



HAL
open science

Représentation sociale de la sage-femme face au suivi gynécologique des jeunes filles nullipares

Alice Dieudonné

► **To cite this version:**

Alice Dieudonné. Représentation sociale de la sage-femme face au suivi gynécologique des jeunes filles nullipares. Gynécologie et obstétrique. 2018. dumas-03221901

HAL Id: dumas-03221901

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03221901>

Submitted on 10 May 2021

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

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

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

Département de maïeutique

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
DE L'UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

ALICE DIEUDONNE

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

**REPRESENTATION SOCIALE DE LA SAGE-FEMME
FACE AU SUIVI GYNECOLOGIQUE DES JEUNES
FILLES NULLIPARES**

Soutenu le : 28 Juin 2018

Directeur de mémoire : Philippe CHARRIER, sociologue au CNRS de Lyon

JURY

Mme Elodie PROT, sage-femme enseignante, UVSQ

Mme Sophie PRUDHOMME, sage-femme enseignante, UVSQ

Mme Hélène MALMANCHE, sage-femme doctorante en sociologie

Numéro national d'étudiant : 21 30 40 03

Avertissement

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite expose son auteur à des poursuites pénales.

Remerciements

Je souhaitais remercier toutes les personnes qui ont participé à l'élaboration de ce mémoire ; mémoire qui pour moi, représente l'aboutissement de ces cinq années d'études.

Je tiens à remercier tout particulièrement chaque participante, sages-femmes et jeunes filles, sans qui rien de tout cela n'aurait été possible.

Merci à mon directeur de mémoire, Philippe Charrier, pour ses précieux conseils.

Merci aux enseignants du lycée qui ont défendu ce projet auprès de leur administration et qui nous ont permis d'aller à la rencontre des adolescentes.

Merci à tous les relecteurs, qui ont eu la gentillesse et la patience de relire et corriger ce travail.

Merci au Dr Leyronnas qui a su, le temps d'une brève entrevue, éclairer la direction qu'a prise ce mémoire, il y a maintenant deux ans.

A l'équipe pédagogique du département maïeutique de l'UVSQ, pour son soutien tout au long de ces quatre années d'études.

A mes amies, Alizée, Marion, Mathilde, qui ont embelli ces quatre dernières années et qui, j'en suis certaine, égayeront les soixante prochaines.

Et enfin merci à mes parents et mes grandes sœurs, avec qui « on regarde, on comprend, on agit ».

Merci à vous tous.

Table des matières

AVERTISSEMENT	II
REMERCIEMENTS	III
TABLE DES MATIERES	IV
LISTE DES TABLEAUX	VII
LISTE DES FIGURES	VIII
LISTE DES ANNEXES	IX
LEXIQUE	X
RESUME	XI
ABSTRACT	XII
INTRODUCTION	1
1 CONTEXTE	2
1.1 Définition sociologique de la représentation sociale	2
1.1.1 La dynamique d'une représentation sociale	2
1.1.2 Le noyau central d'une représentation sociale	2
1.1.3 Les représentations sociales des sages-femmes comme objet d'étude	3
1.2 Sage-femme, une profession médicale à l'empreinte sociale incontestable	3
1.2.1 Matrone, ventrière, accoucheuse, sage-femme : une figure sociale ancestrale	3
1.2.2 Des compétences en constante évolution	4
1.3 Paradoxe entre des compétences médicales grandissantes et une faible reconnaissance sociale	5
1.3.1 Le suivi gynécologique : faible part de l'activité des sages-femmes	5
1.3.2 Reflet de la maigre reconnaissance sociale de la profession	5
1.3.3 Des actions mises en œuvre pour faire changer les mentalités	6

1.4	Jeunes filles nullipares et suivi gynécologique : un enjeu supplémentaire en santé publique	7
1.4.1	Des adolescentes démunies face à la santé génésique	7
1.4.2	L'éducation à la santé via la première consultation gynécologique	8
2	MATERIEL ET METHODES	9
2.1	Objectifs et hypothèses	9
2.2	Type d'étude	9
2.3	Déroulement de l'étude	10
2.3.1	Recrutement des sages-femmes	10
2.3.2	Recrutement des jeunes nullipares	11
2.4	Thématiques abordées	12
2.4.1	Thématiques abordées avec les sages-femmes	12
2.4.2	Thématiques abordées avec les jeunes nullipares	13
2.5	Stratégie d'analyse	13
2.5.1	Première étape	13
2.5.2	Deuxième étape	43
2.6	Considérations éthiques et réglementaires	14
3	RESULTATS & DISCUSSION	16
3.1	Description de nos deux populations	16
3.1.1	Echantillon de sages-femmes	16
3.1.2	Echantillon de jeunes filles nullipares	17
3.2	Représentation de la profession chez les sages-femmes	18
3.2.1	Résultat principal	18
3.2.2	Résultats secondaires	22
3.3	Représentation des sages-femmes chez les jeunes filles	30
3.3.1	Résultat principal	30
3.3.2	Résultats secondaires	32
3.4	Symbiose entre les représentations sociales des jeunes filles et celles de leur mère	34
3.4.1	Résultat principal	34
3.4.2	Résultats secondaires	36
3.5	Confrontation de nos deux populations	40
3.5.1	Désaccord des noyaux centraux	40
3.5.2	La première consultation : un moment charnière pour la jeune fille comme pour la sage-femme	41

3.5.3 « L'info ado » : point de rencontre de nos deux populations ?	43
3.6 Forces, limites et perspectives de l'étude	45
3.6.1 Forces	45
3.6.2 Limites et biais	46
3.6.3 Implication et perspectives	47
CONCLUSION	49
BIBLIOGRAPHIE	50
ANNEXES	53

Liste des tableaux

Tableau I : Caractéristiques des sages-femmes selon leur statut professionnel.....16

Tableau II : Origines sociales des lycéennes selon leur filière au lycée général.....17

Liste des figures

Figure I : Ressenti des sages-femmes face à leur formation initiale en gynécologie avant 2009.....	18
Figure II : Motifs de consultations d'après les jeunes filles.....	33
Figure III : Dimension pédagogique des consultations d'après les sages-femmes...	43

Liste des annexes

Annexe I : Livret Blanc CNOSF, Communiqué de presse.....	53
Annexe II : Extrait référentiel métier sage-femme, situation n°7.....	54
Annexe III : Grille d’entretien avec les sages-femmes.....	55
Annexe IV : Grille d’entretien avec les jeunes filles nullipares.....	57
Annexe V : Autorisation parentale.....	59
Annexe VI : Grille d’analyse population sage-femme.....	60
Annexe VII : Grille d’analyse population jeunes filles nullipares.....	61
Annexe VIII : Référentiel des entretiens.....	62
Annexe IX : Retranscription d’un entretien avec une sage-femme.....	63

Lexique

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

HPST : Loi « Hôpitaux, Patients, Santé, Territoires »

IFOP : Institut Français d'Opinion Publique

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

CASSF : Collectif des Associations et Syndicats de Sages-Femmes

INPES : Institut National de Prévention et d'Education en Santé

IVG : Interruption volontaire de grossesse

DU : Diplôme universitaire

PV : Prélèvement vaginal

AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdien

SYNGOF : Syndicat des Gynécologues Obstétriciens de France

FNCGM : Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale

Résumé

Dans un contexte où l'accroissement des compétences des sages-femmes est évident en matière de gynécologie et où la démographie médicale est en baisse, les jeunes filles nullipares semblent souvent décontenancées face à leur parcours de santé génésique. Cependant, les sages-femmes restent peu consultées par les adolescentes pour leur suivi gynécologique.

Objectifs

Confronter les représentations de la profession chez les deux populations afin de déterminer un moyen de faciliter leur rencontre.

Matériel et méthode

Une étude qualitative en miroir a été réalisée grâce à des entretiens semi-directifs auprès de sages-femmes et de lycéennes (14-20 ans).

Résultats & Conclusion

Les représentations sociales de la sage-femme chez nos deux populations diffèrent et ne se recoupent pas. La rencontre entre ces deux populations reste donc timide et limitée. Les freins à cette rencontre proviennent majoritairement des jeunes filles et de la dépendance affective et informationnelle envers leur mère, qui elles-mêmes semblent méconnaître les compétences gynécologiques des sages-femmes. Les professionnelles rencontrent quant à elles des difficultés face aux droits de prescription et aux relations avec les gynécologues de ville qui peuvent jouer indirectement sur la représentation de la profession chez les patientes. L'intervention des sages-femmes dans les établissements scolaires pourrait permettre de rapprocher les représentations des sages-femmes et jeunes nullipares.

Mots-clés : représentation sociale – sage-femme – adolescente – suivi gynécologique

Abstract

For a few years, midwives gynecological skills have increased and medical demography has declined. Besides, young girls often seem confused about their reproductive health care path. As a result, teenage girls are not eager to consult midwives for their gynecological follow-up.

Objective

Our goal was to compare the social representations of the midwife in both populations in order to determine a way to improve their meeting.

Methods

A qualitative mirror study was conducted through semi-structured interviews with midwives and high school girls.

Results and conclusion

The representations of the midwife do not overlap in our two populations. The meeting between these two populations remains shy and limited. The brakes at this meeting mainly come from young girls and the emotional dependence on their mother, who seem be unaware of the midwives gynecological skills. Professionals face difficulties with the rights of prescription and the relationships with gynecologists which can indirectly impact on the patients' representations. Sexual education dispensed by midwives in high school could be helpful to standardize the image of the midwife in teenagers mind.

Keywords : social representation – midwife – gynecological follow-up – teenage girl

Introduction

La profession de sage-femme est connue de tous. Toutefois, une question reste très souvent entendue par les professionnels : « Ah oui, vous pouvez faire ça aussi ? », traduisant une méconnaissance publique de leurs champs d'actions. D'après l'enquête de la Drees en 2010, 39,4% des grossesses étaient suivies par une sage-femme en maternité et seulement 15,6% par une sage-femme libérale. Leurs compétences en matière de suivi gynécologique restent quant elles encore peu exploitées par les patientes en bonne santé*.

Parallèlement, les adolescentes semblent souvent déconcertées face à leur parcours de santé gésique (médecine de l'appareil reproducteur) et méconnaissent les différents professionnels à leur disposition. Démarrer son suivi gynécologique dès l'adolescence avec une sage-femme ne permettrait-il pas d'harmoniser les représentations des sages-femmes à long terme ?

Ce sujet est ancré dans l'actualité. En effet, le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes a fait paraître un communiqué de presse, Le Livre Blanc, en décembre 2016 (Annexe I). Y figuraient les propositions suivantes :

Proposition n°2 : Faire de la sage-femme l'acteur médical de premier recours auprès de la femme en bonne santé

Proposition n°3 : Instaurer une consultation dédiée à la santé sexuelle et à la prévention des addictions chez les adolescentes

Ce mémoire vise à mieux comprendre pourquoi la rencontre entre adolescentes et sages-femmes ne se fait pas. Nous avons alors tenté de déterminer les freins à la représentation de la profession face au suivi gynécologique des jeunes filles. Nous étudierons, dans un premier temps, cette représentation chez les professionnelles, puis chez les jeunes filles. Enfin, suite à la confrontation des représentations de nos deux populations, nous verrons que cette rencontre est possible grâce à un résultat non attendu mais pour le moins probant.

1 Contexte

1.1 Définition sociologique de la représentation sociale

1.1.1 La dynamique d'une représentation sociale

En 1898, Emile Durkheim, sociologue français considéré comme l'un des fondateurs de la sociologie, expose dans un article de la Revue de métaphysique et de morale (1) les représentations collectives comme une réalité. Il définit ces dernières comme croyances et valeurs communes à tous les membres d'une société. « *Le concept de représentation sociale désigne une forme de connaissance spécifique, le savoir de sens commun. [...] Plus largement, il désigne une forme de pensée sociale.* »

Serge Moscovici, psycho-sociologue français du XXème siècle, théorise par la suite la représentation sociale. Dans son ouvrage La psychanalyse, son image et son public (2), il s'attache à montrer « *comment une nouvelle théorie scientifique ou politique est diffusée dans une culture donnée, comment elle est transformée au cours de ce processus et comment elle change à son tour la vision que les gens ont d'eux-mêmes et du monde dans lequel ils vivent* ». L'aspect dynamique des représentations sociales est ainsi mis en valeur. Cette structure dynamique est alors amenée à se transformer, se recomposer et évoluer par le biais de multiples facteurs. Ce concept de changement d'état d'une représentation sociale n'est pas nouveau mais la recherche sur cette dynamique reste récente (3) (4).

1.1.2 Le noyau central d'une représentation sociale

En 1989, J-C Abric, professeur en psychologie sociale, s'est interrogé sur la structure même de la représentation sociale. Celui-ci a établi le concept de noyau central (5) (6).

Ce noyau central est un ensemble d'éléments qui donnent à la représentation sa signification et sa cohérence, lui donnant une orientation générale. Si les éléments centraux diffèrent, alors il ne s'agit plus de la même représentation (7).

1.1.3 Les représentations sociales des sages-femmes comme objet d'étude

De nombreux travaux de sciences humaines et sociales se sont intéressés aux représentations des professions et notamment à celles rattachées à la maternité, à l'accouchement et à la parentalité. Ainsi, la profession de sage-femme fait souvent l'objet d'études, en occupant « *une position centrale au cœur des institutions qui gèrent aujourd'hui la reproduction humaine* » (7). De plus, les sages-femmes n'échappent pas à la règle de la construction de représentation sociale à leur propos (8).

1.2 Sage-femme, une profession médicale à l'empreinte sociale incontestable

1.2.1 Matrone, ventrière, accoucheuse, sage-femme : une figure sociale ancestrale

La sage-femme, qui apporte la sagesse aux femmes et les aide à devenir mère*, est ancrée dans les mœurs depuis la nuit des temps**. Sa popularité quant à elle, suit les tendances de la société et son appellation évolue. Au Moyen-âge, elle est la matrone qui porte assistance aux femmes dans les campagnes pour accoucher. Son savoir aux critères moraux, religieux et judiciaires, se transmet de génération en génération et se voit recevoir une autorité incontestable (10). Puis, elle est considérée comme une sorcière et est persécutée par l'Inquisition pour cause de « pouvoir sur la vie ou la mort au contraire de la volonté de Dieu » (11). Jusqu'à lors, la ventrière ou l'accoucheuse assume seule la surveillance et l'encadrement de la

* Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes, «*Histoire de la profession*, [En ligne], page consultée le 19/10/2017

** Figure en terre cuite représentant une sage-femme et une femme en train d'accoucher, provenant de Chypre, début du Ve siècle av.J-C

fonction maternelle pendant près de trois siècles, certes sans reconnaissance professionnelle officielle. Au XX^{ème} siècle, elle devient une profession à part entière suite à des progrès scientifiques et aux nombreuses femmes qui refusent de mourir en couches ou de souffrir pour mettre au monde un enfant mort-né (12). Puis, après la Seconde Guerre Mondiale, la profession entre majoritairement dans le cadre hospitalier (13). Il s'agit donc d'une profession en perpétuelle évolution. Toutefois, le prestige de la profession de sage-femme (à distinguer de son autonomie professionnelle) a, au cours de l'Histoire, été érodé petit à petit, face au pouvoir grandissant des médecins (9). Comme cité plus haut, la sage-femme a été la personne de référence de la santé féminine. Mais suite à l'avènement des gynécologues obstétriciens, les sages-femmes ont été reléguées à la parturition physiologique (14) et la représentation de leurs compétences en gynécologie s'en est vue appauvrie.

1.2.2 Des compétences en constante évolution

Face au désert croissant des gynécologues (15) et la nécessité d'améliorer l'accès des femmes à la santé, les sages-femmes ont alors été autorisées à faire du suivi gynécologique dans le cadre de la physiologie. En effet, la loi « Hôpitaux, Patients, Santé, Territoires » (HPST) de 2009* donne un véritable accès à la pratique de la gynécologie de prévention aux sages-femmes. Cette loi est une grande avancée dans l'activité de la sage-femme. Les décrets de 2012 et 2016 renforcent eux aussi leur pratique de la gynécologie (16, 17). La profession regroupe donc aujourd'hui un vaste domaine d'activités mêlant l'obstétrique, la gynécologie et la pédiatrie. Un net accroissement des compétences est aujourd'hui constaté. Cette plus-value de compétences vient renforcer la place des sages-femmes en tant qu'acteur de santé publique majeur pour la santé des femmes.

1.3 Paradoxe entre des compétences médicales grandissantes et une faible reconnaissance sociale

1.3.1 Le suivi gynécologique : faible part de l'activité des sages-femmes

Les sages-femmes restent peu consultées pour le suivi gynécologique. En effet, le rapport de la Cour des Comptes sur la Sécurité Sociale de 2011 a démontré que la gynécologie ne représentait qu'une part minoritaire de l'activité des sages-femmes libérales, activité principalement orientée vers leurs autres champs de compétences en périnatalité (18). Par ailleurs, un mémoire de fin d'étude réalisé par une étudiante sage-femme, traitant des facteurs influençant la pratique des sages-femmes depuis la loi HPST en matière de gynécologie (en région Provence-Alpes-Côte-D'azur), montre que seulement 23% des sages-femmes pratiquent quotidiennement du suivi gynécologique. Parmi elles, 58,1 % ne pensent pas avoir les compétences suffisantes pour le pratiquer. Sont principalement évoqués, le manque de formation et le manque de temps (19). Il en va alors de la représentation de la profession au sein même des sages-femmes. Qu'en est-il du ressenti des sages-femmes des Yvelines (78) face à la gynécologie qu'elles pratiquent ? Rencontrent-elles des difficultés liées à un manque de compétences ressenti et/ou un manque de temps pour se former et pratiquer ?

1.3.2 Reflet de la maigre reconnaissance sociale de la profession

Parallèlement, en 2017, un sondage de l'IFOP (Institut Français d'Opinion Publique) a démontré que 22% des femmes n'ont pas de suivi gynécologique régulier. En confrontant la faible activité des sages-femmes et le fort taux de femmes sans suivi régulier, nous pouvons nous interroger sur la représentation des patientes de la profession. Les femmes considèrent-elles les sages-femmes comme potentiel acteur du suivi gynécologique ? En effet, la majorité des femmes et des hommes qui ont procréé a été en relation avec des sages-femmes, mais en ignore l'étendue des compétences actuelles, notamment en matière de gynécologie (19). La dynamique

** Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES). *La contraception qui vous convient existe*. 15 Mai 2013. [en ligne]. <http://www.inpes.sante.fr/30000/actus2013/015-contraception.asp> (consulté le 04 octobre 2017).

sociale de la profession est ici entravée, élément pourtant fondamental à la représentation sociale, d'après Moscovici (2).

1.3.3 Des actions mises en œuvre pour faire changer les mentalités

Les sages-femmes ont la volonté de se faire entendre depuis maintenant plusieurs années et d'être mieux reconnues dans le parcours de santé des femmes. En 2010, un référentiel métier a été créé par le Conseil de l'Ordre des sages-femmes (CNOSF) en collaboration avec le Collectif des Associations et Syndicats de Sages-Femmes (CASSF) ; il vise à pallier le manque d'informations du grand public en décrivant des situations non exhaustives mais pour le moins représentatives du métier de sage-femme. Il reflète les compétences requises à la sortie de la formation initiale, notamment en matière de gynécologie de prévention et de contraception (annexe I). De plus, l'année 2013 a marqué l'histoire de la profession avec la grève la plus longue jamais connue en France. Outre la reconnaissance professionnelle et les revendications financières des sages-femmes, l'attente d'une meilleure reconnaissance sociale a été clairement énoncée chez les professionnels interrogés sur les enjeux contemporains (20). L'Institut National de Prévention et d'Éducation en Santé (INPES) a alors lancé des spots d'informations grand public mentionnant les sages-femmes comme acteur de santé en matière de contraception. Enfin, le 14 juin 2016, une campagne nationale a été lancée par le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé (en relation avec le CNOSF) sur les réseaux sociaux pour « *faire connaître l'ampleur et la diversité des missions des sages-femmes. Faire connaître leur place dans les politiques de prévention et d'éducation thérapeutique, [...]. Faire connaître leurs compétences en matière de suivi gynécologique. Faire connaître la diversité de leurs lieux d'exercice* »*.

En parallèle, il se fait sentir depuis quelques années une volonté des médias français, de faire reconnaître ce métier, en en donnant certes, une image « romancée ». Nous pensons notamment aux reportages ou émissions sur la vie des sages-femmes à l'hôpital comme les Maternelles*, Le Figaro** ou encore la télé-réalité *Baby-boom* diffusée depuis 2011**** qui dépeignent majoritairement les sages-femmes comme accompagnant les femmes en salle d'accouchement.

*Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Sages-femmes. Au moins 6 bonnes raisons de consulter une sage-femme. [en ligne]. <http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/sages-femmes/> (consulté le 18 juillet 2017)

**France 5, *Sage-femme, le plus beau métier du monde ?* Les Maternelles, 2016, [En ligne], (consulté le 18/10/2017)

***Rostagnat M, *Une profession mal connue*, Le Figaro.tv, le 05 mai 2015 [En ligne] (consulté le 18/10/2017)

****Haire O., *Audiences : Baby Boom (TF1) séduit dans sa nouvelle case horaire*, 25 avril 2016 [En ligne] (consulté le 18/10/2017)

Ces différents outils façonnent la représentation sociale de la profession mais de manière parcellaire.

1.4 Jeunes filles nullipares et suivi gynécologique : un enjeu supplémentaire de santé publique

1.4.1 Des adolescentes démunies face à la santé génésique

Parallèlement au fort taux des femmes sans suivi gynécologique, le taux d'Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) chez les patientes mineures entre 15 et 17 ans ne diminue pas depuis 1990*. Ceci révèle que l'information et la prévention à l'éducation, à la santé et à la sexualité restent des axes à améliorer.

Si les campagnes d'informations se succèdent, l'accès aux soins et aux professionnels de santé n'est pas toujours évident pour les femmes les plus jeunes. Une étude sociologique menée par Laurence Guyard en 2010 a démontré que la majorité des femmes démarre leur suivi gynécologique à l'adolescence, c'est-à-dire entre 13 et 18 ans (21). En 2011, l'article de Yaëlle Amsellem-Mainguy mettait en lumière les freins des jeunes nullipares face à la première consultation chez un gynécologue (22). Amsellem-Mainguy énonce que pour les jeunes filles, « *médecins de famille, gynécologues, professionnels des centres de planification, infirmières scolaires, ont des fonctions médicales bien différentes* ». Il est souligné ici que pour les jeunes filles, seuls les gynécologues sont « *les spécialistes des femmes, du corps de l'intime* ». Il est alors nécessaire de tenir compte des représentations sociales que les jeunes femmes ont des différents professionnels de santé et de leurs spécificités. De plus, la sage-femme n'est pas mentionnée par les jeunes filles comme étant potentiellement acteur de la santé féminine. Est-ce en raison de la forte association entre la maternité et la profession ?

1.4.2 L'éducation à la santé via la première consultation gynécologique

L'adolescence étant certes déterminée par la puberté, elle l'est tout autant par les changements qui s'opèrent dans les pratiques culturelles. En effet, elle est marquée chez les jeunes filles par les ménarches (premières règles), événement constituant un signe de leur accession à la catégorie de femme (23). Première approche de la « gynécologie », cet événement est aujourd'hui anticipé le plus souvent par les conceptions éducatives au sein des familles, où la mère est souvent le premier vecteur d'informations sur le sujet (24-26).

Par ailleurs, la première consultation gynécologique a une place majeure dans ce parcours. Cette consultation, marquant l'entrée dans la féminité, peut être liée à l'éducation familiale de la jeune fille. A noter que celle-ci n'y va pas toujours de sa propre et unique initiative. Les jeunes filles sont parfois accompagnées et nous pouvons nous demander qui choisit le professionnel, ou encore comment ce choix s'opère.

Cette consultation occupe, qui plus est, une place importante dans le processus de construction de soi, en se révélant être un moment de transmission et d'apprentissages corporels (27-29). Qu'en est-il réellement du positionnement des jeunes filles face au démarrage de ce suivi médicalisé de leur féminité ?

Dans un contexte où l'accroissement des compétences des sages-femmes est certain en matière de gynécologie, où des actions de santé publique se développent concernant le suivi gynécologique des femmes et où la démographie médicale est en baisse, les sages-femmes restent peu consultées par les jeunes filles nullipares. Si la rencontre entre sages-femmes et jeunes filles ne se fait pas, cela est peut-être dû aux représentations sociales qui ne s'accordent pas. Cela nous a amené à nous demander :

Quels sont les freins à la représentation sociale des sages-femmes face au suivi gynécologique des jeunes filles nullipares ?

2 Matériel et méthodes

2.1 Objectifs et hypothèses

L'objectif de ce mémoire est de confronter les représentations de la profession chez les sages-femmes et les jeunes filles nullipares afin de déterminer un moyen de faciliter leur rencontre.

Les hypothèses de recherche sont les suivantes :

- Les sages-femmes des Yvelines rencontrent des difficultés face au suivi gynécologique qui sont liées à un manque de compétences ressenti et/ou un manque de temps pour se former et pratiquer
- Les jeunes nullipares ne soupçonnent pas les compétences des sages-femmes en matière de gynécologie en raison de la forte association à la maternité de cette profession
- Les jeunes nullipares sont réticentes à consulter une sage-femme pour leur suivi gynécologique car leur mère ou figure féminine est habituée à consulter un gynécologue

2.2 Type d'étude

L'étude menée est une étude qualitative réalisée grâce à des entretiens semi-directifs. Afin de déterminer les obstacles sociaux entre les sages-femmes et les jeunes filles, il a été nécessaire de travailler en miroir, soit travailler avec deux populations distinctes sur les mêmes thématiques. Nous avons interrogé des sages-femmes réalisant des consultations gynécologiques et des jeunes nullipares sur le point de démarrer leur suivi gynécologique ou en tout début de parcours. L'entretien semi-directif est une technique d'enquête qualitative fréquemment utilisée dans les recherches en sciences humaines et sociales. Cet outil permet au participant de

s'exprimer librement autour d'un sujet ou thème plus ou moins précis donné par l'enquêteur, tout en le guidant dans son cheminement de pensée. Les différents thèmes ont été au préalable définis et consignés dans une grille d'entretien (annexes II et III).

Ces entretiens ont permis de laisser transparaître les représentations profondément inscrites chez les participants, représentations qui ne se seraient pas exprimées au travers d'un questionnaire qualitatif. C'est pourquoi l'entretien semi-directif est apparu ici comme le meilleur outil afin de réaliser notre étude sociologique. Chaque entretien a été enregistré au dictaphone et a été retranscrit de manière exhaustive.

2.3 Déroulement de l'étude

2.3.1 Recrutement des sages-femmes

Nous nous sommes restreints aux sages-femmes réalisant des consultations de gynécologie préventive et de contraception. Concernant le recrutement des sages-femmes libérales, nous avons créé une liste au préalable de vingt sages-femmes libérales travaillant sur le territoire des Yvelines (78), tout comme les jeunes filles. Nous les avons contactées par téléphone afin de confirmer leur pratique du suivi gynécologique. Puis, nous leur avons demandé si elles accepteraient de participer à notre étude. Parmi elles, cinq sages-femmes ont répondu favorablement à notre demande. Nous avons alors convenu ensemble d'une date pour se rencontrer. Les entretiens se sont faits, pour une partie, au domicile des participantes et pour une autre à leur cabinet entre octobre et décembre 2017. Nous leur avons laissé le choix de lieu, le critère principal étant qu'elle le juge le plus confortable.

Concernant le recrutement des sages-femmes hospitalières, nous avons contacté par courriel les sages-femmes responsables du pôle gynécologique de trois hôpitaux des Yvelines (78). Notre message a alors été relayé aux sages-femmes réalisant des consultations de gynécologie de prévention et de contraception au sein des ces différents hôpitaux. Nous avons alors reçu quatre réponses de sages-femmes désireuses de participer à notre étude. Nous avons convenu par message électronique d'un rendez-vous pour se rencontrer. Les entretiens ont eux aussi été

réalisés sur la période d'octobre à décembre 2017, soit au domicile des participantes soit sur leur lieu de travail.

Au total, neuf entretiens ont été menés avec des sages-femmes. Cinq sages-femmes libérales et quatre hospitalières ont confirmé leur engagement à répondre à nos questions. Chaque entretien a été enregistré à l'aide d'un dictaphone. Nous avons reçu le consentement libre et éclairé par chaque participante. Nous nous sommes engagés à respecter la confidentialité et l'anonymat de leurs propos, ce qui suppose l'impossibilité d'associer le discours retranscrit dans l'analyse à la personne qui l'a prononcé. Par soucis de lisibilité, nous avons référencé les entretiens de A à I en exposant (annexe VII).

- Critères d'inclusion : titulaire du diplôme d'Etat depuis plus de 5 ans (fixé arbitrairement) ; titulaire ou non d'un Diplôme Universitaire ou Diplôme d'Etudes Supérieures à l'Université en gynécologie et/ou de contraception ; exerçant une activité libérale et/ou hospitalière
- Critères d'exclusion : sage-femme ne faisant pas de consultation gynécologiques

2.3.2 Recrutement des jeunes nullipares

Nous nous sommes intéressés aux jeunes nullipares de 14 à 20 ans n'ayant pas débuté leur suivi gynécologique ou en tout début de parcours. La tranche d'âge, encadrant la moyenne d'âge du premier rapport sexuel à 17 ans pour les jeunes filles* a été fixée arbitrairement**.

Nous sommes intervenus dans un lycée général des Yvelines (78). Nous avons délibérément choisi un lycée issu du même département où exercent les sages-femmes que nous avons rencontrées. Nous tenions à l'homogénéité socio-économique pour nos deux populations. L'idéal aurait été de pouvoir questionner des adolescentes dans plusieurs lycées, d'enseignement général et technologique, ainsi que dans les centres de formation. Cependant pour des raisons pratiques et temporelles, cela n'a pas été possible. La sélection des entretiens avec les jeunes

filles s'est faite sur la base du volontariat. Les entretiens ont relevé du même registre de confidentialité et d'anonymat que ceux avec les sages-femmes.

Nous avons reçu huit demandes de participation. Les entretiens ont été faits sur la période de mai à juin 2017. Ces entretiens n'ont pas excédé quarante-cinq minutes. Une des salles de classe de l'établissement nous a été mise à disposition par le chef de l'établissement. Il s'agissait d'entretiens individualisés. Ces entretiens semi-directifs ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone. Par souci de lisibilité, nous avons référencé les entretiens de α à θ en exposant (annexe VII).

- Critères d'inclusion : jeune femme entre 14 et 20 ans, volontaire, scolarisée dans le lycée référent de l'étude ; autorisation parentale et de l'intéressée recueillies le jour de l'entretien ; jeune fille acceptant l'entretien individualisé ; jeune fille n'ayant pas débuté ou au commencement de son suivi gynécologique (< 2 ans) ; parle et comprend le français

2.4 Thématiques abordées

Nous avons élaboré des « grilles thématiques » pour chacune de nos populations. Ces grilles ont été construites autour de grands thèmes comme les représentations, perceptions, idées, opinions, savoirs en amont des entretiens. Les deux grilles ont été testées auprès de sages-femmes et d'adolescentes volontaires, au préalable du lancement notre étude. Les grilles ont alors été ajustées et affinées au regard des discours recueillis.

2.4.1 Thématiques abordées avec les sages-femmes

- La formation en gynécologie : formation initiale, formation complémentaire, analyse face à l'évolution de la formation initiale actuelle, enjeux et limites
- Pratique de la gynécologie : description, activité, enjeux et limites

- Facteurs extérieurs à cette pratique : baisse de rémunération ou une augmentation, recommandations émanant du ministère de la Santé, du CNOSF,...
- Patientèle de jeunes filles nullipares en gynécologie : image de la sage-femme d'après les jeunes filles, proportion de jeunes filles vues en consultation, arguments mobilisés face à une jeune fille

2.4.2 Thématiques abordées avec les jeunes nullipares

- Le suivi gynécologique : définition, professionnels en charge de ce suivi, concernées par le sujet, événement précis pour démarrer ce suivi, références
- La profession de sage-femme : définition, limites du métier,
- L'information et l'éducation à la santé : statut face à l'information, sources d'informations (matérielles, personnes référentes)

2.5 Stratégie d'analyse

2.5.1 Première étape

Après retranscription de chaque entretien, nous avons découpé le texte, identifié des passages significatifs et classé les différents contenus par catégories dans des grilles d'analyse (annexes V et VI). Ce découpage des entretiens a nécessité plusieurs niveaux de lecture des contenus :

2.5.1.1 Premier niveau de lecture

- Association de chaque passage aux thèmes de la grille thématique
- Compréhension et interprétation de ce qui est énoncé tout en tenant compte d'une pluralité de celles-ci
- Repérage des répétitions fréquentielles thématiques (fréquence de présence ou d'absence)

- Repérage des liens préférentiels entre les thèmes ou les répétitions fréquentielles

2.5.1.2 Deuxième niveau de lecture

Nous avons tenté de déterminer le discours sous-jacent, les sous-entendus, les opinions et valeurs de l'interlocutrice.

2.5.2 Deuxième étape

Nous avons analysé nos résultats grâce à une synthèse des convergences entre les deux niveaux de lecture et de leur distribution au sein des deux populations (sages-femmes et jeunes filles), notamment en prenant en compte les caractéristiques sociodémographiques des répondantes. Ensuite, nous avons tenté de mettre en évidence des lignes de partage, des oppositions entre les deux populations afin de répondre au 3ème objectif de l'étude.

2.6 Considérations éthiques et réglementaires

Afin de donner un cadre réglementaire à cette étude, les jeunes filles mineures ont été recrutées et interrogées au sein d'un lycée général des Yvelines (78) dont l'accord du chef d'établissement du lycée a été obtenu début janvier 2017.

Nous avons dû nous présenter dans les classes où les professeurs étaient présents afin qu'elles aient un repère. Notre messagerie mail, créée à cet effet, a été laissée dans chaque classe pour permettre aux jeunes filles de nous contacter en toute discrétion. Afin de pouvoir mener notre étude en toute légalité, une autorisation parentale (annexe IV), décrivant brièvement l'objet de notre étude, a été délivrée aux participantes pour demander explicitement :

- l'autorisation à la participation du mineur à l'étude
- l'autorisation des parents de participer et d'enregistrer en audio le déroulement de l'entretien

Les autorisations (parentales et des participantes) ont été recueillies le jour de l'entretien. Pour les mineures dont les parents sont divorcés, l'accord des deux parents a été nécessaire. Les entretiens ont été réalisés pendant la pause déjeuner, afin que les participantes puissent se rendre en cours comme à leur habitude.

A noter que les thèmes sensibles comme la sexualité n'ont pas été abordés dans la grille d'entretien. Toutefois, ces sujets ont parfois été soulevés spontanément par les participantes. Dans ce cas, les réponses n'ont pas été passées sous silence lors de la retranscription et ont été analysées au même titre que le reste des informations données par les participantes. Laisser de côté des éléments notoires de l'entretien serait contraire à la méthodologie choisie et en biaiserait l'analyse.

3 Résultats & Discussion

3.1 Description de nos deux populations d'étude

3.1.1 Echantillon de sages-femmes

Au total, neuf sages-femmes se sont portées volontaires pour s'entretenir avec nous. Concernant les sages-femmes hospitalières, celles-ci sont toutes issues du même établissement de santé. En effet, seul un des établissements hospitaliers contactés a transmis nos coordonnées à leurs sages-femmes.

Tableau I : Caractéristiques des sages-femmes selon leur statut professionnel

Caractéristiques des sages-femmes	Statut hospitalier	Statut libéral
Nombre	4	5
Age (ans)	27 – 32	33-45
Sexe	Femmes	Femmes
Diplômée < 2009	3	5
Diplômée > 2009	1	0
Détentrices DU de gynécologie préventive et contraceptive	2	2
Détentrices DU régulation des naissances	2	2
Pas de DU	0	1
Formations non diplômantes	4	5

3.1.2 Echantillon des lycéennes interrogées

Au total, huit lycéennes ont accepté de participer à notre étude. L'âge moyen des jeunes filles était de 16 ans (15-18 ans). Toutes vivaient chez leurs parents. Parmi elles, seule une jeune fille avait déjà consulté une fois pour son suivi gynécologique. Une autre connaissait une sage-femme dans son entourage.

Tableau II : Origines sociales des lycéennes selon leur filière au lycée général

	<i>Artisans, commerçants et chefs d'entreprise</i>	<i>Ouvriers</i>	<i>Employés</i>	<i>Cadres supérieurs</i>	<i>Total</i>
Seconde Générale	0	0	2	0	2
Section générale Scientifique	1	1	2	0	4
Section générale Economique et Sociale	0	1	0	1	2
Total	1	2	4	1	8

3.2 Représentation de la profession chez les sages-femmes

3.2.1 Résultat principal

3.2.1.1 Un manque de légitimité à l'ouverture des compétences

Chez la majorité des sages-femmes interrogées, il est apparu clairement que la formation initiale avant 2009 était insuffisante en gynécologie. Nous avons choisi de vous présenter l'opinion générale sous forme d'un nuage de mots :

Figure 1 : Ressenti des sages-femmes face à leur formation initiale en gynécologie avant 2009



Le nombre d'heures était considéré comme étant trop faible. Huit sages-femmes sur neuf ont déclaré avoir manqué de pratique lors de leurs études initiales, tant à l'école que sur les terrains de stage.

« Je pense qu'il y avait des lacunes dans le programme, mais celles qui sont diplômées d'avant 2009, elles sont plus à jour que celles diplômées avant 2001 c'est logique. Le programme avant, c'était la contraception progestative parce que c'était le seul truc qu'on avait le droit de prescrire à l'époque, c'est tout ! Ca ne servait à rien d'apprendre plus parce que de toute façon on ne pouvait pas faire plus ! La gynéco, c'était pas ce qui était demandé aux sages-femmes à l'époque »^A

Nombreuses étaient les sages-femmes qui ont affirmé avoir souffert d'un déficit en gestes techniques lors de l'élargissement des compétences en

gynécologie. Certaines ont même expérimenté des situations délicates où elles étaient prises en défaut :

« Je m'en rends bien compte face aux patientes en suite de couches. Des fois elles posent des questions, je ne sais pas répondre... »^H

L'inquiétude concernant leur manque de légitimité à pratiquer la gynécologie à l'extension des compétences transparaissait assez régulièrement :

« Il me fallait... j'avais besoin d'une vraie légitimité pour faire ce que j'avais envie de faire... ce que je n'avais pas parce que j'étais mal formée, à mon sens, en gynéco »^G

Face à ces nouvelles compétences, les sages-femmes de notre étude ne se sentaient pas légitimes dans le domaine octroyé. Ceci pourrait être rapporté au constat fait par E. Ruini en 2015 (19). Les 77% de sages-femmes qui ne pratiquaient pas la gynécologie pourraient traduire ce manque de légitimité. Cependant, chez les sages-femmes interrogées ici, ce manque de légitimité et le goût pour la matière les ont motivées à remettre à jour leurs connaissances.

3.2.1.2 La formation continue appropriée

Dans un premier temps, les formations non diplômantes sur trois jours ont été mentionnées. Les neuf sages-femmes de notre échantillon ont affirmé avoir eu recours à ce type de formations sur internet et/ou avec des organismes. Leur intérêt porté pour la formation à la gynécologie était mêlé dans chaque entretien à une recherche large d'informations, comme des lectures d'articles, des discussions entre collègues. Par ailleurs, les diplômes universitaires semblaient, d'après les sages-femmes, pallier en grande partie le manque ressenti en gynécologie. Les sages-femmes ont déclaré avoir pu s'entraîner sur les gestes techniques, principal déficit perçu lors de leur formation initiale. Certaines ont apprécié rafraîchir leurs connaissances et les approfondir. Finalement, les sages-femmes ont ressenti une légitimité accrue à exercer après leurs formations complémentaires qu'elles jugeaient

nécessaires. De plus, elles ont affirmé leur désir mais aussi leur obligation de remettre à jour leurs connaissances. La volonté de pratiquer la gynécologie est alors traduite par un investissement dans la formation continue.

La formation continue mise à disposition semble être satisfaisante aujourd'hui, toutefois elle n'échappe pas à l'évolution des savoirs. En effet, ils ne sont jamais complètement définis et les professionnelles nous ont confié l'importance pour elles d'être à jour, par obligation déontologique mais aussi par rigueur personnelle qu'elles s'imposaient.

3.2.1.3 L'activité gynécologique

Concernant l'activité gynécologique des sages-femmes, il est ressorti de la majorité de nos entretiens que leur pratique représentait environ un quart de leur activité totale. Nombre d'entre elles soulignaient l'explosion de leur pratique dans ce domaine.

Les sages-femmes étaient globalement satisfaites de cette moyenne. Cela pourrait laisser croire que la demande est aujourd'hui de plus en plus insistante. La montée en puissance de cette demande pourrait s'expliquer par le renouvellement difficile des gynécologues-obstétriciens et leur recentrage sur la pathologie de la naissance, situations que ces sages-femmes ont bien identifiées :

« Le suivi gynéco depuis une bonne année on m'appelle juste pour ça. [...] c'est passé de zéro à plusieurs demandes par mois. Quand j'en discute avec des collègues c'est pareil. Maintenant je peux avoir deux à trois consultations de gynéco par semaine. Chose qu'il y a deux ans était plus que rare ! [...] Et puis aujourd'hui, les gynécos du coin partent tous à la retraite et sans relève. »^F

Le constat fait par les sages-femmes de notre étude est loin de celui fait par la Cour des Comptes en 2011, qui rappelle le, avait émis que la part des consultations (y compris de suivi de grossesse) ne représentait que 5% de l'activité des sages-femmes. L'explosion de cette pratique reflète indirectement un

changement dans les mentalités des patientes, qui commencent à faire appel de plus en plus à la sage-femme pour le suivi gynécologique. Toutefois, rares restaient les patientes de moins de 20 ans à consulter nos sages-femmes, nous y reviendrons par la suite. Ce changement ne s'est-il pas encore embrayé chez les jeunes mentalités ?

3.2.1.4 Un attrait personnel indéniable pour la discipline

L'opinion majoritaire chez les sages-femmes interrogées concernant l'expansion des compétences en gynécologie était des plus favorables. Concernant l'intérêt pour cette pratique, le suivi gynécologique était perçu comme le moyen de s'investir d'avantage sur le long terme dans la relation avec les femmes et d'élargir la patientèle. Nous avons pu observer une réelle attirance pour cette discipline pour certaines sages-femmes dès leurs études. Pour d'autres, le goût pour la gynécologie était concomitant avec l'extension du champ de compétences. Toutes les interviewées ont insisté sur leur volonté de prendre en charge la femme dans sa globalité :

« Je veux ratisser large, de l'ado à la femme ménopausée »^B

« C'est aussi prendre en charge les patientes tout au long de leur vie »^E

« On est vraiment la spécialiste de la femme [...] j'ai l'avant, pendant, l'après [...] c'est hyper enrichissant qu'on ait une approche globale »^C

« Dès le début la gynéco et la contraception m'intéressaient et puis avec une copine de promo, on s'était dit qu'on se laissait un an pour pratiquer... Et puis après on fait une formation complémentaire ! Et puis un an après le diplôme, HPST est passé au moment où on a postulé pour le DU et on s'est dit « génial on est visionnaire quoi »^A

Pratiquer la gynécologie demande donc un investissement supplémentaire pour les sages-femmes, nourri d'un goût pour la matière. En effet, les sages-femmes de notre étude ont fait le choix de se former à la gynécologie par attrait pour la

discipline. En effet, un large choix de DU de gynécologie préventive et de contraception est actuellement à disposition des sages-femmes, axant sur différents aspects de la gynécologie.

2.2.2 Résultats secondaires

3.2.2.1 L'inconfort des sages-femmes face aux droits de prescription

3.2.2.1.1 Obstacle à la continuité des soins

La grande majorité des sages-femmes nous a déclaré trouver des incohérences dans le droit de prescription au cours de leur pratique de la gynécologie préventive et contraceptive :

« Des leucorrhées un peu suspectes, on prescrit un PV mais on ne peut rien donner derrière sauf si c'est une mycose [...] En puis si c'est une mycose, on sait très bien que le traitement per os est clairement plus efficace que ce qu'on a le droit de prescrire »^A

« Si jamais elle a une infection urinaire, on peut leur dire qu'on sait ce qu'elle a mais que nous on ne peut pas traiter si elle n'est pas enceinte. Et donc on lui dit qu'elle aille voir direct son médecin [...] Mais ça peut arrêter certaines patientes »^C

« On n'a pas le droit de prescrire de l'Antadys© ou du Ponsyl© pour des jeunes filles qui viennent pour dysménorrhées ou pour une pose d'un stérilet heuu... il n'y a rien de logique là dedans [...] Et en plus l'ibuprofène est en vente libre maintenant »^D

Nous avons ressenti chez les sages-femmes une certaine frustration concernant la législation de la prise en charge en gynécologie. Les contradictions relevées par les professionnelles concernaient entre autres le traitement des vulvo-vaginites, des cystites, la prescription d'antalgiques lors de la pose de dispositifs

intra-utérins ou encore pour les douleurs des premières règles chez jeunes filles, ce qui a directement trait avec notre sujet.

Ces propos sont à mettre directement en relation avec l'article de loi 4151-4 du Code de la Santé publique. En effet, la loi autorise les sages-femmes à prescrire les :

- *Antibiotiques par voie orale dans le traitement curatif de première ligne des cystites et bactériuries asymptomatiques **chez la femme enceinte** selon les recommandations officielles en vigueur. Prescription non renouvelable pour une infection donnée.*
- *Anti-infectieux locaux utilisés dans le traitement des vulvo-vaginites : antifongiques, trichomonacides, antibactériens et antiherpétiques*
- *Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) uniquement pour la prise en charge de la douleur en post-partum immédiat et dans le cadre de l'IVG, à l'exclusion des AINS indiqués spécifiquement dans la prise en charge symptomatique d'affections rhumatismales*
- *Les sages-femmes sont autorisées à renouveler la prescription faite par un médecin des médicaments suivants : Anti-inflammatoires non stéroïdiens indiqués dans le traitement des dysménorrhées, notamment l'acide méfénamique (Ponsyl®)*

Les professionnelles ont souligné le caractère illogique des droits de prescription à plusieurs reprises. Qui plus est, traiter une infection urinaire est possible pour une sage-femme quand la patiente est en consultation obstétricale mais ne l'est pas si elle vient en consultation gynécologique. Face aux patientes qui consultent pour des mycoses récidivantes, nécessitant un traitement oral qu'elles ne sont pas autorisées à prescrire, les sages-femmes n'ont d'autre choix que de les adresser à un médecin. Un sentiment d'impuissance, presque d'injustice est ressenti par les sages-femmes face aux droits de prescription. Cet aspect législatif était vécu comme un obstacle à la volonté première des sages-femmes de prendre en charge la femme dans sa globalité (Cf partie 3.2.1.5).

L'enjeu porte alors sur les frontières professionnelles entre les gynécologues (notamment médicaux) et les sages-femmes. Il est à noter que la gynécologie médicale comporte d'une part le suivi gynécologie de prévention et la contraception mais aussi le suivi complet des pathologies bénignes et malignes pelviennes et mammaires, la gynécologie endocrinienne ainsi que la prise en charge de l'infertilité du couple et l'assistance médicale à la procréation. Ceci fait écho aux nombreux débats sur la gynécologie médicale, notamment suite à la publication du livre Sale temps pour les femmes, Futures mère si vous saviez d'O. Buisson. Cette gynécologue médicale accusait l'administration française de liquider la discipline « *en remplaçant la gynécologie médicale de proximité par une gynécologie low cost pratiquée par des intervenants non médecins* ». Ces écrits indirectement à charge des sages-femmes ont été dénoncés, car il remettait en cause la capacité des sages-femmes à prendre en charge les patientes en gynécologie préventive, *de facto* leurs compétences professionnelles. Or dans nos réponses, les sages-femmes se positionnaient sur leurs pratiques et leurs limites qu'elles semblaient bien connaître. Etant émergentes dans le domaine, les sages-femmes ont insisté sur la nécessité de définir avec les patientes leur champ de compétences.

3.2.2.1.2 Un frein pour les patientes ?

Si les professionnelles peuvent être résignées face à ces incohérences, elles ont constaté surtout que cela pouvait conduire les patientes à renoncer à une prise en charge. Ainsi, la mission de santé publique ne serait pas effectuée :

« *Si je lui dis « Voilà madame, je sais ce que vous avez mais je ne peux pas le traiter comme vous n'êtes pas enceinte, il faut aller voir votre médecin traitant pour l'ordonnance » ça peut arrêter certaines patientes. La prochaine fois bah... Peut être qu'elle ira direct chez son médecin et pas chez la sage-femme... Ou peut être même qu'elle n'ira voir personne et va attendre que ça passe tout seul* »^C

En réorientant les patientes vers un médecin pour un « traitement simple » d'un des motifs cités plus haut, il se peut que les femmes ne consultent pas une

sage-femme en première intention la prochaine fois qu'elles rencontreront un problème d'ordre gynécologique. Une étude auprès des patientes directement pourrait permettre d'affirmer ou non cette hypothèse.

3.2.2.1.3 Un frein à long terme ?

Les sages-femmes ont admis réaliser quelques fois des actes dépassant leur domaine de compétences :

« Ca m'est déjà arrivé de prescrire... de traiter des mycoses à répétition ...des petites ordonnances pour traiter les infections urinaires régulièrement aussi, du Zelitrex©, Zithromax©... Mais tout ça c'est hors compétences »^A

Nous avons pu soulever un paradoxe intéressant. Les sages-femmes ont très souvent mentionné l'aspect médico-légal dans leur discours. Il s'agit de la crainte d'être condamné devant les tribunaux. Les professionnelles semblaient considérer le risque très important. Dans le même temps, elles ont dû construire des compromis, notamment parce que les patientes demandaient des soins ou des médicaments qu'elles n'étaient pas censées assurer. Transgresser les droits de prescription était une manière d'exprimer, dans le cadre de la relation de soin, leur exaspération envers ces incohérences. Les sages-femmes semblaient bridées par ces droits de prescription, pour autant, ceci ne serait pas un motif pour arrêter les consultations gynécologiques. Mais jusqu'à quand ? Au-delà du fait de revendiquer une harmonisation entre les prises en charge des femmes enceintes ou non, un deuxième niveau d'analyse pourrait ici apparaître. Ces incohérences pourraient-elles finir par décourager les sages-femmes ? Pourraient-elles les amener à ne plus pratiquer ? Et de ce fait jouer sur les représentations de la profession dans les années à venir ?

3.2.2.2 Relations sensibles avec des gynécologues de ville

3.2.2.2.1 Une cohabitation fragile

Lorsque nous avons demandé aux sages-femmes ce qui pouvait influencer leur pratique de la gynécologie, nous avons recueilli un discours homogène à propos de leur relation avec les certains gynécologues de ville. La majorité des sages-femmes avait décrit un accueil très froid :

« *Ils nous aiment pas* »^I

« *Clairement ils ne veulent pas qu'on fasse de la gynéco nous aussi* »^F

Le champ lexical utilisé était celui de la tension à caractère concurrentiel :

« *Je me sens attendue au tournant* »^F

« *On doit y aller sur la pointe des pieds* »^I

« *Il y a toujours une petite appréhension* »^C

« *Il y en a qui sont bienveillants, il y en a qui le sont pas* »^G

« *On est très mal accueilli* »^H

Seule une sage-femme a tenu à préciser qu'elle ne voulait pas « *croire à la gue-guerre médecin sage-femme* »^D. Toutefois, le simple fait de le mentionner était admettre l'existence de certaines tensions entre les professionnels de santé. C'est donc dans un contexte particulièrement tendu et concurrentiel que les sages-femmes se sont engagées à répondre à la forte demande. Les sages-femmes étaient attentives à ne pas empiéter sur le domaine des gynécologues et au respect des droits d'exercice de leur profession :

« *Je veux faire bien attention* »^G

« Je fais attention à bien rester dans mes bottes »^F

« Certains attendent que ça, qu'on se casse la gueule »^S

Ces relations sensibles avec certains gynécologues font depuis quelques années maintenant, l'objet de nombreux débats publics. Il nous a semblé cohérent d'allier cette réponse insoupçonnée de nos sages-femmes avec le communiqué de presse du 28 juin 2017 du SYNGOF (Syndicat des Gynécologues Obstétriciens de France) dénonçant les mesures gouvernementales qui nuisent à la surveillance médicale des femmes*. Le SYNGOF et la FNCGM (Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale) entre autres, appelaient les instances professionnelles de gynécologie obstétrique à réagir face à cette tentative supplémentaire de monter deux professions l'une contre l'autre alors qu'elles ont toujours travaillé en complémentarité et en bonne entente.

Ce communiqué dénonçait entre autre que les niveaux de formation et de compétences sont loin d'être les mêmes entre sage-femme et médecin. Ainsi consulter une sage-femme n'est pas identique en termes d'accès aux soins à consulter un médecin et « *en résultera une perte de chances pour les femmes en raison d'un retard au diagnostic et à la mise en place d'un traitement adéquat.* »

Toutefois, comme nous l'avons souligné plus haut, les sages-femmes se positionnaient sur leurs pratiques et leurs limites qu'elles semblaient bien connaître. Etant émergentes dans le domaine, les sages-femmes ont insisté sur la nécessité de définir avec les patientes leur champ de compétences. Chez toutes nos interrogées, la notion de médico-légal était nettement présente dans leur discours. De plus, nous avons ressenti une exigence particulière de la part des interviewées à préciser qui elles étaient :

« *Je suis sage-femme et pas médecin hein, je suis spécialiste de la femme, eux ils sont spécialistes de la pathologie de la femme* »^C

* SYNGOF, *Les instances professionnelles en gynécologie et obstétrique dénoncent des mesures gouvernementales qui nuisent à la surveillance médicale des femmes*, 28 juin 2017, <http://syngof.fr/communiqués-presse/communiqué-commun/> [En ligne] (consultée le 12/04/2018)

**CNOSF, Communiqué de presse, *Suivi gynécologique et de prévention des femmes : l'Ordre réaffirme le rôle fondamental des sages-femmes*, 29/12/2017, <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/suivi-gynecologique-et-de-prevention-des-femmes-lordre-reaffirme-le-role-fondamental-des-sages-femmes/> [En ligne] (consultée le 12/04/2018)

Le discours de nos sages-femmes est soutenu par le CNOSF. En effet, le 29 décembre 2017, suite à une enquête publiée par Le Monde, la présidente du CNOSF a tenu de clarifier que les sages-femmes ne se substituent ni aux médecins généralistes ni aux spécialistes. Celle-ci a rappelé que leur profession est centrée sur la physiologie et l'orientation vers un médecin est naturelle dès qu'une maladie apparaît : « *Il est donc urgent que la répartition des rôles de chacun soit clarifiée* ». L'importance d'uniformiser la représentation de la sage-femme est une fois de plus soulignée.

Les sages-femmes interrogées ici étaient dans une position de collaboration avec les gynécologues-obstétriciens, en décrivant leur mission et objectif communs avec ces derniers, à savoir la bonne santé des femmes dès aujourd'hui. Celles-ci ont insisté sur l'importance de travailler ensemble décrivant leurs interventions (limitées à la physiologie) comme complémentaires et indissociables. Par ailleurs, dans ce conflit concurrentiel, celles-ci se positionnaient en tant que professionnelles capables d'apporter des plus-values comme l'écoute des patientes, l'accompagnement tout au long de leur vie de femme et une aptitude à consacrer du temps à l'échange.

3.2.2.2 Frein indirect pour les patientes

Les sages-femmes condamnaient globalement cette mésentente avec certains gynécologues. Cette relation précaire n'influçait pourtant pas directement les prises en charge des sages-femmes mais pourrait jouer indirectement sur leur activité. L'opinion majoritaire se concentrait donc sur le manque de soutien de la part de certains gynécologues de ville, voire une opposition sourde :

« Je pense que les gynécocos freinent. Je ne sais pas ou ça freine d'ailleurs mais je pense qu'il y a des gynécocos. [...] Enfin j'ai des patientes qui m'ont dit que leur gynéco leur avait dit « Ah mais si vous allez voir une sage-femme, c'est pas la peine de venir me voir en cas d'urgences ». Il y en a qui ont dit ça. C'est...heu.. c'est parce qu'ils ont peur qu'on leur piquent leur clientèle. Mais en même temps ils n'acceptent

plus de patientes. Ou alors ils nous envoient les mamies de 80 ans parce qu'ils prennent toutes les dames en âge de procréer. »^H

Comme nous l'avons remarqué en introduction, l'activité gynécologique des sages-femmes pourrait être le reflet de la représentation de la profession. En effet, les débats et discours sur les relations sages-femmes -- gynécologues pourraient influencer la représentation des sages-femmes chez les patientes.

Rappelons alors notre première hypothèse : *Les sages-femmes des Yvelines rencontrent des difficultés face au suivi gynécologique qui sont liées à un manque de compétences ressenti et/ou un manque de temps pour se former et pratiquer*

Les sages-femmes que nous avons interrogées se sont senties légitimes à pratiquer, une fois s'être investie dans la formation continue. Cela traduit que ces moyens semblent pallier le manque de formation initiale d'avant 2009. Ainsi, notre première hypothèse semble s'invalider. Contrairement aux sages-femmes de la région PACA décrites par E. Ruini, les sages-femmes des Yvelines ne rencontrent pas de difficultés liées à un manque de compétences ressenti et/ou un manque de temps pour se former et pratiquer face au suivi gynécologique. Peut être simplement que le manque d'intérêt pour la matière pourrait expliquer pourquoi certaines sages-femmes ne font pas de gynécologie. Cette position semble soutenue par l'appréciation du caractère polyvalent de la profession de sage-femme. En effet, le métier mêlant entre autres l'obstétrique, la gynécologie, la pédiatrie, les attraits personnels semblent interférer avec l'investissement plus ou moins majeur des sages-femmes en gynécologie. Il aurait été ici intéressant d'interroger des sages-femmes sans prendre en compte leur activité gynécologique pour confirmer ou non cette hypothèse.

Par ailleurs, les résultats secondaires ne semblent pas être actuellement assez prégnants pour conduire les sages-femmes à envisager arrêter les consultations gynécologiques. Toutefois, ils peuvent être considérés comme freins indirects à la représentation sociale des sages-femmes en jouant sur l'opinion des patientes.

3.3 Représentation des sages-femmes chez les jeunes filles

3.3.1 Résultat principal

3.3.1.1 Un cercle de compétences restreint à la maternité

Concernant l'image des sages femmes pour les jeunes filles, les réponses que nous avons reçues étaient quasiment unanimes :

« C'est celle qui s'occupe des bébés, non ? »^θ

« Elle fait l'accouchement non ? »^δ

« Elle peut être là pour l'accouchement, après elle s'occupe du bébé... Et peut être de la maman aussi... Non c'est pas ça ?^α

« Je crois que c'est une personne qui aide les dames à accoucher »^ζ

La sage-femme était confinée au cercle de la maternité, le suivi de grossesse n'a été soulevé qu'une seule fois. Sage-femme, accouchement, nouveau-nés étaient trois entités indissociables pour les adolescentes et les compétences que celles-ci octroyaient aux sages-femmes restaient superficielles. Les adolescentes décrivaient les sages-femmes comme des « *assistantes de la femme en travail* »^ε, qui pouvaient être présentes ou non à l'accouchement. Nous avons pu remarquer qu'elles étaient nombreuses à utiliser la négation en fin de proposition, comme pour chercher notre approbation à la réponse dont elles n'étaient pas sûres. Ceci laissait supposer que la profession de sage-femme était encore assez mal connue pour elles.

Lorsque nous avons demandé pourquoi les jeunes filles avaient une telle image des sages-femmes, la plupart nous a répondu qu'elles regardaient des films et documentaires sur les sages-femmes :

« Je pense que c'est les films, quand on regarde un film on voit la sage-femme qui dit « Poussez - Poussez » et après on a l'impression que ça s'arrête là. »^β

« Je regarde souvent à la télé, il y a baby boom, c'est bien je trouve, on voit les dames accoucher, avec leur bébé, on voit la sage-femme qui est là aussi. »^δ

Concernant le statut libéral des sages-femmes, aucune des adolescentes n'a associée la profession avec la possibilité de travailler en cabinet de ville. Les jeunes filles associaient le caractère libéral aux professions qu'elles définissaient strictement médicales soient les médecins ou encore les dentistes. On peut alors se demander comment elles définissaient la profession de sage-femme.

3.3.1.2 Une profession plus sociale que médicale

Nous avons pu relever que le caractère empathique de la profession transparaissait largement dans les discours des adolescentes :

« C'est une personne qui est proche des gens, elle va plus être à l'écoute des personnes »^γ

« Elle va apprendre à connaître la mère avant de la faire accoucher, c'est quand même quelque chose de faire accoucher quelqu'un ! »^α

« C'est elles qui sont là à l'accouchement... Ouais... et puis aussi des fois – heu– pour guider des femmes pour qui c'est le premier enfant, qui ne savent pas trop... Comment ça se passe. Elles les aident –heu–. Elles les rassurent... Elles expliquent comment ça se passe parce que quand c'est ton premier enfant tu ne sais pas pourquoi t'as mal là, pourquoi t'as mal là, tout ça. Comme ça elles peuvent expliquer que le travail va commencer... Qu'il faut respirer à ce moment là et souffler à ce moment là. »^η

L'écoute et la bienveillance étaient décrites par les adolescentes comme caractéristiques principales des sages-femmes, accordant à la profession une forte empreinte sociale.

A noter aussi que les jeunes filles n'ont jamais mentionné que les sages-femmes pouvaient être consultées pour le suivi gynécologique. Qu'en est-il de leur propre représentation de cette consultation ?

3.3.2 Résultats secondaires

3.3.2.1 Une représentation abstraite du suivi gynécologique

Il a été plutôt difficile pour les jeunes filles de définir en quoi consistait le suivi gynécologique. Pour autant, toutes les jeunes filles nous ont fait part de l'obligation d'être examinée lors de la consultation.

« Elle va te dire de s'asseoir ... heu... d'enlever ton bas et après heu..., elle va regarder à l'intérieur... Enfin elle regarde juste et après tu te rhabilles et elle te pose des questions je pense »⁵

L'exploration des organes génitaux était pour elles indissociable de la rencontre avec le professionnel de santé. Cette inspection de leur anatomie semblait pour elles un passage obligatoire, presque comme si leur corps ne leur appartenait plus le temps de ce rendez-vous.

De plus, seul le gynécologue a été évoqué comme professionnel en charge de ce suivi. Ce constat est cohérent avec celui de Y. Amsellem-Mainguy en 2011 (22) qui étudiait la première consultation gynécologique. Elle aussi avait mis en lumière que pour les jeunes filles, « les gynécologues sont les spécialistes des femmes, du corps de l'intime ». La représentation des sages-femmes restait restreinte au cercle de la maternité, comme figée aux compétences d'il y a une quinzaine d'années. Il semblait complexe pour cette représentation d'évoluer, de progresser dans les jeunes mentalités. Le caractère dynamique de la représentation sociale qu'avait théorisé Moscovici était ici inhibé.

3.3.2.2 Les motifs de consultations

Les principaux motifs de consultations ont malgré tout été cités par les adolescentes. Nous les avons présentés sous forme d'un nuage de mot.

Figure II : Motifs de consultations d'après les jeunes filles



Les premières règles ont été mentionnées en majorité comme un événement déterminant le démarrage du suivi gynécologique. Toutefois, nous avons relevé un nouveau paradoxe. Les jeunes filles de notre étude étaient toutes réglées. Pour autant, seule l'une d'entre elles avait démarré son suivi gynécologique. Affirmer ne pas avoir débuté son suivi en étant, d'après elles, en toute légitimité de le faire, nous a interpellés. Cette première incohérence soulignait le caractère embrouillé de cette consultation pour les adolescentes.

En effet, face au suivi gynécologique, les jeunes filles exposaient leurs idées sans être réellement convaincues de leur propre réponse. Elles ne connaissaient ni l'intérêt, ni l'importance de ce suivi ou encore des différents professionnels en charge.

Il en va alors de l'information qu'elles reçoivent sur le sujet. Comment informer les jeunes filles en toute objectivité afin de disperser le brouillard autour du suivi gynécologique ?

3.3.2.3 Une brochure explicative avec l'envoi de la carte vitale

Afin de « tester » la proposition du Collectif des sages-femmes*, nous leur avons demandé l'intérêt d'une brochure décrivant tous les professionnels de santé qu'il est possible de consulter et pour quels motifs avec l'envoi de la carte vitale.

Toutes avaient déjà reçu leur carte. Nous avons ici reçu un avis partagé.

* Le Collectif des sages-femmes, *Propositions de parcours de santé des femmes – Sage-femme Praticien de 1^{er} recours*, p10, 2014

« A notre âge les papiers ça n'est pas vraiment notre truc, en général quand on reçoit un truc important c'est nos parents qui ouvrent ou sinon les papiers on les met direct à la poubelle sans vraiment trop regarder. »^ε

Nos retours semblaient plutôt aller dans le sens d'une efficacité faible de ce mode de communication. En effet, rares sont les adolescentes qui ouvrent leur courrier. Nous pouvons aussi nous interroger sur le crédit accordé à ce mode de communication par les adolescents aujourd'hui.

Rappelons alors notre deuxième hypothèse : *Les jeunes nullipares ne soupçonnent pas les compétences des sages-femmes en matière de gynécologie en raison de la forte association à la maternité de cette profession.*

Notre deuxième hypothèse semble se confirmer. La profession reste encore mal connue des jeunes filles et reste confinée dans la sphère de la maternité. Le suivi gynécologique apparaissait alors comme un concept plus qu'une consultation médicale indispensable. Ne connaissant pas clairement les indications, actes et objectifs du suivi gynécologique, il paraissait compréhensible que les adolescentes ne connaissent pas les professionnels à consulter. Les objectifs du suivi gynécologique devraient alors être expliqués directement auprès des jeunes filles. Définir ce suivi ne peut être affranchi des professionnels en charge de cette consultation, entre autres les sages-femmes. Serait-ce un moyen de modeler et de rapprocher les représentations qu'ont les jeunes filles des sages-femmes ?

3.4 Symbiose entre les représentations sociales des jeunes filles et celles de leur mère

3.4.1 Résultat principal

Lorsque nous avons abordé le suivi gynécologique, les jeunes filles ont précocement associé leur mère à la thématique.

« En fait moi ... j'en ai déjà parlé avec ma mère, donc elle me dit que faut y aller normalement chez la gynéco... normalement avant de faire les premières relations et après... enfin en fait je ne sais pas si il faut vraiment y aller avant ou après. »^γ

« Ma mère elle m'en a déjà beaucoup parlé, parce que je suis grande et que j'ai eu mes règles très tôt en CM2, du coup bah elle m'en a parlé assez tôt »^α

Pour toutes les jeunes filles que nous avons rencontrées, la mère était la personnalité référente en la matière. Nous avons pu remarquer une relation intéressante entre la mère et la fille. Celles-ci positionnaient leur mère comme source d'informations incontestable, suite à leur expérience. Une réelle relation de confiance est transparue dans leurs discours :

« C'est ma mère, je peux tout lui dire »^δ

« Si j'en parle pas avec ma mère, avec qui je peux en parler ? »^ζ

« J'irai voir personne d'autre (que ma mère) si j'ai des questions là dessus »^η

« Elle m'a sortie de son ventre c'est normal que je lui parle de ça »^ε

De plus, lorsque nous avons abordé la prise du premier rendez-vous, nous avons là encore reçu une réponse unanime :

« Je lui en parlerai et puis on prendra rendez-vous ensemble chez quelqu'un qu'elle connaît en qui elle a confiance, et puis on va y aller ensemble »^θ

En plus d'accorder à leur mère une confiance indéniable face à leurs interrogations, les jeunes filles nous ont exprimé le besoin d'être accompagnées par leur mère à la première consultation. Une figure rassurante, presque comme une « bénédiction » était souvent recherchée par les lycéennes face à l'exploration de leur intimité.

Les mères sont de fait convoquées dans deux registres séparés, mais non exclusifs, qui réfèrent, pour l'un, à une dépendance matérielle (choisir la facilité en allant chez un médecin qu'elle connaît) et pour l'autre, à une dépendance affective (confiance absolue en sa mère qui choisira un médecin en qui la mère a elle-même confiance).

3.4.2 Résultats secondaires

3.4.2.1 Une représentation sociale structurée par celle de la mère

3.4.2.1.1 Schéma mère-référence

Lorsque nous avons voulu savoir vers qui les adolescentes s'adressaient pour leurs questions « de filles », la mère semblait être l'unique source d'information fiable sur le sujet. Les principaux arguments avancés par les jeunes filles étaient le fait qu'elle soit une femme au sens propre du terme et qu'elle ait elle-même entamé ce parcours, sa vie de femme.

« Quand j'ai des questions je vais directement les poser à ma mère, parce qu'avec ma mère on a plus de relations [...] Parce que je ne sais pas, c'est une femme elle connaît, elle est passée par là aussi »

Ce schéma mère-référence en matière d'éducation à la féminité et à la sexualité des jeunes filles avait déjà été souligné par de nombreux auteurs. Les études sur le premier rapport sexuel ou encore la contraception ont dépeint la mère comme presque toujours l'interlocuteur privilégié. C. Le Van et D. Le Gall ont notamment mis en lumière le besoin des jeunes filles à obtenir l'accord de leur mère « *plus ou moins explicite, voire même de leur soutien [...] pour passer le cap de leur première fois* » (30). Nous pouvons donc le mettre en miroiter avec le « *cap de la première consultation gynécologique* ». Est-ce dans un but de réassurance afin de démarrer ce nouvel aspect de sa vie sereinement ? Ou le besoin d'obtenir l'accord de sa mère pour devenir une femme comme elle ?

Les « copines » ont aussi été mentionnées comme autres interlocutrices sur ces thématiques. Toutefois, les discussions restaient très superficielles. Nous avons pu observer une similitude dans les cercles d'amies des jeunes filles : aucune n'avait de petit ami, très peu étaient déjà allées voir un gynécologue et aucune ne se sentait concernée par le suivi :

« Oui j'en parle avec mes copines un peu [...] On parle ... heu... de nos règles ... on a vu en cours aussi les moyens de contraception ... ou on parle je sais pas heu ... des serviettes hygiéniques. Rien de plus, des règles. [...] On se demande « est ce que toi tu as été ou pas (chez le gynécologue) ? ». La plupart de mes copines n'a pas commencé... et comme on est à peu près toutes au même stade on s'y connaît pas beaucoup quoi... »^Y

Les camarades ne semblaient pas être des sources d'informations assez fiables pour se confier sur le sujet, par manque d'expérience surtout. L'hypothèse explicative pourrait être que la confiance est basée sur l'expérience et le vécu. De plus, il semblerait que cette confiance peut être rapidement remise en cause à cet âge.

3.4.2.1.2 Crédibilité de la source

Peu de jeunes filles ont remis en cause « les dires » de leur mère. Considérant cette source presque infaillible, les adolescentes semblaient avoir modelé leurs représentations des sages-femmes et du suivi gynécologique sur le modèle de leur mère. A cet âge, la légitimité de la mère fait loi par légitimité de l'expérience.

Nous pouvons rapprocher cette analyse de structuration aux travaux de Pretty, Cacioppo et Goldman (31). Ces derniers ont démontré qu'une source crédible produirait un impact persuasif sur les représentations sociales. Si ces individus se montrent motivés ou capables d'évaluer l'argumentaire, alors ils ne remettraient pas en cause l'expertise de la source dans l'élaboration de leur opinion. En d'autres

termes, utiliser une source fortement crédible est un moyen très efficace pour changer les opinions, les attitudes et les représentations sociales. Comme nous l'avons vu plus haut, les jeunes filles ont placé en leur mère une confiance presque aveugle suite à leurs expériences « de la vie de femme » et se référaient à elle comme source première d'informations. Elles considéraient alors leur source crédible sans la remettre en question. Elles ont alors calqué leurs représentations sur celles de leur mère. Qu'en est-il de la représentation de la sage-femme pour ces mères ?

3.4.2.2 Le gynécologue comme seul spécialiste de la femme pour les mères

3.4.2.2.1 Triangulation fille-mère-gynécologue : continuité du lien de confiance

L'interlocuteur principal sur le suivi gynécologique étant la mère, les jeunes filles semblaient vouloir suivre le même parcours. Lorsque nous avons demandé aux adolescentes vers quels professionnels de santé elles s'adresseraient pour démarrer leur suivi gynécologique, la majorité nous a répondu qu'elle consulterait le médecin gynécologue de leur mère :

« J'irai voir le gynécologue de ma mère je pense, c'est celle qu'elle voit depuis toujours. Comme elle connaît bien ma mère aussi, c'est mieux je trouve. Et puis ma mère elle dit qu'elle est bien. [...] Oui je pense que j'irai voir sa gynéco »^δ

Le discours des adolescentes décrivait l'habitude de leur mère à consulter leur gynécologue pour leur suivi de prévention. Les déterminants possessifs étaient largement utilisés pour mentionner les professionnels, tendant presque à s'approprier personnellement le gynécologue. Les jeunes filles soulignaient l'obligation de l'établissement d'un lien de confiance avec le gynécologue, l'objet de la consultation les obligeant, d'après elles, à exposer une part de leur intimité corporelle. Toutefois, cette confiance accordée au professionnel laisse à penser que les jeunes filles ont notion de continuité de ce suivi. Continuité que l'on retrouve sans doute chez leur mère, où il est ancré que l'on doit consulter le gynéco régulièrement.

3.4.2.2.2 Les compétences des sages-femmes en gynécologie méconnues par les mères

Aucune des jeunes filles interrogées n'a évoqué la sage-femme comme potentielle intervenante auprès de la femme non enceinte. Ce qui laisserait supposer qu'il n'est pas naturel pour elles ni pour leur mère de les associer à la gynécologie.

En effet, la moyenne d'âge des mères des jeunes filles de notre étude étant de 46 ans, aucune n'a pu débiter son suivi gynécologique (et les représentations adaptées) avec une sage-femme. Car, rappelons que l'ouverture des compétences des sages-femmes en matière de gynécologie de prévention date de moins dix ans. A l'époque où les mères ont débuté leur parcours génésique, l'activité des sages-femmes étaient relatives aux différentes étapes du suivi de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches, soit à la maternité.

Cette symbiose entre les représentations des mères et celles de leur fille pourrait expliquer que ces dernières n'ont pas pu envisager un suivi avec une sage-femme.

Rappelons alors notre troisième hypothèse : *Les jeunes nullipares sont réticentes à consulter une sage-femme pour leur suivi gynécologique car leur mère ou figure féminine est habituée à consulter un gynécologue.*

Notre hypothèse est à nuancer. Les jeunes filles ne semblent pas réticentes à consulter une sage-femme car elles ne connaissent pas leurs champs d'actions en matière de gynécologie. D'après les deux processus dont nous avons discuté (dépendance affective et processus de structuration des représentations sociales), les représentations des adolescentes semblent se miroiter avec celles de leur mère. De plus, nous pouvons penser que pour les mères, la sage-femme ne fait référence qu'à la maternité, ce pourquoi les jeunes filles ne les associent qu'à l'accouchement et aux nouveau-nés et non au suivi gynécologique. Pour autant, leur figure de référence n'est pas habituée à consulter une sage-femme pour son suivi gynécologique.

Il aurait été intéressant d'interroger les mères pour déterminer leur vision de la sage-femme afin de pouvoir confronter leurs propres représentations à celle de leur fille, mais cela ne faisait pas partie de notre objet d'étude.

3.5 Confrontation de nos deux populations

3.5.1 Désaccord des noyaux centraux

En se référant aux travaux d'Abric et de Rouquette (3-5), nous avons pu observer un désaccord des noyaux centraux des représentations de nos deux populations. Les sages-femmes se définissaient comme spécialistes de la femme en bonne santé. Les jeunes filles ne les associaient qu'à l'accouchement. Il ne s'agit alors pas des mêmes représentations.

Nous avons pu noter que les sages-femmes n'étaient pas surprises de ne pas voir plus de jeunes filles en consultation. Le premier argument qu'elles nous ont avancé était que pour leur âge, cela n'était pas concret pour elles.

Les sages-femmes étaient conscientes que leur image auprès des jeunes restait encore restreinte à l'accouchement. L'ouverture des compétences en gynécologie aux sages-femmes étant relativement récente (2009), il était compréhensible pour les sages-femmes que les femmes ne soient pas encore bien au clair avec ces avancées et encore moins les jeunes filles pour qui le suivi gynécologique reste flou, comme nous avons pu en faire le constat. Pour autant, nous avons pu noter que les sages-femmes étaient optimistes sur le devenir de leur pratique gynécologique :

Ça va faire tache d'huile, ça forcément comme pour tout le reste hein. [...] Elles vont faire partie de la patientèle des sages-femmes mais ce qu'il faut c'est que tout un chacun ait le choix d'aller voir une gynéco, un gynéco, une sage-femme, il faut maintenir ce droit là et que tout le monde soit bien droit dans ses bottes à faire ce qu'on est censé faire. C'est tout ! (rires) C'est très simple, il y a de la place pour tout le monde. Je n'ai pas l'impression que le numerus clausus augmente tant que

ça, qu'on va avoir plein de gynécologues qui vont vouloir s'installer en libéral. Je ne suis pas certaine que la situation va franchement changer dans vingt ans donc forcément des patientes on va en voir de plus en plus »^F

Cela est corroboré avec les réponses de notre population de lycéennes. En effet, une seule d'entre elles avait démarré son suivi gynécologique, de plus avec un gynécologue de ville. Les réponses des jeunes filles sur leur image des sages-femmes confirmaient les déclarations des professionnelles : considérant les sages-femmes comme confinées à l'accouchement, elles n'envisageaient pas la possibilité de les consulter si elles n'étaient pas enceintes.

3.5.2 La première consultation : un moment charnière pour la jeune fille comme pour la sage-femme

Comme nous l'avons constaté plus haut, le suivi gynécologique était un concept flou pour les adolescentes mais celles-ci lui accordent une grande importance malgré tout. Cette première consultation est associée à l'exploration de l'intimité des jeunes filles, tant physique que psychique. Le caractère sensible de se mettre à nu lors de cette consultation, encore plus à cet âge, pourrait expliquer pourquoi le sujet restait difficilement abordé. Mais cette gêne ne semblait pas être liée uniquement à l'accord de l'adolescente avec son corps. Affirmer être dans le besoin de consulter pour son suivi gynécologique était difficile à admettre pour les adolescentes. Serait-ce la traduction d'affirmer sa volonté de devenir une femme ? En franchissant la porte du professionnel, la jeune fille expose aux autres mais en premier à sa mère qu'elle désire passer du statut d'enfant à celui de femme. Il en va alors de son développement psychosexuel. Pour cette étape dans leur vie de femme, nous avons pu ressentir la nécessité de se trouver face à un professionnel qui va les écouter et les entendre, accompagnée d'une personne de confiance, leur mère :

« Pour la première consultation en fait ça s'est fait un peu par hasard. J'avais parlé à ma mère de mes règles pas très régulières et surtout j'avais très mal. Du

coup, une fois en sortant des cours, je l'ai accompagné chez sa gynéco [...] C'était un rendez-vous pour elle à la base et puis du coup ma mère bin lui a parlé de moi et la gynéco elle m'a écouté, elle m'a regardé et du coup elle m'a prescrit la pilule pour que je n'ai plus mal au ventre. [...] Mais comme ça n'était pas vraiment programmé et que ça s'est fait tout seul, je n'ai pas trop eu peur entre guillemets »^δ

Parallèlement, les sages-femmes nous ont montré leur intérêt particulier pour la première consultation. Celles-ci ont affirmé que cette première entrevue était décisive pour la suite du parcours des jeunes filles. Ici les sages-femmes semblaient conscientes de cette représentation erronée :

« Une jeune fille qui n'a pas de suivi ou qu'on sent un peu flippée de l'hôpital qui clairement a pas trop l'habitude d'être suivie, qui pense qu'à une consultation gynéco on va lui sauter dessus, la mettre tout de suite toute nue sur la table d'examen, qu'elle a pas son mot à dire, il faut lui dire d'emblée comment va se dérouler la conversation ! Qu'on va juste lui poser des questions, discuter toutes les deux, faire sortir la mère si elle est là dix minutes, prendre sa tension et basta »^E

Toutes ont souligné l'importance de prendre en compte l'environnement global des jeunes filles, leur âge, leurs angoisses et appréhensions, l'accompagnant potentiel. Bien commencer son suivi gynécologique était indispensable pour les sages-femmes pour l'observance à long terme des jeunes filles.

Les professionnelles ont alors mis en avant leurs principales qualités (prendre le temps de discuter et d'expliquer, rappeler la confidentialité) lorsqu'elles rencontraient une adolescente en consultation. De plus, elles ont lourdement insisté sur le caractère non systématique de l'examen gynécologique, qui risquerait de braquer la jeune fille et par conséquent impacter le bon suivi de sa santé génitale. Parallèlement, nous avons constaté que le champ lexical de la pédagogie était très présent dans le discours des sages-femmes. Nous l'avons présenté sous forme d'un nuage de mots.

Figure III : Dimension pédagogique des consultations d'après les sages-femmes



Les sages-femmes semblent apporter les qualités et valeurs attendues par les jeunes filles. Comment faire rencontrer ces deux populations pour améliorer le suivi gynécologique global ?

3.5.3 « L'info ado » : point de rencontre de nos deux populations ?

Lorsque nous leur avons demandé quel serait le meilleur moyen d'informer le plus grand nombre, nous avons obtenu une réponse identique chez nos deux populations : l'intervention dans les établissements scolaires.

Lycéenne : « Comme pour les interventions sur le SIDA ou les drogues et tout... pourquoi quelqu'un ne viendrait pas parler aux filles direct au lycée ? Ça ne se fait pas ça ? Genre sur la contraception du coup et sur le suivi gynécologique c'est ça ? Comme c'est obligatoire bah celles qui veulent écouter elles écoutent et celles qui veulent pas peut être qu'elles apprendront quand même des trucs. Alors que si on leur dit aller sur le site où aller ici, bah les gens en rentrant chez eux ils vont dire non j'ai pas envie de faire ça ils ne vont pas le faire »⁷

Sage-femme : « Carrément on est en plein dedans, en plus, quand on fait le DU gynéco, on a une approche de la sexo, on parle quand même facilement soit de sexe soit d'anatomie. Enfin je veux dire si nous on n'est pas légitime qui l'est quoi ?

Je crois que c'est du bénévolat. Si t'es hospitalière et que tu as du temps voila pourquoi pas. Mais le truc c'est ça, c'est qu'on n'a pas le temps. Il faudrait que ça soit compté en temps de travail mais ça... (rires) »^C

Nous avons décrit plus haut que les sages-femmes se positionnaient fortement dans la dimension pédagogique lors des consultations de suivi gynécologique. Alors que le système de soins actuel est confronté à un problème de démographie médicale, les professionnelles ont recensé un manque d'informations du grand public. Elles remarquaient que le suivi gynécologique restait un sujet vague pour certaines patientes :

« Ça se voit en consultation, les dames on leur demande si elles ont déjà eu un frottis elles ne savent pas. Clairement, ça pose question. »^F

De ce fait, afin que les (jeunes) femmes n'arrivent pas complètement en terrain inconnu lors de leur première consultation, les sages-femmes étaient unanimes sur la nécessité d'informer à plus grande échelle, surtout les plus jeunes. « L'info ado » semblait pour elles aussi un excellent moyen d'approcher les jeunes (filles et garçons) pour leur expliquer les bases de la sexualité, les moyens de contraception et tenter de faire tomber le voile qui jusqu'à lors occulte le suivi gynécologique chez les jeunes mentalités.

« Qu'elles sachent qu'il y a d'autres alternatives aux gynécos [...] Ca sera peut-être une petite goutte d'eau dans un lac mais voilà... Enfin clairement je pense que ça sera important. »^E

Dans l'exercice de l'ensemble de son activité professionnelle, la sage-femme tient donc un rôle primordial de professionnel de proximité dans la prévention et l'information auprès des femmes. Les sages-femmes affirmaient ici parfaitement cette mission d'éducation et de prévention, le manque d'informations auprès des jeunes étant aujourd'hui un réel enjeu de santé publique.

« L'info ado » serait-elle le premier point de rencontre entre les jeunes filles et les sages-femmes ?

Permettrait-elle de renforcer la représentation des sages-femmes au sein des jeunes générations ? En découlerait-il alors la pensée naturelle et première d'associer sage-femme et suivi gynécologique ?

Toutefois, il est à souligner que ces interventions prennent du temps, surtout en termes d'organisation et d'accès aux établissements scolaires. De plus, une validation du Conseil Général est nécessaire. Enfin, elles se font sur la base du bénévolat. Ces contraintes pourraient expliquer pourquoi peu de sages-femmes le font actuellement. Cela prouve une fois de plus un manque de reconnaissance des actions concrètes des sages-femmes de la part des autorités sanitaires malgré un discours institutionnel très valorisant actuellement.

3.6 Forces, limites et perspectives de l'étude

3.6.1 Forces

Au démarrage de cette étude, il nous avait été confié que travailler avec des jeunes filles mineures serait compliqué et il nous avait été fortement conseillé de changer de population d'étude. Toutefois, suite à un travail de préparation en amont et en approchant les adolescentes avec précaution et sensibilité, il n'a pas été si complexe de réaliser notre étude. De plus, il a été possible de s'entretenir avec des jeunes filles de classes et de filières différentes. Cette multiplicité a enrichi l'étude.

Parallèlement, nous nous sommes entretenus avec des sages-femmes dans plusieurs types d'exercice (libéral, hospitalier), avec des paramètres variés : organisation, moyens, population. Cette diversité a une fois de plus enrichi l'étude.

Par ailleurs, en menant cette étude chez deux populations distinctes, une singularité a été apportée à ce travail.

3.6.2 Limites et biais

3.6.2.1 Générales à l'étude

Notre étude comporte plusieurs biais :

Biais de sélection, à plusieurs niveaux : les jeunes filles sont issues du même établissement. Il reste difficile d'extrapoler les résultats. A noter que nous ne sommes intervenus dans un seul établissement de milieu aisé, où chacune des lycéennes étaient dans le noyau familial structuré et relativement stable. Nous n'aurions probablement pas eu les mêmes réponses concernant la mère comme seule figure de référence si nous avions élargi notre étude à des foyers de jeunes filles, ou à des jeunes femmes en début de cursus universitaire ou bien plus simplement à des jeunes femmes issues de milieux sociaux moins favorisés. Il en est de même pour les sages-femmes hospitalières qui ont été recrutées dans le même établissement hospitalier.

Biais de participation : Qu'il s'agisse des sages-femmes et des lycéennes, chacune s'est portée volontaire pour participer à notre étude, donc dans une volonté d'apprendre, d'apporter, de faire avancer les choses. Ce biais est intrinsèque aux études qualitatives par entretiens.

3.6.2.2 Cas particuliers des mineures

Biais de désirabilité : il s'agit d'une tendance de l'individu à vouloir se présenter favorablement aux yeux de la société, tendance à modifier leurs comportements et/ou leurs discours lorsqu'ils se savent observés. Le fait que l'intervenant de notre étude soit une jeune femme avec peu d'années d'écart entre les jeunes filles a pu influencer leurs réponses. Nous avons ressenti l'envie des adolescentes de vouloir donner la bonne réponse, parfois pour ne pas nous offusquer. A l'inverse, cette proximité a eu pour avantage de mettre les jeunes filles dans une certaine confiance pour livrer des discours sincères.

De plus, les jeunes filles étaient demandeuses d'informations, nous leurs avons donné beaucoup d'explications concernant le suivi gynécologique, le métier de sage-femme après leur avoir posé les questions. La fin des entretiens s'est parfois

transformée en un échange, comme si elle attendait une réciprocité de leur participation à l'étude, phénomène assez classique avec les entretiens semi-directifs.

Les relances ont été beaucoup plus éprouvantes avec les jeunes filles qu'avec les sages-femmes. En effet, nous avons commencé par les entretiens avec les lycéennes. Même si la grille d'entretien avait été testée auparavant, la technique d'entretien semi-directif reste complexe et demande une certaine aisance méthodologique. De plus, la timidité suite à leur jeune âge a pu brider certaines réponses.

3.6.3 Implication et perspectives

Rappelons les différentes propositions du Livre blanc du Conseil de l'Ordre National des Sages-femmes de 2016 :

Proposition n°3 : Instaurer une consultation dédiée à la santé sexuelle et à la prévention des addictions chez les adolescentes.

Or, nous avons pu remarquer que la démarche individuelle et volontaire de consulter un professionnel de santé, tout motif soit-il, semble délicate pour les adolescentes.

Néanmoins, nos constats vont dans le sens d'une autre proposition du Conseil que nous n'avons pas mentionnée auparavant :

Proposition n°4 : Faciliter la participation des sages-femmes dans les lycées et collèges à l'éducation et à la vie affective et sexuelle

L'intervention des sages-femmes dans les établissements scolaires paraît être une approche moins abrupte pour aller à la rencontre des jeunes filles et d'informer à plus large échelle. En plus des thèmes abordés habituellement comme l'éducation à la sexualité, la prévention sur les infections sexuellement transmissibles, les sages-femmes pourraient éclairer la jeune population sur l'intérêt du suivi gynécologique et indirectement, apporter des précisions sur la profession de sage-femme. Cela pourrait permettre de rapprocher les représentations des sages-femmes et jeunes nullipares. En découlerait par la suite un plus grand nombre de femmes qui fera

suivre leur grossesse par une sage-femme. Enfin, nous pouvons penser que moins de femmes négligeront leur visite post-natale et la rééducation périnéale. Une fois leur grossesse « clôturée », ces femmes auraient une plus forte propension à reprendre leur suivi gynécologique avec le professionnel qui les avait accompagnées alors, à savoir la sage-femme.

Il semble alors nécessaire dans un premier temps d'harmoniser la représentation sociale de la sage-femme pour qu'elle puisse devenir l'acteur médical de premier recours auprès des femmes en bonne santé.

Nous avons soumis notre travail au Conseil départemental de l'Ordre national des sages-femmes du Val-d'Oise (95). Notre étude sera présentée le 08 juin 2018 au prochain Conseil dans l'optique de soutenir la légitimité des sages-femmes à intervenir dans les établissements scolaires afin que des mesures gouvernementales soient prises, comme par exemple détacher des professionnels des hôpitaux pour ces interventions, compter ces interventions en temps de travail en profession hospitalière comme libérale, ...

Conclusion

D'une manière générale, l'analyse de nos entretiens montre que les éléments centraux des représentations sociales de la sage-femme chez nos deux populations diffèrent et ne se recoupent pas. Ceci pourrait expliquer pourquoi la rencontre entre ces deux populations reste timide et limitée. Les freins à cette rencontre proviennent majoritairement des jeunes nullipares. D'après la dépendance affective envers leur mère du point de vue des ressources informatives, les jeunes filles méconnaissent les nouvelles compétences des sages-femmes en matière de gynécologie. Les professionnelles rencontrent quant à elles des difficultés face à leur pratique de la gynécologie pure (droits de prescription et relations avec les gynécologues de villes) qui peuvent jouer indirectement sur les représentations des patientes.

L'intervention des sages-femmes dans les établissements scolaires pourrait être un moyen d'améliorer les connaissances des adolescentes sur le suivi gynécologique et ainsi de les informer sur les différents professionnels en charge de ce suivi. Une fois la représentation de la profession fiable, il est envisageable qu'il devienne plus spontané pour les jeunes filles de faire appel à une sage-femme pour leur suivi gynécologique de prévention.

Il serait alors intéressant de mener à nouveau cette étude dans une dizaine d'années, afin de déterminer si une telle dynamique s'est enclenchée ou non et si l'objectif du Conseil National de l'Ordre de définir la sage-femme comme acteur médical de premier recours auprès des femmes en bonne santé s'est établi.

Bibliographie

1. Durkheim E., Représentations individuelles et représentations collectives, Revue de métaphysique et de morale, 1898
2. Moscovici S., La Psychanalyse, son image et son public, Paris, PUF, 1961
3. Renard E., Roussiau N., *Transformation des représentations sociales et persuasion (modèle ELM) : les effets de la crédibilité de la source*, Bulletin de psychologie 2007/3, p. 211-224.
4. Aïssani.Y., *Étude expérimentale et transformation d'une représentation sociale dans le champ politique*, Revue internationale de psychologie sociale, 1991, p. 279-303
5. Abric J-C., *Jeux, Conflits et représentations sociales*. Thèse de Doctorat d'État, Université de Provence, 1976
6. Abric J-C., La recherche du noyau central et de la zone muette des représentations sociales. Méthodes d'étude des représentations sociales 2003, p. 59-80
7. Rouquette M-L, Rateau P., *Introduction à l'étude des représentations sociales*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble, 1998
8. Knibiehler Y, Fouquet C., La femme et les médecins : analyse historique, Paris, Hachette, 1983, p.119-120
9. Knibiehler Y. Histoire des mères et de la maternité en Occident, Paris, PUF, 2002
10. Coulon-Arpin M., La Maternité et les sages-femmes: de la préhistoire au XXème siècle. Paris, 1981
11. Ehrenreich B., Sorcières, sages-femmes et infirmières, une histoire des femmes et de la médecine, Montréal, Éditions du Remue-Ménage, 2014

12. Morel M-F. Gélis J., La sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie. In: Annales. Économies, Sociétés, Civilisations. 46^e année, N. 3, 1991
13. Schweyer F-X., La profession de sage-femme autonomie au travail et corporatisme protectionniste, Sciences sociales et santé. Volume 14, n°3, 1996
14. Dagnaud M, Mehl D., *Les gynécologues 1-2 : une profession sous influence,* Sociologie du travail, 1988, p.271-300
15. ONDPS, *Compte-rendu de l'Audition des gynécologues médicaux du 2 février 2011.* 2011. 9 pages.
16. Décret n° 2012-881 du 17 juillet 2012 portant modification du code de déontologie des sages-femmes
17. Décret n° 2016-743 du 2 juin 2016 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse et en matière de vaccination
18. Cour des comptes, *Rapport de la cour des Comptes sur la Sécurité Sociale. Première partie, la situation des comptes sociaux. Chapitre VI, le rôle des sages-femmes dans le système de soins,* 2011. p.173-198.
19. Ruini E., *Le suivi gynécologique de prévention : facteurs influençant la pratique des sages-femmes depuis la loi HPST de 2009 : état des lieux dans les Bouches-du-Rhône,* Gynécologie et obstétrique, 2015
20. Charrier P., *Les sages-femmes en France : Rapport de recherche,* 2011
21. Guyard L., *Chez la gynécologue. Apprentissage des normes corporelles et sexuelles féminines,* Ethnologie française 2010/1 (Vol. 40), p. 67-74
22. Amsellem-Mainguy Y, *Enjeux de la consultation pour la première contraception. Jeunes femmes face aux professionnels de santé,* Santé Publique 2011/2 (Vol. 23), p. 77-87, 2013
23. Mardon A., *Les premières règles des jeunes filles : puberté et entrée dans l'adolescence,* Sociétés contemporaines 2009/3 (n° 75), p. 109-129
24. Mardon A, *La Socialisation corporelle des préadolescentes,* thèse de sociologie, Université de Paris X-Nanterre, 2006

25. Guyard L., *La Médicalisation contemporaine du corps féminin : le cas de la consultation gynécologique*, thèse de sociologie, Université de Paris X-Nanterre, 2008
26. Asselin I., Rouquet Y., *Des gynécologues à la rencontre des adolescents*, Fonds pour la Santé des Femmes, 2016
27. Ben Abdallah L., *Quels sont les déterminants de la pratique gynécologique des médecins généralistes*, Thèse en médecine, Lyon 2013
28. Foucaud J, Balcou-Debussche M., *Former à l'éducation du patient : quelles compétences ?*, Réflexions autour du séminaire de Lille, 2013
29. Guyard L., *Consultation gynécologique et gestion de l'intime* », *Champ psychosomatique*, 2002/3 (no 27), p. 81-92.
30. Le VanC., Le Gall D., *La « première fois » : l'influence des parents*, *Ethnologie française* 2010/1 (Vol. 40), p. 85-92
31. Petty R., Cacioppo J., *Attitudes and persuasion : classic and contemporary approaches*, Dubuque, Brown, 1981

Annexes

Annexe I : Le livre blanc du CNOSF

Livre blanc complet disponible au format PDF sous [http://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/186985/2046/Livre blanc du CNOSF.pdf?1481041096](http://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/186985/2046/Livre_blanc_du_CNOSF.pdf?1481041096).



Paris, le 6 décembre 2016

COMMUNIQUE DE PRESSE

Elections présidentielle et législatives : l'Ordre des sages-femmes présente son Livre blanc aux candidats

Dans la perspective des élections présidentielle et législatives de 2017, le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes a décidé d'interpeller les candidats en réalisant un Livre blanc qui formule 12 propositions destinées à promouvoir le rôle des sages-femmes dans la prise en charge et l'amélioration de la santé des femmes et de leurs enfants.

Afin que les femmes et les nouveau-nés puissent bénéficier de l'ensemble des compétences médicales exercées par les sages-femmes, le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes a décidé d'interpeller les femmes et les hommes politiques qui seront amené(e)s à prendre des décisions stratégiques et engageantes pour la profession de sage-femme au cours des prochaines années.

L'Ordre a donc saisi cette opportunité pour réaliser un Livre blanc qui sera remis en main propre à l'ensemble des candidat(e)s à l'élection présidentielle et à leurs états-majors politiques, à l'occasion de rencontres prévues au cours du premier semestre 2017.

Publié le 6 décembre 2016 et intitulé « *Innover pour la santé publique avec les sages-femmes* », le Livre blanc du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes formule 12 propositions visant à répondre aux nouveaux enjeux démographiques, de prévention et de formation auxquels les sages-femmes sont confrontées, en France et en Europe.

La sage-femme est un acteur médical incontournable du système de santé, et la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé est venue renforcer son rôle majeur en matière de prévention et de lutte contre le tabagisme auprès des femmes et de leurs enfants.

Ce Livre blanc représente ainsi une occasion unique pour le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes d'échanger au cours des prochains mois avec l'ensemble des acteurs politiques engagés dans le domaine de la santé, pour proposer des mesures novatrices permettant d'accroître la visibilité de la profession et renforcer la place des sages-femmes dans le système de santé.

Au-delà des actions nationales qui seront mises en œuvre dans la perspective de l'élection présidentielle, un dispositif local sera mis en place à partir du mois de janvier 2017, et auquel toutes les instances ordinaires de la profession seront associées. Cette action permettra à l'Ordre d'intervenir dans le cadre de la campagne des élections législatives afin d'interpeller les candidats et renforcer le positionnement des sages-femmes dans le débat public.

Pour Marie Josée Keller, Présidente du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, « ce projet politique doit répondre à des ambitions fortes et partagées par l'ensemble de notre profession : placer les sages-femmes au centre du parcours de soins et promouvoir leur rôle médical de premier plan dans la prise en charge et l'amélioration de la santé des femmes et de leurs enfants ».

[Consultez et téléchargez le Livre blanc du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes](#)

Annexe II : Extrait référentiel métier des sages-femmes

Situation 7

REALISER UNE CONSULTATION DE CONTRACEPTION ET DE SUIVI GYNECOLOGIQUE DE PREVENTION

Réaliser un diagnostic

- En accueillant la femme et éventuellement l'accompagnant, en consultation, en l'informant du suivi gynécologique régulier et en lui proposant de réfléchir à sa contraception.
- En réalisant l'anamnèse, afin d'identifier d'éventuelles contre-indications
 - en repérant les conduites de consommation à risque
 - en repérant les comportements à risque
 - en identifiant les facteurs de risque médicaux
- En réalisant l'examen clinique de la femme
- En réalisant, si nécessaire, un frottis cervico-vaginal de dépistage et/ou un prélèvement vaginal

Décider de l'indication et d'une stratégie de prise en charge et d'accompagnement

- En présentant les différentes formes de contraception possibles pour éclairer son choix :
 - en utilisant des supports pédagogiquesen étant à l'écoute de ses attentes et de son mode de vie et en lui présentant les risques/bénéfices de chaque option
 - en expliquant la physiologie de la fécondité, des cycles et de la vie sexuelle
 - en instaurant le dialogue autour de la sexualité avec la femme / le couple
- En prévenant et dépistant toute situation de vulnérabilité de la femme
- En participant au dépistage et à la prévention des cancers gynécologiques et des infections sexuellement transmissibles
- En prescrivant la contraception et les examens complémentaires en relation avec le suivi gynécologique
 - en faisant reformuler la femme quant à sa compréhension de l'utilisation de la méthode contraceptive retenue, et si besoin en lui faisant réaliser les gestes adaptés
 - en l'informant sur les démarches d'observance, de suivi, et de conduite à tenir en cas d'échec, d'oubli ou de problème
 - en donnant des conseils d'hygiène, de diététique et d'éducation à la santé
- En prescrivant si nécessaire d'autres thérapeutiques (vaccins, médicaments)

Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge

- En planifiant le suivi gynécologique de la femme
- En cas de dépistage de pathologie, en adressant la femme à un médecin

Annexe III : Grille d'entretien avec les sages-femmes

Thème A : Formation en gynécologie

Pourriez-vous me raconter comment s'est passé votre formation initiale ?

- Lieu de formation
- Lieux de stages réalisés – lesquels ont le plus marqué ?
- A présent comment jugez-vous cette formation ?
- **Avez-vous bénéficié d'une formation complémentaire en gynécologie ?**
 - Pourquoi ce choix
 - A quel moment ? Quel a été l'événement déclencheur (s'il y en a un) ?
 - Avez-vous ressenti un sentiment de manque ou bien plutôt celui de vouloir en savoir plus ?
- **Quel serait votre analyse face à l'évolution de la formation en gynécologie sur votre pratique professionnelle ?**
 - Vous sentez-vous **favorable** à cette expansion de compétences ?
 - Pourquoi ?
 - Quels sont les **enjeux** pour vous (dans votre activité) ? Quels sont les enjeux la profession de sages-femmes (l'ensemble des sages-femmes) ?
 - Existe-t-il des **limites**, des dangers ? Si oui lesquels et pourquoi ?

Thème B : Pratique de la gynécologie

- **Pourriez-vous me décrire votre pratique gynécologique aujourd'hui ? Quel en est le pourcentage dans votre pratique globale ?**
 - Est-ce satisfaisant ? Volonté d'en faire plus, d'en faire moins ?
 - Obstacles ? (à en faire plus ou en faire moins)
- **Quelle est votre motivation principale à réaliser des consultations en gynécologie de prévention ?**
 - Qu'est-ce qui pourrait vous faire arrêter les consultations gynécologiques ?
- **Pouvez-vous me décrire une séance de suivi gynécologique « classique » ou « banale » que vous réalisez OU la dernière séance de suivi gynécologique que vous avez faite ?**

Thème C : Les facteurs extérieurs à cette pratique

- **Qu'est-ce qui pourrait faire évoluer/changer votre pratique gynécologique ?**
 - Une baisse de **rémunération** ou une augmentation ?
 - Les conseils ou les recommandations d'un/e confrère gynécologue ?
 - Des recommandations émanant du **ministère** de la Santé ?
 - Des recommandations émanant de **l'Ordre** National des SF ?

Thème D : Jeunes nullipares et consultations gynécologiques

- **Quelle est d'après vous l'image de la sage-femme chez une jeune nullipare (14-20ans) ?**
- **Pouvez-vous évaluer votre pourcentage de consultations de gynécologie et contraception auprès de jeunes nullipares ?**
 - Est-ce un enjeu pour vous ?
 - Est-ce satisfaisant ? Si oui pourquoi ? si non pourquoi ?
- **Quels sont les arguments que vous mobiliseriez si vous aviez à convaincre une jeune fille de choisir une sage-femme (ou vous) pour son suivi gynécologique ?**

Annexe IV : Grille d'entretien avec les jeunes filles nullipares

Thème A : Le suivi gynécologique

- **Que vous évoque le « suivi gynécologique » ?**
 - A quoi cela vous fait penser ? En quoi cela consiste ?
 - Quels sont les actes professionnels du suivi gynécologique ?
 - Pouvez-vous me raconter la première fois où vous avez fait un « suivi gynécologique » ?
 -
- **Si vous avez débuté votre suivi, comment cela s'est-il passé ?**
 - Avec qui (seule ou accompagnée) ?
 - Quel professionnel ?
 - Pourquoi lui ?
- **Qui sont d'après vous les personnes en charge de ce suivi ?**
 - Relance sur ceux qui ne sont pas cités spontanément ? Pourquoi n'y a-t-elle pas pensé ?
- **Vous sentez-vous concernée par le sujet ?**
 - A quel moment il est « normal » d'avoir un suivi gynécologique ? (âge, événement,...) ?
 - En parlez-vous autour de vous ? Avec qui ?

Thème B : la profession de sage-femme

- **Que vous évoque la profession de sage-femme ?**
 - Quelles sont ses missions ?
 - Connaissez-vous une sage-femme (entourage ou professionnel) ?
 - Peut-elle faire un suivi gynécologique ? Est-elle autorisée à la faire ? Partiellement, entièrement ? si partiellement, sur quelles tâches ?

Thème C : L'information

- **Pensez-vous être bien informé au sujet des différents professionnels de santé qui peuvent vous prendre en charge ?**
 - Comment êtes-vous informé ?
- **Pensez-vous être bien informé au sujet du suivi gynécologie ?**

- **Si demain vous avez un problème gynécologique, à qui vous adresserez-vous ? (donner des exemples en relances)**
- **Si vous aviez à conseiller une copine pour son suivi gynécologique, quelle information lui donneriez-vous ?**
 - Vers quelles sources d'informations vous la dirigeriez ? (PMI, une/un professionnel, un site internet, des plaquettes d'information, ...)
- **Quel serait pour vous le meilleur moyen d'être informé sur les nouvelles formes de suivi gynécologique, les nouvelles techniques, nouvelles pilules, etc...**

Annexe V : Autorisation parentale

Madame, Monsieur,

Actuellement étudiante sage-femme en première année de master, je réalise un mémoire en sociologie en vue de l'obtention de mon diplôme de fin d'études. Je travaille sur les représentations sociales du suivi gynécologique.

Pour cela, je souhaite m'entretenir avec des lycéennes afin de mieux connaître leur point de vue sur le sujet. Ces entretiens sont sur la base du volontariat et ils bien entendu seront **anonymes**. L'interview se fera au sein du lycée XXXXXX à l'heure du déjeuner ou pendant une heure de permanence. Il est du droit de votre enfant de ne pas répondre à certaines questions.

Aucun thème sensible (comme la sexualité ou la contraception) ne sera abordé par la grille d'entretien.

Je soussigné(e)..... autorise ma fille....., élève en, à s'entretenir seule avec Alice Dieudonné, étudiante sage-femme de l'Université Versailles-St-Quentin-Paris-Saclay dans le cadre de son mémoire de fin d'études.

J'autorise que l'interview soit enregistrée à l'aide d'un dictaphone dans le cadre d'une restitution claire et loyale des déclarations faites le jour de l'entretien **qui resteront anonymes**.

Je n'autorise pas que l'interview soit enregistrée.

Merci pour votre compréhension et votre collaboration, je reste à votre disposition pour plus d'informations.

*Alice DIEUDONNE,
Etudiante sage-femme en SMA4
Université Versailles-St-Quentin-Paris-Saclay
Coordonnées email et téléphoniques*

Annexe VI : Grille d'analyse des entretiens avec les sages-femmes

Opinion face à la pratique de la gynécologie

- Connaissances
- Activité
- Motivation

Freins mentionnés

- Définition législation
- Opinion relation avec gynécologues

Positionnement face aux jeunes filles

- Vues en consultation
- Image de la sage-femme d'après les jeunes filles

Annexe VII : Grille d'analyse des entretiens avec les jeunes filles nullipares

Représentation de la profession de sage-femme

Représentation du suivi gynécologique

Positionnement face au suivi gynécologique

Rapport avec la figure de référence

Positionnement face à l'éducation à la sexualité, et l'information sur le suivi gynécologique

Annexe VIII : Référentiel des entretiens

Par soucis de lisibilité, nous avons référencé (en exposant) les entretiens avec les sages-femmes de A à I et de α à θ pour les lycéennes.

Afin de respecter l'anonymat de nos participantes, les prénoms, âge, sections ont été changés.

➤ Sages-femmes :

- 1 : Marie, 29 ans sage-femme hospitalière
- 2 : Adélaïde, 32 ans, sage-femme hospitalière
- 3 : Olivia, 33 ans Sage-femme libérale
- 4 : Joanna, 41 ans, sage-femme libérale
- 5 : Marion, 27 ans, sage-femme hospitalière
- 6 : Clémentine, 43 ans, sage-femme libérale
- 7 : Amélie, 44 ans, sage-femme mixte
- 8 : Carol-Anne, 31 ans sage-femme hospitalière
- 9 : Alizée, 45 ans, sage-femme libérale

➤ Lycéennes :

- α : Claire 17 ans, Première Scientifique
- β : Charlotte, 16 ans, Seconde Générale
- γ : Perrine, 17 ans, Première Economique et Sociale
- δ : Adèle, 15 ans, Seconde Générale
- ε : Lisa, 16 ans, Première Scientifique
- ζ : Mathilde, 16 ans, Première Scientifique
- η : Léa, 15 ans, Première Economique et Sociale
- θ : Emeline, 16 ans, Première Scientifique

Annexe IX : Retranscription d'un entretien avec une sage-femme

Carol-Anne, 31 ans, sage-femme diplômée avant 2009, travaille dans le même hôpital depuis l'obtention de son diplôme. Entretien fait à son domicile. Durée de l'entretien : 48'52

A : « Bonjour, merci beaucoup de me recevoir chez vous c'est très gentil à vous !

CA : De rien, mais tu peux me tutoyer hein !

A : Est-ce que tu peux me parler un peu de ta formation initiale sage-femme ?

CA : Ouais sans problème. Alors du coup heu j'ai été diplômée en 2008. J'ai fait ... la 1ère année de médecine puis les 4 ans d'école à P. On a abordé la contraception, le suivi gynéco,... voilà. Hum... Pose de stérilet du coup à l'époque on faisait pas donc on nous a pas formées. Et l'implant il ne me semble pas avoir eu un cours de TP en tout cas à l'école. Après moi la gynéco c'est quelque chose que j'avais bien aimé pendant ma formation et du coup ça s'est ouvert aux sages-femmes ce qui était pas mal. J'ai passé un DU régulation des naissances donc purement contraception, IVG, parce que ça m'intéressait et des fois en suites-de-couche, les dames elles posaient des questions auxquelles je ne pouvais pas forcément répondre, ça me posait question. A ce moment-là, j'ai appris à poser les stérilets, implants et ce qui m'a motivé à l'époque, j'avais une collègue qui l'avait déjà fait et on s'était dit que ça serait bien qu'on ouvre une consultation gynéco à l'hôpital. C'est vrai qu'on a une cadre de consultation qui est plutôt très accès gynécologie, donc qui nous a pas mal aidées aussi et qui pousse un peu dans ce sens-là. Voilà, après je me suis auto-formée, j'essaye de me payer le DU en prévention gynécologie mais heu... ils essayent de former d'autres gens.

A : Ah bon ?

CA : En fait ils ont formé... En fait j'étais sur les consultations avec A. et M. et direct j'ai demandé à passer le DU sauf qu'ils ont formé d'autres personnes, qui du coup se sont ajoutées sur nos consultations ou qui sont partis, et moi je suis toujours pas formée et je ne sais pas s'ils me le payeront un jour. Après il est pas forcément hyper

cher côté financier je pourrai me le payer, sauf qu'y a trois semaines de formation, j'aimerais bien que ça soit compté en temps de travail. Après je sais qu'il y en a un autre de J. Nisard sur internet. A la rigueur pourquoi pas passer celui-là qui se fait sur internet, même si je préférerais celui de S.Q.Y. Parce que des fois je tombe sur des questions de patientes qui sont purement gynécologiques, même si je m'auto-forme, j'ai un peu de lacunes quand même.

A : Qu'est-ce qu'il a de plus ?

CA : Alors tout l'aspect purement gynécologie ce qui complète mes cours de l'école. Sinon l'autre c'est uniquement contraception pas l'interprétation du frottis, en fait ils seraient complémentaires.

A : Et pourquoi tu as choisi à l'époque de faire celui-là ?

CA : Il y avait que celui-ci de disponible à la faculté, ils ont ouvert l'autre après.

A : Quand tu dis « je m'auto-forme » :

CA : Je me suis acheté des livres assez récents, on discute pas mal entre collègues, celles qui ont eu le DU etc. J'essaye de lire des articles pour être à peu près à la page mais ... C'est un investissement ... Personnel ouais.

A : Et qu'est ce qui te pousse, autre le fait que ça te plaise, et que les patientes t'interpellent ?

CA : Je pense qu'en fait on parle beaucoup de désert médical et qu'il y a de moins en moins de gynécologues en ville et quant aux dames quand je leur parle de visite post-natale, elles répondent : « *Faut que je vois mon gynécologue mais ça va prendre du temps* ». Je pense qu'il y a une demande, j'aime pas parler de ça comme du commerce, mais ça fait un peu ça. Et c'est vrai qu'avec l'élargissement de nos compétences, on rentre complètement dedans et on pourrait leur apporter ce suivi qu'elles n'ont pas.

A : C'est un enjeu pour toi ?

CA : Oui pour la santé des femmes c'est vraiment un enjeu. Je sais pas comment elles mènent leur consultations les autres, mais moi je me focalise pas que sur la partie gynécologie, je vais regarder leurs jambes, je vais regarder leur abdomen, poser des questions « *Avec votre conjoint ça va ?* ». Voilà ça va être un peu plus global et mine de rien si je vois une dame avec un état veineux pas terrible, je vais prescrire des bas de contention alors qu'elle n'est pas forcément venue pour ça.

Parce que y a des femmes qui se font pas suivre, parce qu'elles sont jeunes mamans, parce que ceci cela.

A : Et du coup toi tu en parles surtout aux femmes après l'accouchement ?

CA : Alors moi effectivement, ce que je fais c'est effectivement en suite de couche, quand elles ont leur sage-femme libérale, je leur dis « *Vous savez si vous vous entendez bien avec elle, elle peut faire votre rééducation, votre visite post-natale et après votre suivi gynécologique si le contact se fait bien* » « *et du coup, vous ne voyez qu'elle et au besoin, elle vous oriente* », pour leur expliquer que ça peut faire un prolongement. Et sinon quand je les vois en consultation en gynécologie sur l'hôpital, souvent elles sont étonnées, elles disent : « *Ah bon j'ai rendez-vous avec un sage-femme ? !* » Et biim, je leur explique qu'on a le droit etc, et si elles ont dans leur entourage des copines, leurs belles-sœurs qui n'arrivent pas à trouver un gynécologue, qu'elles ont pas de soucis de santé particulier, bah qu'elles n'hésitent pas à les informer en leur disant : « *Pourquoi tu ne vas pas voir une sage-femme ?* ». Voilà et là par exemple, hier j'étais allée acheter du thé chez Kusmi Tea, et avec la vendeuse on était toutes les deux, et bref, elle m'a demandé ce que je faisais et on a fini par parler du métier de sage-femme et j'ai fini par lui expliquer que les sages-femmes font du suivi gynécologique. Elle m'avait dit qu'elle avait des enfants et je lui ai dit que : « *Si vous avez une adolescente, peut-être que ça sera plus facile pour elle de parler avec une sage-femme, on prend un peu plus le temps* ». Par exemple, nous à l'hôpital, on a des consultations de 30 minutes, là ou un gynécologue en a 15. Je pense que ça passe vraiment par le bouche à oreille et je pense que pour les femmes aussi, ça passe par le bouche à oreille : si elles sont contentes de leur suivi avec leur sage-femme, je pense que ça doit passer surtout par les femmes parce que la campagne, oui y a eu une campagne, elle est passé quasiment inexistante. Donc je pense que ça doit vraiment passer par les femmes, nous informer les femmes et si elles sont contentes de la prise en charge par les sages-femmes, c'est elles ...

A : D'accord.

CA : Haha !

A : Qu'est que je voulais dire... Ah oui, aujourd'hui ça serait quoi ton analyse sur ta formation initiale en gynécologie ?

CA : Bah clairement qu'il y a des manques puisqu'à l'époque on avait pas toutes les compétences ouvertes donc voilà. Après effectivement sur le suivi, les pathologies machin etc heu... bah on les a eues mais finalement c'était très accès patho. Après la contraception, on nous a donné les éléments, on avait le droit de prescrire la pilule mais comme on avait pas le droit de faire le suivi, on faisait le post-partum et voilà.

A : Te sens-tu favorable à cette expansion de compétences ?

CA : Oui totalement !

A : Y aurait-il, à ton avis, des obstacles ou des dangers à la pratique de la gynécologie ?

CA : Heu je pense que le danger global au métier de sage-femme... J'ai peur qu'on nous ouvre des compétences vers la pathologie. Et heu... je pense que nos compétences doivent s'arrêter à la physiologie. J'ai un peu peur qu'on commence à nous donner des libertés sur la pathologie qu'on devrait pas avoir. Mais c'est global au métier de sage-femme, les petites ventouses pour débloquer... non si on met une ventouse c'est que ça devient pathologique.

A : Est-ce que tu verrais autre chose qui entraverait ta pratique de gynécologie ?

CA : Si on arrive pas à travailler en collaboration avec les gynécologues. Après y a des choses qui me feraient arrêter, si comme on avait pas mal au début, heureusement que ça a changé si c'était resté comme ça j'aurais vite arrêté. C'est les patientes qui venaient « *Bah j'ai vu le gynécologue, il m'a prescrit ce stérilet et il m'a dit vous allez voir la sage-femme, elle va vous le poser* ». Là heureusement c'est de moins en moins. Mais si ça avait continué à être que ça ouais j'aurais probablement arrêté. Je suis contente de poser mon stérilet ou mon implant mais c'est pas le but. Après c'est un problème de planning, plus de logistique. Heu... maintenant du coup ça va être beaucoup plus simple. Puisqu'on va être que quatre comme y en a une qui va partir. On avait demandé à celle qui fait les plannings le premier jeudi du mois, c'est une telle etc pour qu'on puisse revoir ses patientes. Là j'ai fait une consultation en septembre, la prochaine c'est fin novembre. Donc je peux avoir aucun suivi sur mes patientes... Parce que, à la rigueur, je lui dis on se revoit dans un deuxième jeudi du mois, vous prenez rendez-vous sera moi. Ca je peux pas. Voilà après ça c'est purement logistique à P. et je trouve ça un peu

dommage, on voit les patientes que les collègues ont vu, des fois on repose toutes les questions etc.

A : Ce suivi de patientes, il t'est indispensable en gynécologie ?

CA : Oui finalement parce que, en obstétrique en hospitalière, pareil à P., j'aimerais qu'on fasse des consultations où les patientes voient toujours la même sage-femme, qu'on fasse des cours de préparation, qu'elles voient le moins de monde possible pendant leur grossesse, ça effectivement c'est un rêve de toute sage-femme. Sauf que je sais très bien que c'est pas possible. Alors que là, en gynécologie, ça pourrait être possible mine de rien. Mais c'est pas mis en place. Alors qu'on arrête pas de le demander.

A : Qu'est ce qui bloque à ton avis ?

CA : La personne qui fait les plannings c'est uniquement ça, parce que je pense qu'elle veut pas s'enquiquiner. Toute façon tu le vois sur notre trame, quand elle fait des trames pré-définies, où elle met nos noms. Je pense qu'au vu, c'est ça. Enfin C. que t'as vu avant, ça fait je sais pas combien de mois qu'elle a pas travaillé en gynécologie. C'est qu'elle doit bosser beaucoup de mercredi soir ou jeudi de jour. C'est vraiment, fin, c'est rageant. Mais effectivement je pense que pour toute femme, comme je leur dis souvent, « *Vous savez que ça soit gynécologue, vous enchaenez votre grossesse et vous reprenez le suivi gynécologie, vous pourriez voir que la même personne* ». En fait c'est toute la vie gynécologique, obstétricale de la patiente qui pourrait être suivie que par une personne. Ca, ça serait vraiment le top du top.

A : Est-ce qu'en libéral y aurait cette liberté ?

CA : Si si je pense

A : Et ça t'intéresse ?

CA : Bah le libéral je me pose beaucoup de questions en ce moment sur ma carrière de sage-femme. Heu j'y songe... c'est vrai que ça pourrait être quelque chose. Après c'est un investissement personnel que pour l'instant je ne peux pas me permettre par rapport à ma vie privée, ayant deux enfants en bas âge, voilà. Peut-être quand ils grandiront un peu, peut-être aussi je suis pas tout à fait prête pour quitter le milieu hospitalier, mine de rien j'aime bien aller en suite de couche, j'aime bien la GHR, j'aime bien aller aux urgences. Je suis pas prête à le quitter. Effectivement c'est une

question, alors me mettre toute seule, non, et justement chacune sa spécialité, une plus l'allaitement, l'autre plus la gynécologie, on travaille ensemble et on a une prise en charge effectivement cocooning.

A : Ok... Hum pour revenir maintenant à ta pratique de gynécologie. En réalité tu fais combien de consultation par mois ?

CA : Bah comme je t'ai dit là ce n'est pas avant novembre, après y a des mois ou j'en ferai deux par mois, des fois c'est respecté et j'en fais une par mois. C'est vraiment très aléatoire.

A : Est-ce que tu pourrais me décrire une séance de suivi lambda ?

CA : Alors du coup heu.. bin... Souvent c'est des dames qui viennent pour la première fois donc déjà bah... Je dis qui je suis, ma profession, après on fait un peu l'interrogatoire, je vois à peu près son suivi puisque forcément je vois déjà si elle est plus ou moins suivie. Ensuite, je leur explique qu'on va faire plus ample connaissance via l'interrogatoire. Sur les antécédents familiaux etc, s'il y a eu des IVG, où elles en sont par rapport à ça. Par rapport aux accouchements, si elles ont eu des accouchements, je tâte vite fait un peu le terrain. Ensuite, je leur demande pourquoi elles viennent me voir, la date des dernières règles, des questions de soucis. Si elles viennent pour une contraception, je fais le point sur toutes les contraceptions qui existent, les avantages les inconvénients, les contre-indications, je leur montre comme on a du matériel, ce qu'est un implant, un stérilet, qu'il ne faut pas s'affoler, que les boîtes sont grandes... On discute beaucoup pour savoir si elles ont un partenaire habituel, où elles en sont un peu de leur vie sexuelle, parce que forcément si elle me dit qu'elle a pas eu de rapport sexuel, je vais pas m'amuser à aller l'examiner. Et puis voir si elles ont pas de partenaires réguliers voir s'il faut que je prescrive un bilan IST faire un peu d'informations et après ça réoriente en fonction de mon interrogatoire ! Quand je sais qu'elles n'ont vu personne dans l'année, je leur demande « *Est-ce que ça vous dérange si je vous examine ?* ». Je demande toujours. Ensuite je leur propose, si on commence par la poitrine ou par le bas. J'aime pas les mettre toute nue, j'ai horreur de ça, je fais d'abord l'un puis l'autre. Je leur fais un peu d'information, la palpation des seins, je leur explique comment faire, donc... avant de faire tout acte bien sur je leur demande leur autorisation même si elles disent « *Bah oui je suis là pour ça* ». Mais on se connaît que depuis vingt

minutes. Je finis par prendre la tension voilà, les constantes, les ordonnances je finis toujours par un moment « *Est ce que vous avez bien compris ? Est-ce que vous avez d'autre questions ?* », « *Et si ça va pas après, n'hésitez pas, vous pouvez revenir nous voir, ça serait bien qu'on vous revoie à tel moment la prochaine fois* ».

A : Faire participer la patiente quoi !

CA : Oui surtout !! Je pars du principe surtout quand elles viennent pour une contraception qu'elles me disent « *Bah ch'ais pas* » je fais « *Mais attendez la meilleure contraception c'est celle que vous choisissez. Oui moi je suis là pour vous expliquer pour que vous puissiez faire votre choix et veiller à ce qu'il n'y est pas de contre-indication ? C'est à vous de choisir.* » Moi en tant que professionnel de santé je suis là pour aiguiller les dames, pour qu'elles fassent le meilleur choix pour elles que ce soit du point gynécologie ou obstétrique. Ça reste leur corps donc heu.

A : Cette notion de choix comme pour la contraception est présente quand il s'agit du professionnel de santé à aller voir ?

CA : Alors non, je pense que pour le métier de sage-femme, faut forcer un peu la main.

A : D'accord.

CA : Et finalement la plupart même toutes, je crois que j'en ai pas vu une qui ne sortait pas en disant « *Je vais me faire suivre par une sage-femme et oui je vais leur dire* ». Franchement toutes étaient super contentes. Et vraiment là où je me suis rendu compte que c'était important pour les patientes, c'est qu'elles disent toutes « *Ah ça sera peut-être pas vous la prochaine fois ?* ». Voilà, quasiment toutes elles heu . voilà. Parce qu'on sent le stress, le suivi gynécologie c'est pas forcément le plus agréable et finalement elles ressortent toutes en disant « *Je'veis le dire que les sages-femmes font du suivi gynécologie* ».

A : Et maintenant pour terminer au niveau des jeunes filles, quelle est l'image d'une sage-femme chez les jeunes filles de 14 et 20ans ?

CA : Bah .. je sais pas trop...

A : Quand je leur dis « sage-femme » qu'est-ce que tu penses qu'elles m'ont répondu ?

CA : Heu... Je pense qu'on a encore très l'image « *Elles s'occupent des bébés* ». Je pense que c'est encore l'image mais pas forcément celles de 14-20 ans. Tu te mets à la sortie de carrefour c'est pareil... Alors que la sage-femme c'est la femme. Je pense qu'elles sont baignées à Grey's Anatomy, à toutes les séries. Ce que j'essaye de faire comprendre c'est que la sage-femme c'est pas du tout le même rôle qu'aux USA. Mais finalement les accouchements dans les séries ou films français c'est en clinique. Fin y a des films très drôles hein, qui me font très rire mais c'est le médecin qui accouche. C'est comme quand elles ont rompu la poche des eaux elles pensent qu'elles vont accoucher, je leur dis qu'elles vont pas accoucher tout de suite, on est pas dans les séries américaines. Voilà elles rigolent mais bon. Je pense que ça nous fait un peu aussi.. une mauvaise publicité quoi. Et c'est pour ça que heu.... On doit forcer un peu la main sur la connaissance du métier de sage-femme et le bouche à oreille. Le bouche à oreille, je vais prendre l'anecdote : on a déménagé y a pas longtemps et le conseiller EDF m'a demandé ce que je faisais comme métier et il s'avéré qu'il avait une adolescente et c'est pareil je lui ai dit « *Qu'elle aille voir une sage-femme* », même si des fois y a le médecin qui le fait, des fois pour les jeunes filles le fait que ça soit une femme aussi. Voilà même mon conjoint aussi en parle... Et mon fils avait un copain chez la nounou, elle a accouché du deuxième, elle se faisait suivre par un gynécologue et là par une sage-femme qui s'est occupée d'elle en préparation et depuis elle reste avec elle. Pareil l'ancienne nounou des enfants, elle m'envoie ses belles-sœurs. Je pense que vraiment c'est par le bouche à oreille. Je pense que les gynécologues freinent, je sais pas où ça freine, d'ailleurs je pense qu'y a des gynécologues...

A : Libéraux tu penses ?

CA : En tout cas nous à P. ça va pas être nos gynécologues qui nous freinent. Enfin j'ai des patientes qui m'ont dit que leur gynécologues leur avait dit « *Ah mais si vous allez voir une sage-femme moi c'est pas la peine de venir me voir en cas d'urgence* ».

A : Ah...

CA : Y en a qui ont dit ça. C'est... c'est, bah c'est parce qu'ils ont peur qu'on leur pique leur clientèle. Mais en même temps, ils acceptent plus de patientes. Ou alors ils nous envoient les mamies de 80 ans parce qu'ils prennent toutes les dames en

âge de procréer. Mais y en a certains aussi... oui j'ai une patiente qui avait une cinquantaine d'années et qui m'a dit « *Mon gynécologue est parti à la retraite j'ai essayé d'appeler et comme je suis trop vieille donc voilà* » ouais ouais non c'est... donc voilà. Mais on est toujours en train de se justifier mais même tu vois dans un diner quelconque

A : Ouais je vois.

CA : « *Oh tu fais le plus beau métier du monde !* » parce qu'elles pensent qu'on pouponne, et moi je réponds « *oui quand ça se passe bien* ». Tu vois j'ai une cousine qu'est jeune, 17 ans, on discutait, je pense qu'elles ont dû avoir une information sur les IVG tout ça et elle m'a dit « *Oh ça doit être dur* ». Je lui ai répondu « *Tu sais, c'est pas le plus dur de ce que je fais* ». Parce que pour elle je m'occupais que des bébés vivants qui allaient bien donc je lui ai expliqué tout le reste que je faisais. On reste enfermé dans cette image *cui-cui les petits oiseaux*» La campagne, pourtant les affiches étaient super sympa mais je l'ai vu nulle part. Donc on compte sur les femmes mais comme je leur dis « *On se bat pour vous et si vous nous aidez pas, le problème c'est qu'il y va y avoir de moins ne moins de gynécologues et qui vont s'occuper de vous* ». Je pense qu'on a vraiment toute notre place. Le côté « On va voir une sage-femme en première intention et un gynécologue si y a un problème », si les gynécologues jouent le jeu.. Pourtant, ça peut vraiment être quelque chose qui fonctionne... Je pense enfin qu'on parle économique de la sécurité et quand les patientes nous disent « *Il m'a pris 100 euros et il a fait deux fois moins de trucs que vous..* »...

A : Hum..

CA : Fin même en parlant purement économie, hein puisqu'on est très dans les sous, trucs comme ça, pour la sécurité tout ça..., ça serait bien qu'on soit un peu augmenté ça je le cache pas mais heu je pense que ça pourrait le faire ce système là si tout le monde joue le jeu...

A : Je vois. Heu... ton pourcentage à peu près de jeunes filles ?

CA : Oh c'est très peu. C'est très très faible. Je pense qu'en dessous de 18 ans j'ai jamais eu... heu entre 18 et 20 ans heu j'en ai peut-être une par consultation sur une dizaine de patientes sur toute la journée... De temps en temps, une deuxième. Après j'ai beaucoup dans l'âge 25-35ans. Ça m'arrive d'avoir un peu plus et une fois une

mamie de 80 ans qui voulait absolument que je lui fasse son frottis... mais non c'est surtout heu 25-35.

A : Quels seraient tes arguments si tu avais une jeune fille en face de toi et si tu devais la convaincre de se faire suivre par une sage-femme pour démarrer ?

CA : Je lui dirai que heu... déjà on a plus de temps en consultation, que du coup on peut plus prendre le temps de parler, d'expliquer... hum que ce serait vraiment une discussion entre nous, qui resterait entre nous. Alors si elle souhaite être accompagnée de sa maman pas de problème, mais y aura forcément un moment où je ferai sortir la maman, où elle pourra tout me dire, que ça restera juste entre elle et moi et que je respecterai ses choix. Que heu, qu'elle pourra toujours revenir me voir ou passer un coup de fil si jamais y a un souci quelconque. Que mine de rien je pense que les sages-femmes, on est peut-être un peu plus douces que les gynécologues, on y va peut-être un peu plus doucement... Voilà,.. Oui je ne ferai jamais rien sans lui expliquer les choses sans son accord. Le plus important est que si ça se passe bien, si elle est d'accord pour revenir, que ça serait sans problème pour faire son suivi et que s'il y a un autre problème qui n'est pas forcément de mes compétences, je pourrais la réorienter ou en tout cas me renseigner et la réorienter. Dans notre formation, on a l'idée que la femme n'est pas juste un corps et que mine de rien on a une formation qui prend en compte un peu plus le global contrairement aux gynécologues. Et après voilà les gynécologues comme on dirait, y a le temps de ma consultation, après y a la formation, après y a la personne aussi qui fait, je pense qu'il y a des sages-femmes qui ne font pas la même chose. Après je pense qu'on voit pas que le médical pur quoi. C'est un peu ma vision du métier de sage-femme de toute façon donc heu... Que ce soit pour la gynécologie ou pour l'obstétrique.

A : Et si jamais elle te répond « *ah ouais alors une sage-femme c'est comme un médecin au final !* » ?

CA : Alors je lui répondrai que non. Qu'on a pas les mêmes compétences, je peux la suivre tant que tout va bien, que surveiller tant que tout va bien, faire les examens de surveillance et si je dépiste quelque chose, oui dans ce cas, j'oriente vers le médecin et dans ce cas on peut avoir une prise en charge commune avec le médecin et que mes compétences s'arrêtent là où la pathologie commence.

CA : Bon bah écoute j'ai terminé. Est-ce qu'il y a des questions auxquelles tu ne t'attendais pas ou au contraire des questions que je ne t'ai pas posé ?

CA : Non heu ... (*se racle la gorge*) heu non après heu peut-être, ouais nous du coup notre formation initiale elle est un peu biaisée par rapport à celle que vous avez maintenant donc l'amélioration de la formation sage-femme peut-être, que pour les vieilles sages-femmes on n'avait pas les mêmes compétences quoi. Hum non après je peux toujours t'envoyer si jamais j'ai une idée...

A : Bien sûr, pas de soucis.

CA : Ah si peut-être la place de la sage-femme dans le planning familial, tu vois moi c'est quelque chose qui m'intéresserait et y en a quasiment pas. Voilà. Même si je pense que quand on dit la sage-femme, le rôle est méconnu mais tu vois y a pas de sage-femme en planning alors que, est-ce que... Là y en a un qui a ouvert à P. y a pas de sage-femme... Alors tu vois peut-être plus que le libéral, je me tâte à envoyer mon CV et ma lettre de motivation en disant, voilà je suis sage-femme, je fais de la gynécologie, es-ce qu'il y a un poste en planning ? Et y a des jeunes qui viennent aussi... après les jeunes elles sont informées par leur mère et souvent leur mère a le réflexe de les emmener chez leur gynécologue, c'est récent mine de rien.. du coup on est à une génération bancale là.. Mais heu donc du coup oui...

A : Et concernant l'enseignant au lycée, je ne sais pas si t'es au courant, ils doivent avoir trois fois par an des informations par classe.

CA : Y a des PMI qui le font plus, les sages-femmes le font plus. Et est-ce que justement par le planning, la sage-femme du planning pourrait pas voir si y a deux sages-femmes par ex dans un planning, en fonction de la commune etc, elles alternent, elles feraient l'information ? C'est hyper important par le collège, lycée, par l'école on apprend beaucoup de choses. Y a des parents pour qui la sexualité c'est tabou et je peux comprendre. Mes enfants, ils sont petits mais après y a le côté sage-femme, ils vont me dire « *Tu me saoules, c'est ton métier* ». Après je leur dirai « *C'est mon métier* » mais je leur dirai « *Allez voir vos tatas sages-femmes* ». Mais c'est difficile de parler sexualité avec ses parents parce que ça peut renvoyer une image de la propre sexualité de ses parents etc ... Moi je sais pas si t'as des souvenirs de tes parents, moi ça me mettait mal à l'aise, je coupais court à la

discussion *haha!* « *Je vais me renseigner par moi-même* ». Mais je peux comprendre.

A : Après ils ont cours sur la reproduction et là celles que j'ai interviewé, elles ont eu des cours sur la contraception etc et quand je leur ai demandé ce qu'on leur disait précisément, qui est-ce qui s'est occupé de tout ça ? Elles m'ont dit qu'ils avaient dit que c'était le gynécologue.

CA : Haha ouais bah l'éducation nationale...

A : Faudrait changer les bouquins de SVT quoi...

CA : *Haha* c'est très très bien ça. Mais déjà y a l'anatomie de la vulve qu'est arrivée là *youhou!* Nous on a beaucoup d'éducation à faire surtout à P. Après faut prendre le temps c'est sûr... Mais bon moi je suis comme ça, je pars du principe que je suis là pour ma patiente et que si elle se met à pleurer et que je prends pas le temps de m'asseoir à côté et que j'essaye pas de lui sécher les larmes, essayer de la rassurer, c'est que je ne serai plus une bonne professionnelle. Si je prends plus le temps avec la dame en gynécologie, c'est que mon boulot sera devenu alimentaire et que c'est plus la peine de le faire. Après je sais très bien que tout le monde n'est pas comme moi, j'ai des collègues qui me disent que c'est devenu alimentaire. Parce que les conditions de travail sont devenues... Enfin c'est une catastrophe. C'est pour ça que je commence doucement à réfléchir à mon boulot ...

A : C'est local ou général ?

CA : Non je pense que c'est les conditions générales. Y a un groupe sur Facebook « Reconversion après sage-femme » et en fait tu te rends compte que c'est partout ...

A : Ah ouais...

CA : C'est l'hôpital en général ! Enfin moi j'ai de la chance, j'étais la génération bénie, j'ai été tout de suite stagiairisée, en plus j'ai pas enchainé les CDD ! Y en a pour qui aujourd'hui c'est encore plus galère. Ouais faut faire du chiffre, faut rentabiliser. Tu vois quand tu as le discours d'une dame qui contracte aux urgences qu'a super mal, « *Faut pas la transférer, on va attendre les sorties là ou là ou au pire elle accouchera aux urgences* » ! Non mais vous avez accouché un jour quoi ? Déjà sans avoir eu d'enfant ça me choquait. Maintenant que j'en ai deux ... Non mais elle est où l'humanité ? Ou la blague de la cadre et ça je m'en souviendrai toujours ! La cadre



qui nous dit « *Non mais là les filles y a pas assez de pathologies là, hein faut ramener des sous !* ». Enfin voilà quoi...

A : OK.. Voilà, j'ai terminé. Merci beaucoup en tout cas !

CA : Mais de rien c'est hyper intéressant en plus. Tu m'enverras les résultats ?

A : Oui bien sûr ! Merci encore, à bientôt ! »