Le fait d'avoir eu ou non des informations préalables sur la profession de sage-femme ne semble pas être un facteur influençant le taux de connaissances des participants. On aurait pu s'attendre à trouver de meilleurs résultats chez les étudiants qui avaient déjà reçu des informations sur la profession de sage-femme avant de répondre au questionnaire. La question posée ne permettait pas d'avoir une réponse précise sur l'apport des informations. Il aurait été intéressant de demander quelle était la source de ces informations. De plus la qualité et quantité de ces informations étaient probablement très diverses pouvant expliquer ce résultat.

7. Projet d'action

L'étude a démontré que les étudiants manquaient de connaissances sur la profession de sage-femme.

A l'issue de chaque questionnaire, un document synthétique répondant notamment aux questions posées s'affichait systématiquement à l'écran du participant.

Au cours du cursus d'études, il semblerait pertinent pour chacune des filières travaillant en collaboration plus ou moins directe avec d'autres professionnels, de prévoir des séances dédiées à l'information et l'échange afin de favoriser une meilleure connaissance mutuelle notamment dans les compétences de chacun.

Concernant les futurs internes en médecine (notamment les pédiatres, gynécologue-obstétriciens et médecins généralistes), il pourrait être développées des séances de travaux pratiques ou mises en situation communes afin de simuler des situations réelles

nécessitant d'autant plus un travail en équipe. Par exemple pour ce qui concerne la prise en charge de la réanimation néonatale, de l'hémorragie de la délivrance, ou encore prise en charge/orientation d'une patiente pour un avis gynécologique ou obstétrical... A l'université de Lyon, il est proposé une unité d'enseignement librement choisie intitulée « médecine générale/maïeutique : interactions au quotidien ». Elle s'organise par séances de trois heures tout au long de l'année, afin d'aborder des thèmes communs aux sages-femmes et aux médecins généralistes : suivi gynécologique, suivi de grossesse, sexualité ou dépistage, suites de naissance,... (43)

Comme le fait remarquer l'association nationale des sages-femmes libérales (ANSFL), il serait judicieux que les professionnels de santé qui s'installent en libéral, et ce quelle que soit leur profession, se présentent systématiquement aux confrères et pharmacies environnants afin de favoriser une meilleure coopération/collaboration ; ainsi qu'une amélioration du parcours de soin des patients. (44)

La communication reste un élément indispensable pour favoriser un bon travail en équipe et une entente au sein des professionnels. Cette proximité et cette communication devraient être mises en place dès le début des études entre étudiants et professionnels. Par exemple, il pourrait être envisagé que les sages-femmes interviennent également dans la formation des internes de premier semestre afin de les éclairer sur leur savoir-faire auprès des femmes puisque ce sont des futurs spécialistes dans le domaine. Ils seront donc amenés à travailler en équipe avec des sages-femmes et de pouvoir leur faire confiance tout ayant connaissance de leur éventail de compétences. Dans cette même idée, les sages-femmes auraient tout aussi bien leur place dans la formation théorique des futurs spécialistes concernant la physiologie, tout comme les médecins participent à la formation des sages-femmes dans le domaine de la pathologie. Il est important que cette démarche d'échange soit mutuelle et réciproque pour une meilleure compréhension et confiance des uns envers les autres.

En 2019, une section maïeutique a été créée au sein du conseil national des universités (CNU), parallèlement il serait envisagé de mettre progressivement en place des postes de maitres.sses de conférences puis de professeur.e.s des universités en maïeutique, ceci

donnant alors aux sages-femmes une légitimité supplémentaire pour développer leur intervention dans l'enseignement au sein des UFR. L'appui nécessaire de cet enseignement sur une recherche scientifique spécifique aux sages-femmes et par les sages-femmes devra également être mis en place dans le cadre de ces réformes en cours. Ainsi, cela pourrait favoriser une meilleure lisibilité du savoir-faire des sages-femmes dans la sphère universitaire. (45)

Enfin, il semble important et nécessaire de persévérer dans la promotion de l'étendue des compétences de la sage-femme et d'abolir les stéréotypes existants à l'égard de la profession comme l'avait fait l'ANESF par le biais d'une vidéo diffusée sur le net en 2010. (46)

8. Du changement concernant l'accès aux études de sage-femme

Ces dernières années, si l'admission par la PACES pour les études de sage-femme restait la règle, certaines universités mettaient déjà en place des modalités particulières d'admission, à titre expérimental. A compter de la rentrée scolaire 2020, une réforme sur l'accès aux études de santé va être officialisée. La constante des expérimentations et de la réforme annoncée, reste l'existence d'au moins une première année commune entre les trois professions médicales et de pharmacie. Deux nouvelles voies d'accès seront possibles pour les bacheliers : le parcours d'accès spécifique santé (PASS) constitué d'enseignements majeurs en santé et plusieurs licences avec option accès santé (LAS) associées à une mineure de santé, avec un quota de places pour chacune d'elle. Le but étant de diversifier les profils des étudiants dans les filières de santé et de garantir des poursuites d'études et des perspectives d'insertion professionnelles variées que les étudiants soient admis ou non en filière de santé.

A l'UCA seront envisagées des unités d'enseignement (UE) de découverte des métiers de la santé. On peut penser que ces UE aborderaient en détails les possibilités et compétences dévolues aux professions médicales et donc aux sages-femmes. Les étudiants devront obligatoirement valider ces UE, qu'ils s'orientent en santé ou non par la suite. On peut en attendre une meilleure connaissance de cette profession chez les futurs professionnels de santé et également dans la population générale. (47)

CONCLUSION

Une majorité de personnes pense connaître la profession de sage-femme en l'associant uniquement à la grossesse et l'accouchement. Par sa constante évolution et la diversité de ses modes et lieux d'exercice, on constate une difficulté pour la société de cerner clairement les compétences des sages-femmes.

Le travail de recherche présenté avait pour but d'évaluer les connaissances des étudiants en santé (médecine, pharmacie et odontologie) sur la profession de sage-femme et ses compétences.

L'étude a permis de constater un manque de connaissances chez ces étudiants malgré leur proximité avec les sages-femmes et étudiantes sages-femmes : que ce soit lors de leur première année d'études commune, certains enseignements en commun au cours de la formation ou encore lors de stage en milieu hospitalier.

Les connaissances étaient lacunaires y compris concernant la grossesse et l'accouchement. Malgré ces résultats peu satisfaisants, une majorité d'étudiants étaient favorables au fait d'orienter des patientes auprès d'une sage-femme. Nombreux étaient ceux qui se sentaient peu informés sur la profession et qui trouvaient important de l'être. Une majorité de réponses convergeaient sur l'idée de coopération interprofessionnelle, travail en équipe, collaboration, prise en charge optimale, préservation du bien être mère-enfant et optimisation du parcours de soins.

Dans le cas où deux professions sont étroitement intriquées il semble primordial de créer un climat de confiance et d'entraide, en écartant cette idée de concurrence pour se focaliser sur un partage des connaissances favorable à la bonne santé de la femme et de l'enfant. L'implication se doit d'être mutuelle et réciproque, de ce fait il est important qu'en retour les sages-femmes fassent preuve de leurs solides aptitudes sur lesquelles les médecins peuvent s'appuyer.

Il en ressort que les compétences gynécologiques de la sage-femme sont peu connues. Elles sont relativement récentes, ce qui l'explique en partie. Mais on peut éventuellement être amené à nous interroger sur l'intérêt général porté à la santé génésique des femmes

chez le personnel soignant. Cette prise de conscience émerge depuis peu dans les réflexions sociétales accompagnant plus largement une revendication des femmes à une égalité et un respect dont l'histoire montre encore trop souvent qu'ils ne sont pas acquis, voir en régression en de nombreux endroits et circonstances.

Sexualité, contraception et prévention sont des sujets souvent peu abordés voire déclinés bien qu'ils soient au cœur de la vie des femmes et de leur bien-être. Le poids des représentations sociales liées au genre joue sur l'attitude des patients, du corps médical et des chercheurs. (48) L'étude et la recherche autour de cette question restent à envisager à cette échelle.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Lallement M. Sociologie des relations professionnelles. Paris: La découverte; 2008.
2. Vaast I. L'universitarisation de la formation de sage-femme et ses conséquences pour les structures de formation : entre dynamique de professionnalisation et remaniements de l'identité professionnelle des enseignants en maïeutique [Internet] [Thèse de doctorat : Sciences de l'homme et de la société]. [Lille]: Université de Lille; 2017 [cité 4 mai 2019]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01880616/document>
3. Nguyen F. Sage-femmerie ou maïeutique ? Doss Obstétrique. mai 2013;(426):17.
4. Blanchard L. Sages-femmes en Europe, vers une analyse comparative de la formation et des conditions d'exercice de la profession en Europe [Internet] [Mémoire : Sage-femme]. [Paris]: Université Pierre et Marie Curie; 2016 [cité 30 mai 2019]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01394096/document>
5. Conseil Nationale de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF). Les compétences des sages-femmes [Internet]. [ordre-sages-femmes.fr](http://www.ordre-sages-femmes.fr). 2017 [cité 10 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>
6. Dran C. Quelles sont les compétences de la sage-femme dans le domaine de la gynécologie ? Rev Sage-Femme. 2018;(17):143-7.
7. Vuille M. Les sages-femmes face à l'"accompagnement global" : quels enjeux professionnels et sociaux ? Perspect Soignante. 2000;(7):125-43.
8. Guyon E. Les compétences générales des sages-femmes. Rev Homéopathie. 2017;(8):38-40.
9. Cavillon M. La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs. Etudes Résultats. 2012;(791):1-8.
10. Midy F, Condinguy S, Delamaire M-L. La profession de sage-femme : trajectoires, activités et conditions de travail. Quest Déconomie Santé. 2005;(102):1-4.
11. Carricaburu D. De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : les enjeux d'une définition. Sociol Sociétés. 2007;39(1):123-44.
12. Carricaburu D, Castra M, Cohen P, Aballéa F, Bouakkaz-Loubriat C, Calvez M, et al. Risques et pratiques médicales. Rennes: Presses de l'école des hautes études en santé publique; 2010.
13. Carricaburu D. Entre coopération et concurrence : sages-femmes et obstétriciens face à la réforme de la périnatalité. In: Relations au travail, relations de travail,

Xemes Journées internationales de sociologie du travail, Rouen 24 et 25 novembre 2005. Rouen: Université de Rouen; 2005. p. 27-33.

14. Mead M, Bogaerts A, Reyns M, Poutas M, Hel S. Midwives' perception of intrapartum risk in England, Belgium and France. *Eur Clin Obstet Gynaecol*. 2006;2(2):91-8.
15. Article L1110-8. Code de la santé publique (2016).
16. Article R4127-6. Code de la santé publique (2004).
17. Haute Autorité de Santé (HAS). Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [Internet]. *has-sante.fr*. 2016 [cité 8 mai 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees
18. Société Française de Néonatalogie (SFN). Carte des maternités Type I, II, III [Internet]. SFN. 2016 [cité 10 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.societe-francaise-neonatalogie.fr/2016/07/04/carte-des-maternites-type-i-ii-iii/>
19. CNOSF. Faire de la sage-femme l'acteur médical de premier recours auprès de femmes en bonne santé [Internet]. *ordre-sages-femmes.fr*. 2016 [cité 19 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/proposition-n2/>
20. Motta JM. Pour une approche du travail en équipe : une application en service de soins [Internet]. *cadredesante.com*. 2003 [cité 22 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.cadredesante.com/spip/IMG/pdf/doc-110.pdf>
21. Schweyer F-X. La profession de sage-femme autonomie au travail et corporatisme protectionniste. *Sci Soc Santé*. 1996;14(3):67-102.
22. Lingen J. Contraception, suivi gynécologique de prévention et compétences dans ces domaines : quelle est la représentation des sages-femmes d'aujourd'hui ? [Internet] [Mémoire : Sage-femme]. [Grenoble]: Université Grenoble Alpes; 2017 [cité 2 mars 2019]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01560912/document>
23. Hugo A. Les connaissances des étudiants sur la profession de sage-femme. Enquête auprès de 2495 étudiants des Universités. [Internet] [Mémoire : Sage-femme]. [Clermont-Ferrand]: Université Clermont Auvergne; 2016 [cité 23 févr 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01566848/document>
24. Titre V, Profession de sage-femme. Code de la santé publique (2020).
25. Article R6152-3. Code de la santé publique (2006).
26. Bayle-Iniguez A. Touraine crée un statut médical de sage-femme des hôpitaux mais n'éteint pas la colère. *Quotid Médecin* [Internet]. 2014 [cité 20 févr 2020]; Sous presse. Disponible sur:

<https://www.lequotidiendumedecin.fr/hopital/touraine-creer-un-statut-medical-de-sage-femme-des-hopitaux-mais-neteint-pas-la-colere>

27. CNOSF. Journée mondiale de la contraception : la contraception et les Françaises : une information suffisante ? [Internet]. [ordre-sages-femmes.fr](http://www.ordre-sages-femmes.fr). 2017 [cité 20 févr 2020]. Disponible sur: http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2017/09/Dossier_contraception.pdf
28. Gache B. Connaissance des pharmaciens d'officine à propos du droit de prescription des sages-femmes [Internet] [Mémoire : Sage-femme]. [Clermont-Ferrand]: Université Clermont Auvergne; 2012 [cité 20 févr 2020]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/MEM-CLERM-ESF/dumas-00766787>
29. Daigremont C. Vécu et prise en charge de la douleur au cours du travail obstétrical. Etude à visée descriptive et interprétative dans une maternité de type I [Internet] [Mémoire : Sage-femme]. [Clermont-Ferrand]: Université Clermont Auvergne; 2019 [cité 18 mars 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02481500/document>
30. Roche A-L. Connaissances des compétences des sages-femmes par les internes en médecine générale [Internet] [Mémoire : Sage-femme]. [Limoges]: Université de Limoges; 2017 [cité 20 févr 2020]. Disponible sur: <https://aurore.unilim.fr/memoires/nxfile/default/d2eb7dcd-61c1-4458-b5bc-fef51d31e7c2/blobholder:0/M-SM2017-019.pdf>.
31. Hibrand N. Image de la sage-femme chez la nullipare [Internet] [Mémoire : Sage-femme]. [Paris]: Université Paris Descartes; 2010 [cité 20 févr 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00564314/document>
32. Depret M. L'information délivrée aux parturientes et l'activité des sages-femmes en salle de naissance [Internet] [Mémoire : Sage-femme]. [Lille]: Université Lille II; 2016 [cité 22 févr 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01382639/document>
33. Risdorfer De Issdentzi M. Sages-femmes et réanimation néonatale : état des lieux des compétences et de leur entretien en Auvergne. [Internet] [Mémoire : Sage-femme]. [Clermont-Ferrand]: Université Clermont Auvergne; 2015 [cité 20 févr 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01338786/document>
34. Gauvain A. Perception de la profession de sage-femme par les femmes [Internet] [Mémoire : Sage-femme]. [Caen]: Université de Caen Basse-Normandie; 2018 [cité 22 févr 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01866316/document>
35. Ameli. Codage des actes médicaux (CCAM) [Internet]. [Ameli.fr](http://www.ameli.fr). 2019 [cité 6 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sage-femme/exercice-liberal/facturation-remuneration/nomenclatures-codage/codage-actes-medicaux-ccam>

36. Paris C. État des lieux des connaissances des compétences légales des sages-femmes en salle de naissance : quelle collaboration entre sages-femmes et médecins ? [Internet] [Mémoire : Sage-femme]. [Bordeaux]: Université de Bordeaux; 2014 [cité 8 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.hal.inserm.fr/MEM-UNIV-BORDEAUX/dumas-01076692v1>
37. Collège National des Sages-femmes de France (CNSF). Pratiques professionnelles : échographie [Internet]. Collège National des Sages-femmes de France. 2019 [cité 3 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.cnsf.asso.fr/pratiques-professionnelles/echographie/>
38. Université Clermont Auvergne. DFGSMA - Diplôme de Formation Générale en Sciences Maïeutiques [Internet]. uca.fr. [cité 3 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.uca.fr/formation/nos-formations/catalogue-des-formations/dfgsma-diplome-de-formation-generale-en-sciences-maieutiques-11255.kjsp>
39. Bertrand L. Collaboration entre les sages-femmes libérales et les médecins généralistes : état des lieux et attentes [Internet] [Mémoire : Sage-femme]. [Toulouse]: Université Paul Sabatier; 2008 [cité 8 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.memoireonline.com/06/08/1149/collaboration-sages-femmes-liberales-medecins-generalistes.html>
40. Criballet G. Rôle de la fédération dans l'animation des réseaux de santé en périnatalité [Internet]. solidarites-sante.gouv.fr. 2016 [cité 23 févr 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cnnse_22_mars_16_ffrsp_v2_.pdf
41. Le réseau RSPA. Réseau de Santé Périnatal d'Auvergne (RSPA) [Internet]. auvergne-perinat.org. [cité 23 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.auvergne-perinat.org/accueil/patientes/ma-grossesse/le-reseau/>
42. Ministère des Solidarités et de la Santé. Les maisons de santé [Internet]. solidarites-sante.gouv.fr. 2018 [cité 22 févr 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>
43. Faculté de Médecine Lyon-Est. Médecine générale-Maïeutique : Interactions au quotidien [Internet]. Université Claude Bernard Lyon 1. 2019 [cité 27 déc 2019]. Disponible sur: <https://lyon-est.univ-lyon1.fr/formation/unites-d-enseignements-libres/medecine-generale-medecine-maieutique-851059.kjsp?RH=1317129480609#.Xekg21JYa3B>
44. Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL), Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes (ANESF). Kit d'installation pour sages-femmes libérales : Guide pratique et aspects concrets [Internet]. ansfl.org. [cité 12 mars 2020]. Disponible sur: <https://ansfl.org/document/kit-dinstallation-en-liberal-anesfansfl/>

45. CNSF. La création du CNU Maïeutique : un grand pas pour la profession [Internet]. CNSF. 2019 [cité 1 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.cnsf.asso.fr/la-creation-du-cnu-maieutique-un-grand-pas-pour-la-profession/>
46. Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes (ANESF). Film de l'Anesf : la profession sage-femme [Internet]. 2010 [cité 17 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=AZ0dpeRHEXk>
47. Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation. Nouveauté 2020 : comment accéder aux études de santé ? [Internet]. [cité 19 mars 2020]. Disponible sur: https://www.parcoursup.fr/index.php?desc=acces_etudes_sante
48. Inserm. Genre et santé : prendre en compte les différences, pour mieux combattre les inégalités [Internet]. inserm.fr. 2016 [cité 19 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/genre-et-sante>

ANNEXES

ANNEXE I : Lettre d'information et de consentement

« La connaissance des étudiants en médecine, pharmacie et odontologie sur les compétences des sages-femmes »

INVESTIGATEURS DE L'ÉTUDE :

Benoit Laura, étudiante sage-femme en 5^{ème} année à l'école de Clermont-Ferrand

Sous la direction de Madame Balsan Michèle, sage-femme enseignante à l'école de Clermont-Ferrand

Sous la co-direction de Madame Duclos-Médard Julie, sage-femme du CHU Estaing à Clermont-Ferrand

Pour tous renseignements ou informations, n'hésitez pas à me contacter par mail : laura.benoit@etu.uca.fr

Madame, Monsieur,

Vous avez été invité(e) à participer à une étude s'intitulant : « La connaissance des étudiants en médecine, pharmacie et odontologie sur les compétences des sages-femmes »

Je me présente, BENOIT Laura, étudiante sage-femme en 5^{ème} année. Je réalise mon mémoire de fin d'études qui repose sur : « La connaissance des étudiants en médecine, pharmacie et odontologie sur les compétences des sages-femmes ». Cette étude quantitative est menée au sein des facultés de médecine, pharmacie et odontologie de Clermont-Ferrand.

L'objectif de ce mémoire est d'évaluer les connaissances des étudiants en santé sur les compétences des sages-femmes, et secondairement de faire un état des lieux de l'évolution de ces connaissances au cours des années d'études.

Les questionnaires s'adressent aux étudiants en médecine, pharmacie et odontologie car ces derniers ont leur première année d'études commune avec les

étudiantes sages-femmes. De plus, parmi ces futurs professionnels, certains seront amenés à collaborer avec des sages-femmes pour une prise en charge optimale des patients.

Afin de répondre au mieux à ces objectifs j'ai élaboré un questionnaire anonyme en ligne par le biais du logiciel REDCAP, permettant de faciliter le traitement des données une fois les réponses recueillies. Les données resteront confidentielles et utilisées uniquement dans le cadre de mon mémoire. Les données seront accessibles uniquement aux personnes m'aidant dans mon travail à savoir ma directrice et co directrice de mémoire ainsi qu'à l'équipe du CHU pour l'aspect statistique et traitement des données.

L'étude a fait l'objet d'une déclaration au DPO (Délégué de la Protection des Données).

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire.

Pour celles et ceux qui souhaitent participer à cette étude, le fait de répondre au questionnaire fera foi de votre consentement.

Si vous le souhaitez, vous pourrez durant toute la durée de l'étude contacter les responsables pour obtenir des précisions ou des informations complémentaires :



ANNEXE II : Questionnaire

- 1) Etes-vous ?
 - Une femme sans enfant
 - Une femme avec enfant(s)
 - Un homme sans enfant
 - Un homme avec enfant(s)

- 2) Quel âge avez-vous ?

- 3) Dans quelle filière êtes-vous ?
 - Médecine
 - Pharmacie
 - Odontologie

- 4) En quelle année d'études êtes-vous ?
 - 2ème année
 - 4ème année
 - 6ème année

- 5) Dans votre entourage, quelqu'un vous a-t-il informé sur la profession de sage-femme ?
 - Oui
 - Non

- 6) Pour pouvoir débiter des études de sage-femme, doit-on préalablement avoir obtenu un diplôme d'état d'infirmière ?
 - Oui
 - Non

- 7) Parmi la liste ci-dessous, cochez les professions paramédicales :
 - Infirmier
 - Pharmacien

- Masseur-kinésithérapeute
- Sage-femme
- Opticien
- Manipulateur en électroradiologie médicale
- Orthophoniste
- Diététicien
- Dentiste

8) Une fois le diplôme obtenu, une sage-femme a la possibilité de travailler :

- Dans une clinique privée
- Dans un hôpital public
- Dans un cabinet libéral
- Dans un centre de PMI (protection maternelle et infantile)
- A la maternité
- En salle d'accouchement
- En consultations de grossesse et de gynécologie
- Dans le service des grossesses à haut risque
- En pédiatrie
- Aux urgences gynéco-obstétricales

Veillez, s'il vous plait, cocher la ou les réponse(s) vraie(s)

9) Madame A, 25ans, sans antécédents médicaux notables, vient d'apprendre qu'elle était enceinte. Elle ne souhaite pas poursuivre sa grossesse :

- Elle peut consulter une sage-femme pour que celle-ci pratique une IVG (interruption volontaire de grossesse) médicamenteuse
- Elle peut consulter une sage-femme pour que celle-ci pratique une IVG chirurgicale (par aspiration)
- La sage-femme peut réaliser le reste de son suivi gynécologique une fois la grossesse interrompue
- La sage-femme peut lui faire son frotti cervico-utérin (examen de dépistage du cancer du col de l'utérus)

- La sage-femme peut vacciner Madame A contre le papilloma virus (virus responsable du cancer du col de l'utérus)
- Toutes les propositions sont fausses

10) A l'issue de l'IVG, Madame A souhaite une contraception :

- La sage-femme est habilitée à prescrire tous les types de contraceptifs
- La sage-femme peut poser, retirer et assurer le suivi complet des implants et contraceptifs intra-utérins (stérilets), dans le cas où la patiente ne présente aucune pathologie
- La sage-femme joue entre autres un rôle de prévention auprès des femmes en matière de sexualité, contraception et grossesse
- La sage-femme peut prescrire un bilan biologique sanguin à la recherche de sérologies des infections sexuellement transmissibles
- Si Madame A avait été mineure elle aurait également pu être prise en charge par une sage-femme dans le cadre de son suivi gynécologique
- Toutes les propositions sont fausses

11) Quelques années plus tard Madame A fait retirer son implant et tombe enceinte :

- Sa sage-femme peut déclarer la grossesse
- Sa sage-femme est apte à réaliser l'intégralité du suivi de grossesse (consultations mensuelles + échographies trimestrielles) et à détecter les situations pathologiques
- Sa sage-femme est en mesure de lui prescrire des médicaments et dispositifs médicaux selon une liste définie
- Sa sage-femme peut lui proposer des séances d'acupuncture et d'hypnose si elle possède les DU (diplômes universitaires) nécessaires
- Sa sage-femme peut lui proposer des séances de préparation à la naissance et à la parentalité
- Toutes les propositions sont fausses

12) Madame A arrive au terme de sa grossesse, elle est prise de contractions utérines régulières de plus en plus intenses et rapprochées, son conjoint l'amène rapidement à l'hôpital. Son col est raccourci et dilaté à 4cm et elle souhaite être soulagée de sa douleur. La sage-femme de garde qui la prend en charge va pouvoir :

- Administrer, sans l'accord du médecin, le MEOPA (mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène)
- Pratiquer la pose d'une analgésie péridurale
- Pratiquer une rachianesthésie
- Réinjecter des doses de produits anesthésiques après que la péridurale ait été posée
- Surveiller et repérer les effets secondaires et indésirables des produits anesthésiques
- Toutes les propositions sont fausses

13) Madame A opte pour l'analgésie péridurale, elle est rapidement soulagée. La sage-femme l'accompagne et surveille la progression du travail. Après plusieurs heures le col de Madame A s'est complètement dilaté, elle appelle la sage-femme car elle ressent soudainement l'envie de pousser :

- La sage-femme doit appeler l'obstétricien pour débiter les efforts expulsifs (= les poussées)
- La sage-femme seule peut faire pousser la patiente pendant 30 minutes si le rythme cardiaque fœtal reste normal
- Si le rythme cardiaque fœtal montre des signes de faiblesse ou que les efforts expulsifs sont vains, la sage-femme peut utiliser une ventouse ou des forceps (= outils utilisés pour l'extraction du fœtus)
- La sage-femme peut réaliser une épisiotomie (= section du périnée) si elle la juge nécessaire
- En cas d'échec d'accouchement voie basse la sage-femme réalisera une césarienne en urgence
- Toutes les propositions sont fausses

- 14) Après 50 minutes d'efforts expulsifs et l'aide d'une ventouse, Madame A donne naissance à Robin, cyanosé, atone, qui ne crie pas. La sage-femme sort rapidement de la chambre avec le nouveau-né, en attendant l'arrivée du pédiatre :
- Elle désobstrue les voies aériennes supérieures du nouveau-né à l'aide d'une sonde
 - Elle ventile Robin
 - Elle masse Robin
 - Elle intube Robin
 - Toutes les propositions sont fausses
- 15) Finalement le nouveau-né récupère rapidement et la sage-femme retourne voir la mère. Le placenta est à son tour expulsé, il est complet et il n'y a pas de saignements importants. Après un examen méticuleux du périnée et des muqueuses génitales, la sage-femme constate des lésions provoquées par la naissance de l'enfant :
- La sage-femme est habilitée à suturer tous types de lésions périnéales
 - La sage-femme est habilitée à suturer les lésions peu profondes et n'atteignant pas le sphincter anal
 - La sage-femme est habilitée à réaliser la réfection d'épisiotomie
 - La sage-femme peut si nécessaire injecter des anesthésiques locaux pour réaliser les sutures périnéales
 - Toutes les propositions sont fausses
- 16) La mère et son nouveau-né sont surveillés en salle de naissance durant les deux heures qui suivent l'accouchement :
- La sage-femme est apte à diagnostiquer et prendre en charge les hémorragies de la délivrance en attendant l'arrivée des médecins
 - La sage-femme réalise le tout premier examen clinique du nouveau-né
 - La sage-femme joue un rôle important dans le lien mère-enfant (ou parents-enfant) dès les premières heures de vie du nouveau-né
 - Toutes les propositions sont fausses

17) Dans les jours/mois qui suivent la naissance :

- La sage-femme réalise les surveillances nécessaires à la mère et son nouveau-né durant le séjour en maternité
- La sage-femme est en capacité de réaliser les éventuels prélèvements sanguins et injections concernant le nouveau-né
- La sage-femme peut prescrire des injections vaccinales à l'entourage proche du nouveau-né dans le cadre de la prévention de la coqueluche
- La sage-femme peut réaliser la rééducation périnéale dans les mois qui suivent l'accouchement
- La sage-femme est en mesure de réaliser tout le suivi pédiatrique du nourrisson dans l'année qui suit sa naissance
- Toutes les propositions sont fausses

18) Une sage-femme aurait pu prendre en charge seule Madame A au cours son travail et de son accouchement si :

- Elle avait eu une grossesse gémellaire (des jumeaux)
- Elle avait eu un fœtus se présentant par le siège (fesses vers le bas)
- Elle avait eu une césarienne programmée avant la mise en travail
- Elle avait accouché sans analgésie péridurale
- Elle avait fait le choix d'accoucher à domicile
- Toutes les propositions sont fausses

19) Pensez-vous qu'il est important, dans le cadre de votre future profession, de connaître les compétences des sages-femmes ? Pourquoi ?

20) Actuellement, vous sentez vous assez informés sur la profession de sage-femme ?

- Oui
- Non

21) Orienteriez-vous vos patients, ne présentant aucune pathologie, auprès d'une sage-femme dans le cadre d'un suivi gynécologique ou obstétrical ?

- Oui
- Non : pourquoi ?

22) Merci beaucoup d'avoir pris le temps de répondre à mon questionnaire. Avez-vous des remarques ?

Sage-femme

Le cursus

La profession de sage-femme est une **profession MÉDICALE** à part entière.

Pour devenir sage-femme il faut obtenir le diplôme d'État de sage-femme. Celui-ci se prépare en **5 ans dont 4 dans une école de sages-femmes** rattachée à un CHU (centre hospitalier universitaire), après **avoir réussi la PACES** (première année commune aux études de santé).

Malgré la terminologie qui pourrait prêter à confusion, cette profession peut être exercée aussi bien par **des hommes** que par **des femmes**, à conditions d'avoir obtenu le diplôme requis.

A l'issue de l'obtention de son diplôme d'état, la sage-femme peut si elle le souhaite obtenir des diplômes supplémentaires permettant d'asseoir son champ de compétences : échographie obstétricale et gynécologique, acupuncture, hypnose, ostéopathie, homéopathie, sophrologie, sexologie, tabacologie...

Lieux d'exercice de la sage-femme

Les sages-femmes peuvent choisir d'exercer selon différentes modalités :

- 1) Sage-femme libérale en cabinet individuel ou de groupe
- 2) Sage-femme salariée :
 - a) Secteur hospitalier public ou privé
 - Services de soins
 - Réseau régional inter-maternités
 - Recherche
 - Coordinatrice et coordonnatrice
 - b) Protection maternelle et infantile (PMI)
 - c) Enseignement

Les sages-femmes salariées qui exercent leurs compétences dans des établissements publics ou privés ont accès à différents secteurs de soins qui sont :

Consultations pré et post-natales

Préparation à la naissance et à la parentalité

Surveillance de grossesses

Urgences gynécologiques/obstétricales

Salles de naissances

Suites de couches mère/enfant (= maternité)

Gynécologie

Assistance Médicale à la Procréation (AMP)

Centre de planification

Participation à des programmes de recherche, d'évaluation des pratiques professionnelles pour l'amélioration de la qualité des soins en périnatalité

Prévention et dépistage

La sage-femme joue un rôle de **prévention** auprès des patientes et des couples en matière de **gynécologie, sexualité, grossesse et parentalité**. Elle est en mesure de détecter les situations nécessitant une prise en charge spécifique et d'orienter les patientes si besoin auprès d'autres professionnels de santé (psychologues, psychiatres, addictologues...).

Lorsqu'elle prend en charge une patiente, la sage-femme procède à un certain nombre de dépistages notamment : le **frottis cervico-utérin** (prévention du cancer du col de l'utérus), l'**examen des seins** (prévention du cancer du sein), les **sérologies/prélèvements pour les infections sexuellement transmissibles**,...

La sage-femme exerce dans la **limite de la physiologie** et lorsqu'elle repère une situation pathologique elle doit adresser la patiente à un médecin. Si elle travaille en secteur hospitalier elle doit en avvertir le médecin de garde pour qu'ils discutent ensemble de la conduite à tenir.

Suivi gynécologique

La sage-femme est habilitée à effectuer le **suivi gynécologique** des femmes, quel que soit leur âge, dans la mesure où les patientes ne présentent pas de pathologie.

La sage-femme n'est pas habilitée à réaliser des opérations chirurgicales gynécologiques (fibromes, curetage, ablation du sein, prothèses mammaires...)

La sage-femme peut réaliser les **interruptions médicales de grossesse** (IVG) médicamenteuses mais elle ne réalise pas les IVG chirurgicales (par aspiration).

Contraception

La sage-femme est en mesure de prescrire, poser et retirer **tout type de contraceptifs** ainsi que d'en assurer le suivi.

La sage-femme ne procède pas à la ligature des trompes utérines (stérilisation féminine), ni à la vasectomie (stérilisation masculine).

Grossesse et accouchement

La sage-femme est en mesure de **déclarer la grossesse**.

La sage-femme assure la **surveillance** et le **suivi médical de la grossesse** et propose des **séances de préparation** à la naissance et à la parentalité. Elle assure, **en toute autonomie**, la surveillance du travail et de l'accouchement. La sage-femme prend en charge seule la quasi totalité des accouchements voie basse. Elle devra parfois appeler le médecin pour une aide (ventouse, forceps) lorsqu'une difficulté survient au moment de l'accouchement. En anticipation d'un accouchement physiologique pouvant se compliquer (jumeaux, fœtus en siège...), elle préviendra le médecin de garde dès l'arrivée de la patiente et avant de débiter les efforts expulsifs afin qu'il soit averti et prêt à intervenir au besoin. En ce qui concerne la naissance de jumeaux et d'un fœtus en siège, la plupart du temps les médecins sont présents dans la salle aux côtés de la sage-femme au moment de l'accouchement.

La sage-femme peut réaliser les **accouchements à domicile** à condition qu'elle souscrive à une assurance spécifique.

La sage-femme n'est pas habilitée à réaliser les césariennes, quel qu'en soit le degré d'urgence.

La sage-femme ne pratique pas la pose d'analgésie péridurale, ni de rachianesthésie. Elle peut cependant, avec l'accord du médecin, réinjecter des produits anesthésiques une fois l'analgésie péridurale posée. La sage-femme peut utiliser des anesthésiques locaux pour réaliser les sutures. Elle peut également accompagner les femmes pour un **accouchement sans péridurale**.

La sage-femme dispense les **soins à la mère et au nouveau-né** après l'accouchement.

La sage-femme peut pratiquer la **réfection des épisiotomies** (= section du périnée) et des déchirures périnéales lorsque celles-ci n'atteignent pas le sphincter anal, auquel cas c'est le médecin qui s'en chargera.

La sage-femme sait diagnostiquer et prendre en charge les **hémorragies de la délivrance** en attendant l'arrivée des médecins.

Elle pratique la **rééducation périnéo sphinctérienne** liée à l'accouchement.

Fœtus et nouveau-né

La sage-femme est habilitée à surveiller le **bien être fœtal** au cours de la grossesse, du travail et de l'accouchement. Elle sait **reconnaître les situations qui relèvent de la pathologie**.

Si un nouveau-né peine à s'adapter à la vie extra utérine, la sage-femme est habilitée à pratiquer les **gestes de réanimation** en attendant l'arrivée du pédiatre (désobstruction des voies aériennes, ventilation, massage cardiaque). Elle est habilitée à intuber le nouveau-né en cas d'urgence, si le pédiatre tarde à arriver.

La sage-femme effectue le **premier examen clinique du nouveau-né** à la naissance et assure sa surveillance dans les deux heures qui suivent l'accouchement. Elle surveille et prend en charge le nouveau-né durant le séjour en maternité.

Le suivi global du nouveau-né, y compris sur l'année qui suit la naissance, sera assuré par un pédiatre.

La sage-femme joue un rôle important dans le **lien mère-enfant** (ou parents-enfant), elle promeut l'**allaitement maternel** pour les femmes qui en ont fait le choix, et elle accompagne les couples dans la **parentalité**.

La sage-femme peut réaliser les **prélèvements** nécessaires au nouveau-né durant son séjour à la maternité ainsi que les éventuelles **injections** qu'il peut nécessiter.

Droit de prescription

La sage-femme est habilitée à prescrire auprès des femmes et des nouveaux-nés :

- les examens strictement nécessaires à l'exercice de leur profession
- les médicaments d'une classe thérapeutique (dont les vaccins) figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé. La sage-femme peut également vacciner toutes les personnes qui vivent régulièrement dans l'entourage de la femme enceinte ou de l'enfant jusqu'au terme de la période postnatale ou qui assurent la garde de l'enfant.
- les dispositifs médicaux, dont la liste est fixée par l'autorité administrative
- les arrêts de travail dans les conditions fixées par le code de la sécurité sociale

- <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/>
- <https://onssf.org/etre-sage-femme/modalites-dinstallation-et-dexercice-2/>
- <https://www.legifrance.gouv.fr/affichSarde.do?reprise=true&page=1&idSarde=SARDOBJT000007113954&ordre=null&nature=null&g=ls>
- <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT00006072665&idArticle=LEGIARTI000006688926&dateTexte=&categorieLien=cid>
- <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006171285&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
- <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006190574&cidTexte=LEGITEXT000006072665>

ANNEXE IV : Résultats globaux et par thème en fonction des caractéristiques de la population étudiée selon le score 1

	Score total / 13 points	p	Thème 1 / 3 points	p	Thème 2 / 2 points	p	Thème 3 / 1 point	p	Thème 4 / 1 point	p	Thème 5 / 4 points	p	Thème 6 / 1 point	p	Thème 7 / 1 point	p
Sexe																
Fem	4 ± 2		1,4 ± 0,6		0,7 ± 0,7		0,3 ± 0,4		0,1 ± 0,3		1,2 ± 1		0,2 ± 0,4		0,1 ± 0,4	
Hom	4,2 ± 2,6	0,8	1,4 ± 0,7	0,65	0,5 ± 0,7	0,07	0,3 ± 0,4	0,8	0,2 ± 0,4	0,3	1,1 ± 1,2	0,47	0,5 ± 0,5	< 0,001	0,2 ± 0,4	0,2
Filière																
Med	4,4 ± 2,4		1,5 ± 0,6		0,7 ± 0,7		0,3 ± 0,4		0,1 ± 0,3		1,3 ± 1,1		0,3 ± 0,5		0,2 ± 0,4	
Pharm	3,9 ± 2	0,2	1,4 ± 0,7	0,36	0,6 ± 0,7	0,66	0,2 ± 0,4	0,6	0,1 ± 0,3	0,9	1,1 ± 1,1	0,38	0,2 ± 0,4	0,3	0,2 ± 0,4	0,5
Odont	3,6 ± 2		1,3 ± 0,6		0,5 ± 0,7		0,3 ± 0,5		0,1 ± 0,3		1 ± 0,8		0,2 ± 0,4		0,1 ± 0,3	
Année																
2 ^e A	3 ± 1,8		1,1 ± 0,4		0,4 ± 0,6		0,2 ± 0,4		0,1 ± 0,3		0,9 ± 0,8		0,2 ± 0,4		0,1 ± 0,3	
4 ^e A	4,7 ± 1,8	< 0,001	1,6 ± 0,7	< 0,001	0,9 ± 0,7	< 0,001	0,3 ± 0,5	0,3	0,1 ± 0,3	0,1	1,2 ± 0,9	0,009	0,2 ± 0,4	0,1	0,2 ± 0,4	0,02
6 ^e A	4,7 ± 2,5		1,5 ± 0,7		0,6 ± 0,7		0,3 ± 0,5		0,2 ± 0,4		1,5 ± 1,2		0,4 ± 0,5		0,2 ± 0,4	
Info SF																
Oui	4,3 ± 2,4		1,3 ± 0,6		0,7 ± 0,7		0,3 ± 0,5		0,1 ± 0,3		1,2 ± 1		0,3 ± 0,5		0,2 ± 0,4	
Non	3,8 ± 2	0,14	1,4 ± 0,7	0,24	0,6 ± 0,7	0,59	0,2 ± 0,4	0,3	0,1 ± 0,3	0,9	1,1 ± 1,1	0,35	0,3 ± 0,5	1	0,1 ± 0,3	0,1

Score total 1 : Score de connaissances total élaboré selon le score n°1 ; Fem : femme ; Hom : homme ; Med : Médecine ; Pharm : Pharmacie ; Odont : odontologie ; Info SF : Ayant eu des informations préalables sur la profession de sage-femme ; p : p.value

ANNEXE V : Résultats globaux et par thème en fonction des caractéristiques de la population étudiée selon le score 2

	Score total /13 points	p	Thème 1 / 3 points	p	Thème 2 / 2 points	p	Thème 3 *	p	Thème 4 / 1 point	p	Thème 5 / 4 points	p	Thème 6 / 1 point	p	Thème 7 / 1 point	p
Sexe																
Fem	10,3 ± 1,5	0,23	2,3 ± 0,7	0,6	1,9 ± 0,3	0,4	*	*	0,8 ± 0,4	0,7	2,8 ± 0,9	0,15	0,75 ± 0,4	0,13	0,75 ± 0,4	0,7
Hom	10 ± 1,7		2,2 ± 0,7		1,8 ± 0,3				0,78 ± 0,4		2,6 ± 1		0,85 ± 0,3			
Filière																
Med	10,2 ± 1,6	0,28	2,1 ± 0,7	0,2	1,9 ± 0,3	0,7	*	*	0,81 ± 0,4	0,94	2,9 ± 0,9	0,07	0,76 ± 0,4	0,93	0,7 ± 0,4	0,74
Pharm	10,5 ± 1,5		2,3 ± 0,7		1,9 ± 0,3				0,79 ± 0,4		2,9 ± 0,8		0,8 ± 0,4			
Odont	10 ± 1,6		2,3 ± 0,6		1,9 ± 0,3				0,78 ± 0,4		2,5 ± 0,9		0,8 ± 0,4			
Année																
2° A	10,2 ± 1,6	0,74	2,1 ± 0,7	0,3	1,9 ± 0,3	0,5	*	*	0,86 ± 0,3	0,02	2,9 ± 0,9	0,88	0,7 ± 0,4	0,49	0,7 ± 0,5	0,69
4° A	10,2 ± 1,6		2,3 ± 0,7		1,8 ± 0,4				0,68 ± 0,5		2,8 ± 0,8		0,8 ± 0,4			
6° A	10,4 ± 1,6		2,3 ± 0,6		1,9 ± 0,3				0,86 ± 0,3		2,8 ± 1		0,76 ± 0,4			
Info SF																
Oui	10,2 ± 1,5	0,64	2,2 ± 0,6	0,9	1,9 ± 0,3	0,2	*	*	0,76 ± 0,4	0,17	2,7 ± 0,85	0,21	0,8 ± 0,4	0,44	0,7 ± 0,45	0,75
Non	10,3 ± 1,6		2,2 ± 0,7		1,8 ± 0,4				0,85 ± 0,3		2,9 ± 0,9		0,74 ± 0,4			

Score total 2 : Score de connaissances total élaboré selon le score n°2 ; Fem : femme ; Hom : homme ; Med : Médecine ; Pharm : Pharmacie ; Odont : odontologie ; Info SF : Ayant eu des informations préalables sur la profession de sage-femme ; p : p.value

- Thème 3 * : Test statistique non exploitable du fait que les étudiants aient tous eu la même note (moyenne = 1, écart type = 0)

Résumé

Introduction : En France, la profession de sage-femme a connu de grands bouleversements. Son image est ainsi fortement troublée aux yeux du grand public ainsi que des professionnels de santé qui méconnaissent ses aptitudes.

Population et Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive réalisée sur 4 mois auprès de 166 étudiants clermontois en médecine, pharmacie et odontologie. Les objectifs étaient d'évaluer les connaissances de ces étudiants sur les compétences des sages-femmes et leur évolution au cours des années d'études.

Résultats : Les connaissances lacunaires des étudiants restent meilleures concernant la grossesse et l'accouchement mais plus faibles concernant la gynécologie et le post partum. Il en ressort une volonté de collaboration interprofessionnelle et de travail en équipe afin de favoriser une prise en charge optimale du couple mère enfant.

Conclusion : Cette étude a montré que les connaissances étaient peu satisfaisantes et ne s'étoffaient pas au cours des années d'études bien que les étudiants aient partagé des enseignements et stages communs aux sages-femmes.

Mots clés : Compétences, sage-femme, connaissances, étudiants

Abstract

Introduction : In France, midwifery has undergone great upheavals causing a shift in population's perception as well as the health professionals who ignore its skills.

Population and Methods : It was a descriptive observational study carried out over 4 months with 166 Clermont students in medicine, pharmacy and dentistry. The objectives were to assess these students' knowledge of midwifery's skills and their development over the years of study.

Results : The students had a better knowledge, even if incomplete, of pregnancy and childbirth than of gynecology and postpartum. It resulted in a will for inter-professional collaboration and teamwork in order to promote optimal care for the mother-child couple.

Conclusion : This study showed that knowledge was lacking and did not expand over the years of study although the students shared lessons and internships common to midwives.

Keywords : Skills, midwife, knowledge, students