



**HAL**  
open science

# Quelles réponses apporter face aux fondements du refus de la patiente et de son entourage d'être prise en charge par un homme sage-femme en maternité publique

Killian Gascon

## ► To cite this version:

Killian Gascon. Quelles réponses apporter face aux fondements du refus de la patiente et de son entourage d'être prise en charge par un homme sage-femme en maternité publique. Gynécologie et obstétrique. 2025. <dumas-05325894>

**HAL Id: dumas-05325894**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-05325894v1>**

Submitted on 22 Oct 2025

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.



HAL Authorization

Ecole de Maïeutique

**QUELLES REPONSES APPORTER FACE AUX FONDEMENTS DU REFUS DE LA  
PATIENTE ET DE SON ENTOURAGE D'ETRE PRIS EN CHARGE PAR UN  
HOMME SAGE-FEMME EN MATERNITE PUBLIQUE**

Présenté et publiquement soutenu devant l'école de Maïeutique

Le 11 juin 2025

Par

GASCON Killian

Né le 21 mars 2001

Pour l'obtention du Diplôme d'état de Sage-Femme

Année universitaire 2024-2025

Membre du jury :

- Laure FABRE-SURET, Sage-femme
- Guylène NICOLAS, Directrice de Mémoire
- David REPELLIN, Sage-femme enseignant



**QUELLES REPONSES APPORTER FACE AUX FONDEMENTS DU REFUS DE LA  
PATIENTE ET DE SON ENTOURAGE D'ETRE PRIS EN CHARGE PAR UN  
HOMME SAGE-FEMME EN MATERNITE PUBLIQUE**

Ecole Maïeutique

Université Aix Marseille

**QUELLES REPONSES APPORTER FACE AUX FONDEMENTS DU REFUS DE LA  
PATIENTE ET DE SON ENTOURAGE D'ETRE PRIS EN CHARGE PAR UN  
HOMME SAGE-FEMME EN MATERNITE PUBLIQUE**

Gascon Killian

21/03/2001

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

Année universitaire 2024/2025

<b>Validation 1<sup>ère</sup> session 2021 :</b>	<b>oui</b> <input type="checkbox"/>	<b>non</b> <input type="checkbox"/>
Mention :	Félicitations du Jury	<input type="checkbox"/>
	Très bien	<input type="checkbox"/>
	Bien	<input type="checkbox"/>
	Assez bien	<input type="checkbox"/>
	Passable	<input type="checkbox"/>
<b>Validation 2<sup>ème</sup> session 2021 :</b>	<b>oui</b> <input type="checkbox"/>	<b>non</b> <input type="checkbox"/>
<b>Mention :</b>		

**Visa et tampon de l'école**

## Remerciements

Je tiens à remercier toutes celles et ceux qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce mémoire et qui m'ont accompagnée dès la première année de PACES.

Merci à ma directrice de mémoire, Madame Guylène NICOLAS, pour son aide, ses conseils précieux et le suivi attentif dont j'ai pu bénéficier tout au long de mon étude. Merci d'avoir pris le temps d'échanger, de me corriger et de m'avoir apporté votre regard sur mon travail.

Merci aux professeurs de l'école pour leurs enseignements et leurs accompagnements durant ces quatre années, ainsi que pour le soutien dans certains moments délicats.

Merci aux professionnels sur le terrain, d'avoir partagé vos connaissances et de m'avoir appris ce métier. Riche de ces expériences, vous avez grandement contribué à ma réussite.

Merci à mes amies de promo, qui se reconnaîtront, pour m'avoir soutenu tout au long de ces études. Merci de m'avoir intégré dans ce monde féminin sans jugement. Merci pour les soirées, l'asso, les vacances, les rires, les souvenirs et les heures à réviser, sans vous cela aurait été bien différent.

Merci à mes proches qui ce sont intéressés à mon parcours atypique, non sans être intrigués mais en restant toujours bienveillant et curieux.

Enfin, merci à mes parents et mes frères pour le soutien sans faille, de la première année ratée jusqu'à l'aboutissement de ma formation, vous avez su me motiver quand il le fallait et sans cela je n'y serai certainement pas arrivé. Merci aussi d'avoir supporté des discussions que seule la maïeutique peut amener à table. Un merci tout particulier à mon plus petit frère Malone, c'est ton arrivée qui a fait naître en moi ce désir d'être sage-femme et me voilà diplômé l'année de tes dix ans.

Tout cela c'est grâce vous, alors juste un mot... Merci !

## Sommaire

I.	Introduction .....	1
I.1.	Définition des termes clés.....	1
I.2.	Revue de la littérature.....	3
I.3.	Problématisation.....	5
II.	Matériel et méthode .....	5
II.1.	Choix de la méthodologie et objectifs de recherche.....	5
II.2.	Population étudiée .....	6
II.3.	Méthode d'analyse des données .....	8
III.	Résultats .....	9
III.1.	Les raisons évoquées pour justifier le refus .....	10
III.1.1	Culture et religion .....	10
III.1.2	Les représentations de l'homme sage-femme dans la société .....	12
III.1.3	L'entourage.....	14
III.1.4	Vécu de la patiente .....	16
III.2.	Le refus en pratique .....	16
III.2.1	Le vécu du professionnel .....	17
III.2.2	Des réponses en pratique .....	21
III.3.	Les solutions face à un refus.....	24
III.3.1	Un service public avec des lois et des " grands principes ".....	24
III.3.2	Communiquer .....	25
III.3.3	Une société qui normalise l'homme sage-femme.....	28
III.3.4	Des initiatives sur le terrain et des idées.....	28
III.3.5	Des solutions pour des situations sans solutions.....	29
IV.	Discussions .....	30
IV.1	Forces, limites et biais de l'étude .....	30
IV.2	Discussions et applications des résultats.....	31
IV.2.1	Des motifs de refus entendus confrontés à la réalité du terrain .....	31
IV.2.2	Une profession pleine d'idée pour une amélioration des vécus.....	39
	Conclusion.....	42
	Bibliographie.....	44
	Annexes.....	48
Annexe I	.....	48
Annexe II	.....	48

Annexes III.....	49
Annexe IV .....	50
Annexe V.....	51

## Avant propos

Les refus de prise en charge pour des raisons liées au genre masculin de la sage-femme sont encore d'actualité. De par mon expérience personnelle et en échangeant avec des hommes sages-femmes, j'ai pu m'en rendre compte.

Ce refus semble présent en salle d'accouchement, comme en suite de couche ou en secteur libéral.

Ce refus n'est pas toujours jugé discriminatoire. Il l'est moins en tout cas que le fait de ne pas faire droit à la femme qui souhaite être prise en charge par une femme sage-femme, alors même que sa volonté a une incidence négative sur l'organisation du service.

## **I. Introduction**

### **I.1. Définition des termes clés**

Le refus de soin est caractérisé par tout comportement qui conduirait, directement ou indirectement, à une absence de soins ou de traitements adaptés à un état de santé. (1)

Ce refus est inscrit dans la charte du droit des patients hospitalisés : « tout patient a le droit de refuser ou d'accepter les soins proposés par le professionnel de santé ». (2)

Ce droit est également consacré par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. (3)

L'article R.4127-306 du code de la santé publique, figurant dans le code de déontologie des sages-femmes ajoute que, la sage-femme doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son praticien, sage-femme ou médecin, ainsi que l'établissement où elle souhaite recevoir des soins ou accoucher et doit faciliter l'exercice de ce droit. La volonté de la patiente doit être respectée dans toute la mesure du possible. Lorsque la patiente est hors d'état d'exprimer sa volonté, ses proches doivent être prévenus et informés, sauf urgence, impossibilité ou lorsque la sage-femme peut légitimement supposer que cette information irait à l'encontre des intérêts de la patiente ou de l'enfant. (4)

Du côté du soignant, bien qu'il soit possible pour un professionnel de santé de refuser de dispenser des soins, cette faculté ne doit pas s'apparenter à une discrimination. (1)

En droit, une discrimination est un traitement défavorable envers une personne ou un groupe de personne, fondée sur un critère défini par la loi, dans un domaine prévu par la loi. La loi reconnaît vingt cinq critères de discrimination dont la discrimination sexuelle. (5)

En 1982, sous l'impulsion d'une directive européenne de non discrimination sexuelle, la loi susvisée n° 82-413 du 19 mai 1982 modifie le second alinéa de l'article 6 de la loi n° 191 du 24 avril 1944 et la loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 ainsi que certaines dispositions du Code de la santé publique relatives à la profession de sage-femme.

Ce nouveau contexte législatif amène un changement immédiat au niveau des conditions d'accès à l'entrée en formation de sage-femme puisque celle-ci est désormais ouverte aux hommes. (6) Les premiers hommes sage-femme diplômés sortent des écoles en 1985. (7)

La profession reste cependant presque exclusivement féminine : 97 % des professionnels en activité en 2021 sont des femmes.

Cependant, les effectifs masculins ont fortement augmenté depuis 2012 : 676 hommes sages-femmes en 2023, contre 405 en 2012 soit + 66% d'hommes par rapport à 2012 contre +23.7% de femmes depuis la même date et +24.6% pour l'effectif total femmes/hommes confondus.

Ainsi, ils représentent près de 4 % des sages-femmes de moins de 40 ans contre 3.4 % en 2012. (8)

La profession de sage-femme, majoritairement féminine, s'est donc ouverte aux hommes sur un principe de non discrimination sexuelle, tandis que le législateur s'est cantonné à éviter une forme indirecte de discrimination, mais n'est pas entré réellement dans le débat de savoir s'il convient qu'il y ait des hommes sages-femmes. (7) Mais la part d'homme dans la profession est en augmentation depuis 2012. (8) Du côté de la patiente, celle-ci a le droit de choisir sa sage-femme et sa volonté doit être respectée dans toute la mesure du possible.

## I.2. Revue de la littérature

Le refus de soins par les patientes face à un homme sage-femme semble être connu de chaque professionnel, peu importe son genre, sans pour autant qu'une réponse claire et universelle y soit apportée. Le refus peut venir de la patiente elle-même mais aussi de l'entourage de la femme. (9)

Les réponses données à ces refus sont différentes suivant les hommes sages-femmes et les équipes présentes. Certains vont aller contre le droit du patient et imposer leur présence, alors même qu'une femme sage-femme pouvait prendre le relais. Dans certains cas, une réponse favorable à la demande d'une prise en charge par une femme ne peut être donnée car l'organisation du service ne le permet pas. D'autres vont « subir » cette discrimination et passer le relai à leur collègue femme, quitte à ce que l'organisation du service en soit perturbée. Il est important de rappeler que, dans un contexte d'urgence, la protection de la vie de la patiente et/ou de son bébé est une priorité absolue. Un homme sage-femme qui ne prodiguerait pas les soins nécessaires d'urgence sous prétexte que la patiente ne souhaite pas être prise en charge par un homme pourrait voir sa responsabilité engagée et s'exposerait ainsi à d'importantes sanctions. Mais, comment faire face à ce type de situation lorsque l'on travaille en maternité qui est un service d'urgence ?

L'impact de ce refus semble donc dépendre de l'endroit où il a lieu. En effet, chaque type de maternité dispose d'un nombre de sage-femme à la garde allant de un à quatre suivant les services. De plus, un refus en libéral, suite de couche ou salle d'accouchement, peut avoir un impact différent.

Il semblerait donc que le sexe et le genre soient des critères déterminants pour certaines patientes dans le choix de la sage-femme qui entrera dans leurs intimités physiques et psychologiques.

Les préférences des patientes seraient dues à plusieurs critères comme les qualités qu'elles attribuent aux femmes et aux hommes, leur âge, leur niveau socio-culturel, leur religion et leurs expériences passées avec des hommes ou des femmes sages-femmes. (10)

Ces critères sont donc dépendants des patientes et il peut être difficile d'agir dessus pour anticiper ou faire face à un refus, à l'exception d'une potentielle éducation sur le sujet suivant les raisons de refus de soin évoquées.

Notons qu'historiquement, la fonction d'accompagnement de la parturiente est une tâche qui incombe à la femme. C'est entre le XVIIe et le XIXe siècle que le débat fait rage. Les médecins brandissaient leur savoir spécifique et rationnel contre les sages femmes qui invoquaient leurs rôles auprès de la femme enceinte. Leur argument principal étant l'empathie qui serait une faculté à percevoir et ressentir les sentiments et les états d'âme de l'autre en raison de sa proximité sexuée, excluant ainsi les hommes et surtout les hommes sages-femmes. Cette notion d'empathie fait toujours débat aujourd'hui. Présente dans bien des discours et encore largement associée à la femme, un nécessaire « *contournement* »(11) de l'empathie semble s'imposer à ces hommes qui ne contestent pas pour autant la légitimité de leur consœur à évoquer cette compétence. (11)

Bien qu'au fond il ne s'agisse que d'une « présomption d'empathie » car nombre de sages-femmes exercent sans avoir accouchées et ne peuvent donc a priori pas « se mettre à la place » de la patiente. (12)

Cependant ces idées ont la vie dure. Michel Odent, obstétricien français écrit « J'ose garantir que, le jour où toutes les sages-femmes seront des mères ayant accouché sans médicaments et sans interventions, les taux astronomiques de césarienne feront partie de l'histoire » et s'interroge sur les conditions de recrutement des étudiantes sage-femme en ne semblant pas envisager la possibilité qu'un homme puisse exercer ce métier. (13)

Suivant les études, il y aurait autant de femmes qui préfèrent être suivi par une femme que de femmes qui n'ont pas de préférences particulières. Mais ces études sont étrangères, anciennes pour certaines et pas toujours spécifiques à la profession de sage-femme, il est donc difficile de les interpréter. (14)(15)(16)

### **I.3. Problématisation**

Il semblerait donc, que la profession de sage-femme, qui s'est ouverte aux hommes sur un principe de non discrimination sexuelle soit, dans sa pratique, toujours confrontée à des discriminations liées au genre masculin de la sage-femme, pour diverses raisons sur lesquelles parfois, il semblerait qu'il soit possible d'agir.

Ce constat nous amène à la problématique : Quelles réponses apporter face aux fondements du refus de la patiente et de son entourage d'être pris en charge par un homme sage-femme en maternité publique ?

## **II. Matériel et méthode**

### **II.1. Choix de la méthodologie et objectifs de recherche**

Le choix de la méthode s'est porté sur l'approche qualitative. Le but de cette méthode est de proposer une explication théorique d'un phénomène complexe peu étudié ou de répondre à des questions qui impliquent l'exploration, la description et la compréhension des comportements et interactions. La découverte et la compréhension sont des éléments essentiels de la recherche qualitative, de même que la place prépondérante occupée par les individus étudiés.

Pour cela nous avons réalisé des entretiens semi directifs avec une liste de questions de départ à aborder dans le but de laisser s'exprimer la personne interrogée par la suite.

Avez-vous déjà été confronté à un refus ?
Comment vivez-vous les refus ?
Comment vous adaptez vous face à un refus?
Quelles sont les réactions de vos collègues/direction face à un refus ?
D'après vous, quels sont les motifs/raisons de ces refus ?
Au travers de vos expériences, avez-vous identifiez des solutions pour prendre en charge au mieux ces refus ?
Un jour, pensez vous qu'il n'y aura plus de refus ?

Pour recruter les participants, les maternités des départements du 13, 84, 83 ont été sondées dans un premier temps par un mail à la sage-femme cadre, en orientant les recherches vers les maternités dans lesquelles des hommes exerçaient. L'orientation des recherches s'est faite grâce aux étudiantes de la promotion, leurs expériences en stage, ainsi que sur des rencontres ou des articles lus sur internet.

Cette prise de contact par mail s'est faite par l'envoi d'un document d'information avec un QR code envoyant sur un lien à remplir par les personnes volontaires. (Annexe I)

Par la suite, l'envoi de ce document a été étendu à des maternités hors région. Au préalable, une prise d'information auprès des bureaux des étudiants de chaque école sur les réseaux sociaux a permis d'axer les recherches vers des maternités où des hommes sages-femmes exerçaient. De plus, la lecture d'article de journaux sur internet m'a permis d'identifier certaines maternités en particulier.

Enfin, le bouche à oreille a largement contribué au recrutement des participants tout au long de ce travail. Le recrutement a donc pu se faire par mail, téléphone ou grâce aux réseaux sociaux.

Ainsi, les personnes interrogées étaient domiciliées dans le 13, 28, 35, 44, 49.

Les objectifs de ces entretiens sont de s'intéresser aux réponses à donner à ces refus, aux raisons invoquées du côté des patientes et de leur entourage, aux réponses des hommes sages-femmes et des femmes sages-femmes présentes en maternité, et aux potentielles solutions existantes ou à développer pour que ce type de situation soit géré de manière optimale.

## **II.2. Population étudiée**

Pour répondre à la problématique, la volonté de départ était d'interroger des hommes et femmes sages-femmes et des femmes ayant refusées la présence d'un homme sage-femme en soin. Devant les difficultés de mise

en place du recrutement des patientes, il a été décidé de n'interroger que des hommes ou des femmes sages-femmes.

Il a été fait le choix d'inclure les femmes sages-femmes travaillant avec des hommes pour comprendre l'impact d'un refus sur elles et sur l'organisation pendant une garde. Cependant, celles-ci n'ont pas beaucoup répondu aux sollicitations et ce, même après sollicitations de leurs collègues masculins préalablement interrogés.

Les personnels exerçant en établissement privé à but lucratif ont été exclu car la pratique en salle d'accouchement est parfois éloignée de celle des établissements publics. De plus, les patientes paient en privé à but lucratif pour être pris en charge par un gynécologue qu'elles ont choisi. Le but de l'étude étant d'étudier le refus dans un contexte où la patiente ne peut pas ou n'a pas à choisir son praticien.

Les autres professionnels de santé travaillant en maternité publique ont été exclus dans le but de se concentrer d'abord sur la profession de sage-femme. Cela ne veut pas dire que les gynécologues, anesthésistes, pédiatres, aide soignants et autres professionnels en maternité, ne sont pas touchés par la problématique.

Les premiers entretiens ont eu lieu en avril 2024 et ce sont étendus jusqu'en novembre 2024.

Au fur et à mesure de l'avancement du travail, des problématiques sociétales ont émergé. Pour y répondre un sociologue a été interrogé. Celui-ci a été recruté sur la base de ses travaux réalisés autour du métier de sage-femme et de la place de l'homme dans la profession.

Devant l'émergence des questionnements autour de la culture de certaines ethnies et de la religion, des tentatives de contact par mail, téléphone et sur place, auprès des services religieux de l'assistance publique des hôpitaux de Marseille (AP-HM) et du centre hospitalier d'Aix-en-Provence ont eu lieu. Celles-ci sont restées sans succès.

Le conseil de l'ordre a également été sollicité dans le but de connaître sa position sur la question au niveau national et d'échanger autour de ces

refus et des réponses à apporter pour que chacun des partis puissent être entendus et respectés au mieux. Une simple réponse par mail a été faite pour communiquer le lien de la base jurisprudentielle disponible sur internet, ce qui ne répond pas vraiment à toutes ces interrogations.

Au total, neuf entretiens ont été réalisés, dont sept hommes sages-femmes en poste ou ayant travaillé en maternité, une femme sage-femme en poste et un sociologue.

### **II.3. Méthode d'analyse des données**

Tous les entretiens ont été retranscrits avec Word et relus par la suite. Ces entretiens ont été analysés avec la même grille (Annexe II) permettant une homogénéité d'analyse des données. Chaque citation faisait l'objet d'un code résumant son contenu. Les codes étaient classés par sous thèmes, sous thèmes regroupés en thèmes correspondant aux grandes parties de la partie Résultat.

Une mise en commun de toutes ces analyses a permis de regrouper les données de façon à les rassembler autour de sujets communs et de structurer ce travail.

### III. Résultats

Avant de commencer la partie résultats, voici un tableau présentant brièvement et anonymement les participants.

Numéro entretien	Date entretien	Profession	Département d'exercice	Niveau maternité d'exercice	Expériences professionnelles
1	24.04.24	Sage femme	13	1	Niveau 1
2	22.05.24	Sage femme	13	1	Niveau 1 Outre mer Même maternité que sage-femme <sup>1</sup>
3	25.05.24	Sage femme	13	3	Lyon, Mayotte
4	17.06.24	Sage femme enseignant	49	Ecole Angers	Saumur, Rennes
5	18.06.24	Sage femme	28	2b	Chartres
6	24.06.24	Sage femme	13	2b	Maternité privée à but non lucratif
7	27.08.24	Sage femme	13	2b	Niveau 2b
8	30.08.24	En reconversion			11 ans en maternité
9	04.11.24	Sociologue	44		Ecrits sur la profession de sage-femme et le genre de la sage femme

Toutes les personnes interrogées sont d'accord sur un même point. Les hommes sages-femmes sont tous sujets à des refus de prise en charge par les patientes ou leurs entourages.

Si pour certain « *Le refus existe, il y en a eu, il y en a encore, mais beaucoup moins qu'avant* » (Entretien 1) pour d'autres « *il y en a peut être un peu plus actuellement* » (Entretien 3) et « *Ça arrive des fois que ce soit deux ou trois fois dans une journée, ça arrive que pendant des mois rien* ». (Entretien 7)

Pour essayer de donner des réponses à ces refus, il semble nécessaire de commencer par s'intéresser aux raisons données pour justifier le refus même si « *des fois on le sait pas* ». (Entretien 4)

### III.1. Les raisons évoquées pour justifier le refus

#### III.1.1 Culture et religion

La religion et la culture sont des sujets qui reviennent dans tous les entretiens : « *le problème il vient quand on apporte ses dogmes, dans la société, l'hôpital public, ça pour moi c'est un problème* ». (Entretien 7)

Tous sont d'accord pour dire que toutes les religions sont sujettes au refus : « *on a des problèmes avec les gens, quel que soit la religion, c'est pas seulement l'islam. Catholiques très religieux, très observant, juifs aussi* ». (Entretien 7)

Certaines religions sont plus souvent évoquées notamment les religions catholique et musulmane : « *S'est arrivé, mais autant du côté par exemple musulman que catho [...] j'ai pu rencontrer une fois un couple où c'était du catho mais extrême donc là, même l'anesthésiste homme ne pouvait pas toucher la femme* ». (Entretien 4)

L'antériorité de la religion est également pointée du doigt : « *En métropole, j'ai souvent plus de soucis avec les patientes convertis plutôt c'est-à-dire, ce n'est pas leurs religions d'enfance, qu'ils ont enfants, c'est après et un peu plus radical* ». (Entretien 3)

« *Celle qui vient du bled oui elle a l'habitude de voir des médecins hommes d'ailleurs elle ne pose pas de problème. Celle qui pose problème, c'est la française, celles qui disent « ah oui mais moi j'ai des droits et c'est moi qui choisis »* ». (Entretien 8)

Ce ressenti serait lié à « *l'impression que c'est une manière de montrer qu'ils sont encore plus* ». (Entretien 1)

De plus, les patientes étrangères semblent moins exprimer de refus, être plus compréhensives : « *la semaine dernière on a eu une patiente qui arrivait direct de Tunisie, elle n'était absolument pas opposé au fait qu'il y*

*ait un homme qui la soigne. Donc bon je pense que c'est plus du zèle qu'autre chose* ». (Entretien1)

Cela s'explique en partie par une situation française atypique comme l'explique le sociologue interrogé: *« on projette ça avec des populations qui viennent d'ailleurs et qui ont des rapports qu'on jugerait traditionnels de genre [...] il y a pas mal d'endroits en France et de part le monde où ce sont uniquement des gynécos qui font des accouchements donc des hommes avec des sages femmes qui ne sont que des petites mains [...] la situation française de ce point de vue, elle est quand même assez atypique et que du coup, paradoxalement, ces gens qui viennent de l'extérieur ils vont se mouler dans la logique* ». (Entretien 9).

La femme étrangère serait donc plus habituée à faire face à un praticien masculin pour la grossesse, l'accouchement et sa vie de femme.

Certains participants soulignent une différence entre culture et interprétation de la religion même si cela semble intimement lié : *« c'est un mix entre religion et culture [...] l'interprétation de la religion, la culture. C'est écrit dans le Coran machin, moi j'ai mon côté paternel musulman [...] et ce n'est pas écrit dans le Coran* ». (Entretien 3)

Dans l'entretien 7, le sage-femme va plus loin : *« un refus au nom de la religion, ça n'existe pas* ». (Entretien 7)

Tandis que pour d'autres, la culture prend le dessus sur la religion : *« Je dirai principalement culturel, plus que religieux [...] Culturel en France parce que quand ces femmes retombent dans leur pays d'origine, ou en tout cas d'où vient leur famille, c'est souvent des populations d'Afrique du nord. Là-bas, il y a très peu de femmes médecins et donc les gynécologues sont des hommes. Ça ne pose pas de soucis. Par contre en France là ça pose soucis* ». (Entretien 5)

Le ressenti général va plutôt dans le sens d'une montée des revendications liées à la pratique religieuse à l'hôpital : *« t'as l'impression que la religion prend de l'ampleur* ». (Entretien 2)

Quand la religion n'est pas le sujet, les cultures qui s'éloignent de la culture occidentale semblent être aussi à l'origine de refus : *« des*

*catégories socio professionnelles qui sont souvent un petit peu démunies. Qui culturellement parlant, des fois, sont un petit peu éloignées de la culture occidentale. [...] différences culturelles qui sont là et qui sont pas négligeables et qui ont un impact en fait sur nos prises en charge ».* (Entretien 5)

Mais cela ne semble pas toujours accepté : *« C'est culturel [...] Je comprends que ça soit compliqué pour elle [...] mais c'est la société dans laquelle elle a choisi de vivre ».* (Entretien 7)

Que ce soit une question d'interprétation religieuse ou de culture, le message qui se cache derrière est souvent le même : *« souhaiter que ça reste une histoire de femme ».* (Entretien 7)

Si la religion et la culture apparaissent comme motifs premiers des refus, l'image de l'homme et de la profession vont parfois en ce sens également.

### **III.1.2 Les représentations de l'homme sage-femme dans la société**

Aujourd'hui, le métier de sage-femme est encore largement associé à une professionnelle femme : *« sage femme elle s'attend à avoir une femme et dans l'esprit populaire c'est toujours comme ça ».* (Entretien 8)

Mais cela semble dépendre de la zone géographique comme l'évoque le sage femme de l'entretien 3: *« je pense que le lieu géographique, notamment à Mayotte, ça change pas mal les choses [...] elle voit plus le soignant avant plutôt que le genre ».* (Entretien 3)

Le plus souvent, le refus vient de personnes qui voient l'homme avant de voir le soignant : *« souvent j'ai l'impression quand même que la plupart du temps c'est plus de la gêne vis-à-vis du sexe en fait. »*(Entretien 4) pour le sage femme de l'entretien 5 *« ils refusent, pas en tant que nous, en tant qu'individus, mais en tant que ce qu'on représente vraiment : l'homme ».* (Entretien 5)

Pour beaucoup, c'est avec ces personnes qu'il est le plus difficile de communiquer : « *La difficulté dans le refus des patientes est dans la communication, parce qu'eux nous voient comme ils nous verraient à l'extérieur, et nous on est un autre, y a un côté presque schizophrène* ». (Entretien 7)

Cette image de profession féminine s'explique historiquement mais aussi par l'idée répandue que seule la femme peut disposer des qualités requises à l'exercice de ce métier, il est question d'« *entente implicite du côté des femmes* ». (Entretien 9)

L'empathie, qualité attribuée à la femme, est aussi souvent revenue : « *la question de l'empathie c'est effectivement... c'est quelque chose qui est paradoxalement attendu d'une femme [...] il y a une sorte de construction sociale qui fait que, de manière presque innée, une femme l'aurait* ». (Entretien 9)

Au travers de tous les entretiens, même si les mœurs ont évolué, il arrive encore que la place de l'homme dans la profession soit remise en question: « *on peut se demander même s'il n'y a pas une partie de la population qui est encore persuadée qu'il faut avoir accouché pour être sage-femme* ». (Entretien 9)

Autre argument revendiqué : La vocation. Pour une partie de la société, la vocation du métier de sage-femme ne semblait pas permise à un homme : « *Quand on parlait des hommes sages femmes on disait « oui mais ils ont/auront pas la vocation »* ». (Entretien 9)

Cette image que la société a de la profession et de la place de l'homme dans ce métier est à l'origine de situations ubuesques : « *tu la suis pendant toute la journée sans l'avoir examinée et puis quand à un moment il faut l'examiner ben hop elle te dit « ah je n'avais pas compris. Est-ce que ça peut être une femme ? »* ». (Entretien 3)

Si le refus est lié à l'image presque exclusivement féminine de la profession de sage-femme, il est aussi le fruit d'un défaut d'information et de connaissance sur la profession. Ce manque d'information et de connaissance peut entraîner dans certaines situations un manque de

confiance des patientes envers l'homme sage-femme : « *la plupart des refus c'est un manque de confiance et, de deux, un manque de connaissance et d'information sur ce qu'on fait concrètement parlant et sur notre métier* ». (Entretien 5)

Aujourd'hui quand la communication n'est pas possible, beaucoup pointent du doigt des situations compliquées : « *des patientes ce n'était juste pas possible [...] estimaient qu'elles avaient des droits mais pas de devoirs, le droit de choisir la personne* ». (Entretien 8)

Mais quand la communication est bonne, la situation se passe bien dans une grande majorité des cas : « *tu as des dames qui disent « ah c'est un homme là bas » et puis finalement elles sont très contentes et après ça passe* ». (Entretien 2)

Enfin, la dénomination du métier n'est pas une aide à la compréhension comme l'explique le sage-femme de l'entretien 5 : « *je pense que le nom sage-femme dans un sens avec des guillemets ça aide pas, même si c'est le plus adapté pour nous* ». (Entretien 5)

Tous rappellent qu'ils ont plusieurs fois dû expliquer pourquoi « sage-femme » et pas « sage-homme » et il est vrai que cela ne reste pas clair pour une partie de la société.

Si la société dans sa globalité relie encore la profession à une femme sage-femme—« les hommes les affaires d'hommes, les femmes les affaires de dames » (Entretien 5), l'entourage de la patiente peut se montrer réticent à une prise en charge par un homme sage-femme.

### **III.1.3 L'entourage**

Pour une partie des interrogés, le refus est majoritairement de l'entourage et non pas de la femme elle-même : « *c'est souvent l'entourage, c'est souvent le conjoint qui refuse que j'examine la patiente. C'est même dans je dirai dans 98% des cas [...] des refus catégoriques de femmes qui ont dit non, si je prends en compte mes études, plus mes années diplômées, je pense que j'ai du en avoir deux à tout casser* ». (Entretien 5)

En effet, le partenaire masculin de la patiente est souvent à l'origine du refus : « *alors souvent moi, ce que j'ai remarqué, c'est le partenaire. C'est souvent le conjoint hein qui est dans le refus [...] Voilà j'ai pas pu obtenir l'autorisation* ». (Entretien 4)

Le conjoint revient dans tous les entretiens mais il n'est pas le seul à refuser les soins : « *Parce que des fois c'est la belle mère, la maman* ». (Entretien 1)

Plusieurs raisons expliquent ce refus par le conjoint : La « *jalousie du mari* » (Entretien 1) voir même « *un ego un petit peu mal placé* ». (Entretien 5)

La difficulté pour le mari de voir sa femme se faire toucher et examiner par un autre homme que lui : « *Après il y en a beaucoup en fait, ce n'est pas elle, c'est complètement leur mari [...] ouais en fait c'est plus le mari qui a du mal à accepter que bah qu'un autre homme puisse examiner, examiner sa dame* ». (Entretien 6)

C'est aussi une façon de montrer qu'il est présent et impliqué : « *c'est lui qui incarne le refus parce que c'est une façon de marquer son implication* ». (Entretien 7)

Ce refus par le mari peut avoir des conséquences importantes comme le départ de ce dernier : « *c'est juste le mari qui était contre et ça s'est terminé qu'il n'a pas voulu du tout que je m'occupe de sa femme et qu'il a préféré partir* ». (Entretien 1)

Les conséquences peuvent même aller jusqu'à remettre en question la sécurité du professionnel : « *refus très violents sur de la jalousie brutale [...] avec l'agent de sécurité derrière la porte de la salle d'accouchement* » (Entretien7) ou encore « *y a une fois où ça a été assez tendu, mais c'était avec le mari[...]c'était à l'époque où on était seul en salle[...]maintenant on est 2 sages-femmes donc le problème se pose moins dans le sens où c'est une question d'intelligence on va dire* ». (Entretien1)

Quand le mari ne l'exprime pas, il arrive que ce soit sa femme qui exprime le refus en son nom pour son mari : « *c'est quand même la dame*

*qui s'exprime mais on sent à côté le poids de la présence de l'autre personne à côté ».* (Entretien 3)

Quand l'entourage de la patiente n'est pas à l'origine du refus, le vécu de la patiente peut rendre la prise en charge délicate.

### **III.1.4 Vécu de la patiente**

Le vécu est un élément essentiel dans la prise en charge de la patiente. Au cours des entretiens, le refus de prise en charge des patientes face à un homme sage-femme lié à un vécu traumatique est bien souvent le seul refus toléré et compris : *« Il y en a de plus en plus qui souffrent de vaginisme par rapport à des abus ou autres. Mais je pense que c'est une question d'intelligence. Tu ne vas pas t'imposer après malheureusement quand il n'y a pas le choix, il n'y pas le choix ça m'est arrivé ».* (Entretien 1)

Les équipes sont aussi compréhensives face à ces refus *« Après il y a d'autre cas de figure. C'est par exemple la gamine violée qui doit venir pour une img. Je dis à \*\*\*, « je dis bon ouais, je vais la prendre ». Il me dit « oui, oui bien sûr, bien évidemment » tu vois, là ça va de soit dans la mesure où voilà \*\*\* a pas de problème avec ça, il est tout à fait compréhensif sur ce qui se passe et la situation. ».* (Entretien 2)

L'anticipation est la clé et le passage de relais dans la prise en charge bien accepté par les hommes sages-femmes interrogés : *« Des dames qui ont des violences. Et là c'est sûr que du coup on essaie vraiment que ce ne soit pas un homme qui aille examiner quand on sait ».* (Entretien 6)

## **III.2. Le refus en pratique**

Après avoir identifiés les raisons à l'origine des refus, dans ce deuxième grand thème, les résultats porteront sur le vécu du professionnel face aux refus et des réponses en pratique sur le terrain face à ces refus.

### III.2.1 Le vécu du professionnel

Le refus s'apparente comme un fait plutôt violent pour une majorité des personnes interrogées : « *des fois je le vis comme des raffuts, c'est vraiment violent* ». (Entretien 1)

Pour d'autres « *le refus n'a pas de sens et est quelque chose qui m'atteint* ». (Entretien 7)

Il y a une phrase qui revient beaucoup « *ce n'est pas contre vous* » *bon en fait si mais...* ». (Entretien 8)

Avec le temps, l'expérience professionnelle est un avantage face aux patientes et permet d'acquérir une certaine légitimité : « *d'avoir une certaine ancienneté, j'ai une certaine légitimité* ». (Entretien1)

Cette expérience permet aussi de faire diminuer le nombre de refus « *avec l'âge, avec de l'expérience, on a beaucoup moins de raffut, de refus* ». (Entretien 1)

Si l'expérience peut aider, elle n'est pas toujours suffisante : « *c'est vrai que je prends de plus en plus violement, surtout que les gens n'assument pas : « c'est la religion il faut pas que vous le preniez pour vous » vous voyez en moi un homme avant de voir un soignant et vous me dites qu'il ne faut pas que je le prenne pour moi ? Alors oui, je le prends pour moi* » (Entretien 7)

Le sage-femme continue et va plus loin « *des gens qui refusent, c'est des gens qui te donnent pas la possibilité d'exister et d'avoir l'expérience* ». (Entretien 7)

Les hommes sages-femmes sont tous d'accord sur un point : se protéger. Tout écrire quand ils font face à un refus comme l'explique le sage femme de l'entretien 1 : « *par contre je signale toujours « périnée non vu refus de la patiente » pour que ça se retourne pas contre moi en disant « t'as pas fait ton boulot »* ». (Entretien 1)

Dans l'entretien 8, le sage femme prend encore plus de dispositions : « *moi j'ai toujours tout écrit dans les dossiers et j'ai photocopié les dossiers quand on les rendait aux patients* ». (Entretien 8)

Le refus est quelque chose de récurrent dès le début des études, le professionnel est donc habitué : « *j'ai été confronté depuis la première année d'école. Donc j'ai appris à me préparer à ça* ». (Entretien 3)

Mais même si les refus sont présents dès le début de la formation, cela reste vécu comme une discrimination : « *c'est pas très agréable chaque fois comme toute discrimination donc tu es entre guillemet « victime »* ». (Entretien 3)

Le plus souvent les équipes soignantes sont soutenantes : « *le refus reste très marginal quand même, et la plupart du temps, on a le soutien de l'équipe, des collègues [...] où que j'ai bossé.* ». (Entretien 3)

Elles sont parfois même plus sensibles aux refus : « *Les filles ont contraire sont plus revendicatives que moi* ». (Entretien1)

La question de la légitimité de la place de l'homme dans cette profession n'est donc visiblement plus à l'ordre du jour : « *Des fois on oublie que c'est un homme tu vois ? Je veux dire, dans le sens dans la conversation, il est là, il fait partie des intégrants, il ne gêne absolument pas, personne.* ». (Entretien 2)

Si certains se sentent soutenus par les équipes, quand il s'agit d'avoir l'appui de la direction ce n'est pas toujours le cas : « *le soutien ? La direction ? Pas forcément* ». (Entretien3)

Pour le sage femme de l'entretien 6 : « *elles sont toutes avec nous les collègues [...] après la direction essaye d'arrondir les angles* ». (Entretien 6)

Il arrive même que la faute soit mise sur l'homme sage-femme : « *on m'a fait comprendre que j'aurai du trouver une solution [...] on m'avait retoqué* ». (Entretien 8)

A *contrario*, d'autres ne vivent pas mal le refus, c'est le cas de l'interrogé dans l'entretien 4 : « *je le vis pas mal. En fait je suis plutôt compréhensif. Voilà j'essaie de trouver des solutions [...] puis voilà le peu de fois où la patiente, par exemple, est partie, là j'étais embêté* ». (Entretien 4)

Quant à la gestion du refus, la demande de changement de professionnel n'est pas toujours bien acceptée par les collègues : « *oui et*

*non en fait. Soutenant ? Certaines collègues qui étaient plus : « Bah voilà c'est pas normal, c'est public, voilà c'est toi qui t'en occupes, tu devrais pas, on devrait pas en arriver là quoi ». Après moi j'essayais de temporiser, je fais non mais là c'est pas grave, genre on n'a pas beaucoup d'activités tu peux ». (Entretien 4)*

Et des hommes sages-femmes mal à l'aise à l'idée de demander cela à leur collègue : *« ça contrarie beaucoup mes collègues et ça me contrarie ». (Entretien7)*

Mais le refus est aussi vu comme symbole du choix de la patiente et de son consentement : *« Je pense que de ne pas laisser le choix, on n'a pas le consentement. Il ne sera pas clair. En fait elles vont accepter mais par dépit. Et je pense que ça ne me plait pas trop comme forme de consentement. Pour moi on est plus vraiment dans le consentement [...] bien sur qu'il faut du refus [...] c'est important de pouvoir refuser, d'avoir le choix ». (Entretien 4)*

Le sage femme de l'entretien 7 est un peu plus mesuré : *« A la fois je trouve le refus inadmissible. Et à la fois ça reflète à mon sens une tolérance large de la société envers les différents. Ça n'est pas admissible dans notre société et en même temps je trouve que c'est quelque chose de sain dans cette société aussi ». (Entretien 7)*

En revanche tous sont d'accord pour une situation : l'urgence. Cette notion d'urgence est incompatible avec un refus même pour ceux qui placent le refus au dessus du caractère discriminatoire de cet acte : *« Je pense. Sauf urgence à mon avis vraiment, si la vie de la patiente ou de l'enfant est en jeu, il y a plus trop le choix, parce qu'on a un devoir d'assistance ». (Entretien 4)*

Si ces refus touchent les professionnels, ils sont souvent à l'origine de remise en question du professionnel : *« pourquoi je me suis fait refuser ? Qu'est ce que j'aurai pu faire différemment ? ». (Entretien 5)*

Cette remise en question peut même aller jusqu'à se poser des questions sur son orientation professionnelle : *« pourquoi je suis sage femme ». (Entretien 6)*

Le refus est aussi un frein pour une potentielle carrière en libéral : « *c'est vrai qu'étudiant la situation avait été particulière en stage chez la sage femme libérale [...] si je devais m'installer dans le libéral, je me dis mince si c'est pour pas bosser parce que t'es un mec, ça fait râler quoi* ». (Entretien 1)

Le sage-femme de l'entretien 6 ajoute : « *le libéral on va dire que ça me tente, mais je me sens un peu...Je me dis est-ce que la femme elle va vouloir aller voir un homme ? Actuellement je me dis pas le libéral parce que je suis un homme* ». (Entretien 6)

Ces refus peuvent aussi impacter le moral de l'homme sage-femme : « *On perd toujours des plumes dans ces histoires [...] Mais il y a pas un métier, si passionnant soit-il, qui justifie d'être menacé, agressé* ». (Entretien7)

Le sociologue insiste : « *ça peut fragiliser des professionnels et pas que les hommes d'ailleurs* ». (Entretien 9)

Le refus peut mettre mal à l'aise le soignant quand le reste de l'équipe ne veut pas prendre le relais : « *Ils avaient refusé [La patiente et son mari]. Donc j'étais retournée voir les sages-femmes qui pour le coup m'avait dit « non non non on est dans un hôpital public il faut que tu ailles examiner ». Donc j'étais retournée.* » (Entretien 4)

Des hommes sages-femmes ont aussi l'impression de devoir faire plus « *en donnant des signes ou des gages ou des actes, des paroles [...] qu'il faut faire ses preuves* » (Entretien 9) comme pour montrer qu'ils sont légitimes : « *fallait que je justifie que j'étais professionnel* ». (Entretien 8)

Même si le refus peut amener a des situations complexes, un homme sage-femme a dit : « *on se sent pas offensé à chaque fois qu'une patiente nous demande si elle peut avoir une femme surtout si c'est demandé poliment et gentiment* ». (Entretien 8)

Puis, il y a dans une grande majorité des cas, des situations qui se passent bien comme le rappelle la sage-femme de l'entretien 2 : « *c'est le choucou de ces dames, il a très bon relationnel. Il est discret, gentil donc ça passe très bien* ». (Entretien 2)

### III.2.2 Des réponses en pratique

Le refus est présent partout, dans n'importe quel secteur que ce soit dès les consultations : « *C'est quand la dame elle vient en consultation que c'est programmé, qu'elle s'est fait son schéma dans sa tête de la consultation, elle s'attend à tomber sur une professionnelle femme* ». (Entretien 3)

En salle de naissance : « *y a plus en salle, en salle de naissance. Enfin, tous mes souvenirs viennent de là, même quand j'étais étudiant* ». (Entretien 4)

En suite de couches : « *depuis que je suis sage-femme, je trouve que c'est beaucoup plus compliqué en suite de couches* ». (Entretien 6)

Quand cela est possible, les hommes sages-femmes essaient de s'adapter : « *si ça ne perturbe pas le service et qu'on peut accéder à la demande de la patiente, on essaie de le faire* ». (Entretien 7)

Même quand cela est une histoire de religion, l'adaptation existe : « *Je savais qu'elle était convertie et qu'en fait, dès qu'elle me croisait, elle se voilait. Il n'y avait pas de soucis [...] Donc j'ai tapé et j'ai attendu qu'elle se voile, j'ai pu faire mon soin sans soucis* ». (Entretien 1)

La pudeur est aussi un motif qui est compris par une partie des praticiens tant que la demande est respectueuse : « *je peux comprendre qu'une patiente fasse preuve de pudeur n'ait pas envie et demande poliment* ». (Entretien8)

Cette adaptation est parfois marquée par de l'anticipation dès la relève : « *le cas s'est plutôt présenté a la relève. Quand on arrive qu'il y a plusieurs dossiers et que la fille qui nous passe la relève nous dit « ben la dame en salle une un contexte un peu particulier, abus dans l'enfance tout ça bon »* ». (Entretien 1)

Cette adaptation est aussi permise par des conditions de travail favorables comme par exemple un effectif suffisant de sage-femme permettant de changer de praticien : « *En journée si on est 2 je vais faire en sorte que... [...] en suite de couches où il y a que moi, je vais adapter mon soin* ». (Entretien 1)

La notion d'équipe est importante, et quand l'entente est bonne, l'arrangement est toujours plus facile : « *on est une équipe, on essaie de s'arranger* ». (Entretien 3)

Dans certains secteurs comme la salle d'accouchement, s'adapter est pour les hommes sages-femmes, une nécessité : « *Si c'est possible oui [...] je trouve que quand même en salle d'accouchement si ils ont pas confiance en toi c'est quand même la base du truc [...] quand elles ont pas le choix, elles ont pas le choix* ». (Entretien 6)

Des motifs semblent cependant moins tolérés que d'autre : « *Quand c'est un choix du mari, moi c'est pas la même chose* ». (Entretien 1)

Mais parfois, les hommes sages-femmes se retrouvent dans des situations pour lesquelles le changement de praticien n'est pas possible et ce pour plusieurs raisons :

- Quand l'activité est importante, cela peut contrarier les équipes : « *Donc parfois on a des gardes avec beaucoup de travail, mais on va switcher deux dossiers [...] et puis la chieuse et ben elle demande moins d'attention que les autres [...] on va bien la soigner mais si tu veux tu te dis bon fais chier quand même* ». (Entretien 2)
- Cette impossibilité se heurte aussi à la bonne volonté des hommes sages-femmes : « *Si j'ai à faire à une personne qui va préférer avoir une femme, je vais passer la main facilement et là c'était pas possible* ». (Entretien 1)
- Les moyens à l'hôpital ne sont pas toujours suffisants pour accepter les demandes : « *pouvoir choisir un professionnel de santé, avec le peu de moyens qu'on a, ça peut être compliqué [...] elles attendent et elles risquent d'attendre longtemps* ». (Entretien 5)

Il est aussi difficile pour un homme sage-femme de demander à sa collègue de faire son travail voir même de lui rajouter du travail supplémentaire : « *moi ce qui m'embête le plus c'est que ça rajoute du boulot pour les collègues femmes et du coup ça change l'organisation* ». (Entretien 5)

Le sage femme de l'entretien 7 ajoute : « *en théorie ma collègue elle est capable de gérer l'activité des deux. Mais moi je trouve pas ça correct et*

déontologique. *On fait l'échange mais s'il y a urgence, mon collègue viendra* ». (Entretien 7)

Puis pour les collègues femmes, le changement n'est pas toujours la première intention non plus : « *Donc si vraiment...On switch mais c'est pas la première intention, c'est pas de switcher, c'est justement de dire il est là comme tout le monde* ». (Entretien 2)

Dans l'entretien 9, le sociologue rappelle que « *parfois il y a une impossibilité d'accéder à la parole libre et ouverte* ». (Entretien 9)

Cette impossibilité d'accéder à une communication saine peut avoir pour conséquences une non prise en charge de la patiente : « *comment ? \*\*\*. Moi j'avais compris Karine et elle a pas voulu me recevoir [...] elle refuse le cadre de l'hospitalisation à domicile en refusant ma présence* ». (Entretien3)

Cette non communication peut aboutir à un départ de la patiente voir des menaces : « *J'ai eu un refus [...] Elle qui est partie [...] et j'ai reçu plus tard un appel de la famille disant que j'avais refusé de la soigner, et il m'a menacé au téléphone* ». (Entretien 4)

Il arrive que le soignant demande à son équipe de ne pas prendre en charge la patiente qui refuse : « *j'ai même pas vu la dame et j'avais même interdit à l'auxiliaire* ». (Entretien 6)

Les établissements prennent aussi des directives face à ce genre de comportement : « *ma dernière maternité qui renvoyait les patientes chez elle si elles refusaient d'être prise* ». (Entretien 8)

Tout cela amène les professionnels à se poser des questions sur la prise en charge de ces refus, notamment quand celui-ci n'est pas une volonté de la patiente mais de l'accompagnant : « *est-ce qu'on va dans le sens de la demande du patient, quitte à ce qu'il y ait des conséquences médicales. Ou est-ce qu'on impose, quitte à devoir virer le mari ?* ». (Entretien7)

Quand la situation ne permet aucune adaptation du soin, les hommes sages-femmes suivent les patientes malgré tout : « *ça m'est arrivé une ou deux fois quand même que de suivre les patients contre leurs gré, sans violence* ». (Entretien7)

Pour éviter d'en arriver là, il est rare que les équipes ne soient constituées que d'homme : *« toujours un homme pour deux femmes [...] évitait de nous mettre tous les 3 en même temps »*. (Entretien 5)

### **III.3. Les solutions face à un refus**

#### **III.3.1 Un service publique avec des lois et des " grands principes "**

Le sage-femme de l'entretien 1 illustre bien l'ambiguïté du côté public et laïque de l'hôpital : *« Le problème, c'est un problème et c'est une solution aussi, le fait d'être en public. Parce que je pense que la situation va pas forcément être la même en privé, dans le sens où du moment qu'ils payent, ils se sentent en tout cas en droit de choisir. Je pars du principe que tu fais la démarche de venir en hôpital public. Et tu acceptes d'être soigné par des soignants qui sont sur place, que ce soit homme ou femme. »*. (Entretien 1)

Pour d'autres, l'hôpital public est sans aucun doute, une force : *« c'est l'hôpital public et que c'est comme ça voilà. Et qu'on choisit pas et que si elle vraiment elle veut pas bah à ce moment là il faut aller en hôpital privé »*. (Entretien 2)

La laïcité est aussi une force de l'hôpital public *« Connaître le sens de la laïcité est vital dans la société dans laquelle on vit »* (Entretien7) et il ne faut pas la négliger : *« on disait c'était laïque si ça vous convient tant mieux si ça vous convient pas libre à vous de choisir d'aller ailleurs »*. (Entretien7)

Le consentement est obligatoire pour réaliser un soin, il est donc une solution au refus puisque sans consentement sauf urgence, le soin ne peut être réalisé : *« ce qui est très important c'est expliquer pour avoir le consentement mais aussi expliquer ce qu'on fait et pourquoi on le fait »*. (Entretien 5)

Le consentement écrit lui, n'apparaît pas vraiment comme une solution qui fonctionnent : *« le consentement au final quand on fait signer au final il sert à rien parce qu'après au final bah les femmes elles refusent quand même »*. (Entretien 6)

La notion de choix ou non à l'hôpital est une question qui revient souvent : « *c'est pas vous qui arrivez et qui choisissez* ». (Entretien 8)

Des écrits tels que la charte du patient hospitalisé font foi « *la charte du patient hospitalisé qui était affichée partout* ». (Entretien 8)

Mais tout cela peut entraîner des situations complexes pour lesquelles la loi n'a pas encore répondu : « ça pose effectivement des questions juridiques ». (Entretien 9)

Pour éviter d'en arriver à solliciter le législateur, la communication est une vraie solution sur le terrain.

### **III.3.2 Communiquer**

Les sages-femmes soulignent l'importance d'une communication précoce : « *communiquer dès le début* ». (Entretien 3)

La communication est pour toutes les personnes interrogées, la clé pour ce genre de situation : « *j'ai discuté, je lui ai expliqué la situation et finalement ça s'est très bien passé* ». (Entretien 1)

La fermeté permet aussi de ne pas autoriser, ce qui peut apparaître déraisonnable, en systématique : « *ne pas proposer de switcher à chaque fois sinon après c'est la porte ouverte* ». (Entretien 1)

Cette fermeté peut aussi passer par l'exclusion de l'accompagnant pendant le soin : « *nous, notre rôle c'est de s'occuper des patients et si une personne extérieure peut avoir un impact médical. Qu'elle soit sociale, psychologique ou purement physiologique, s'il y a un impact négatif, donc, c'est à nous justement d'écarter ces éléments-là* ». (Entretien5)

Si le professionnel homme est ferme, une équipe qui fait de même est un appui indéniable : « *position de l'équipe qui ne bougeait pas* ». (Entretien8)

Mais un juste milieu doit être observé : « *trop ferme justement on risque de braquer [...] j'essaie toujours de discuter qu'en même* ». (Entretien6)

La communication des femmes présente dans les équipes est un élément essentiel et ce, dès les premiers rendez-vous de grossesse : « *elle*

*insiste sur le fait que alors moi je suis dans l'équipe [...] donc oui c'est abordé alors peut être pas forcément en systématique mais quand elle voit que..». (Entretien1)*

Quand cela arrive en garde, les collègues femmes parlementent aussi : *« tu vois tu peux discuter en disant « c'est lui de garde vous allez voir il est super bien, il a sa place » Toi, tu vends le produit !».* (Entretien 2)

Dans la communication non verbale, l'attitude apparaît également comme une solution qui peut rassurer les patientes : *« c'est la façon dont tu parles, la façon dont tu agis qui te définit ».* (Entretien 2)

La notion de pudeur est extrêmement importante pour toutes les personnes interrogées : *« attention à respecter la pudeur des femmes ».* (Entretien7)

Respecter la douleur et la pudeur de la patiente est aussi un pas vers une communication saine : *« par contre avant l'examen je pose toujours la question. Et puis avant la contraction pendant l'examen je leur dis si ça fait mal, vous me dites on s'adapte ».* (Entretien 7)

Le fait que les pères soient impliqués au travers des consultations en anténatal permet aussi de communiquer. Cela semble d'autant plus marquer dans la maternité du sage-femme de l'entretien 1 : *« il fait le cours des papas et ça je pense que c'est top ».* (Entretien 2)

Dans les situations d'échec, ils sont persuadés que certaines situations auraient pu être évitées si la communication avait été optimale dès le début : *« je suis persuadé qu'il y a un pourcentage des patients qui refusent avec qui on pourrait se poser la question, discuter avec leur entourage et revenir sur leurs décisions de refus . ».* (Entretien3)

L'importance de prendre le temps est aussi mise en avant : *« Pour les mettre à l'aise, je posais pas la question sur le coup. Voilà, je me présentais, je suis sage-femme. Généralement je repartais tout de suite. Je branchais juste le monitoring aux urgences parce qu'à Saumur en fait, on se fait des urgences aussi hein, de l'accueil et je revenais plus tard et là je*

*demandais le consentement pour l'examen. Et la plupart du temps il y a pas de soucis quoi.* ». (Entretien 4)

Rappeler que même si elles ont à faire à un homme, celui-ci dispose des mêmes connaissances : *« on est juste des professionnels de santé et qu'on a la même approche et les mêmes formations que nos collègues femmes »*. (Entretien 5)

Un appui des autres professions peut être un atout dans ces moments particuliers : *« Le médecin essaie de faire un travail, c'est pas du militantisme mais c'est de l'information sur le fait qu'on est deux hommes sages femmes dans l'équipe »*. (Entretien 7)

Le terme « sage-femme » que certains peuvent voir comme déstabilisant pour la patientèle, semble être une voie d'accès vers la communication pour des hommes sages-femmes comme pour le sage-femme de l'entretien 7 : *« moi j'aime ce terme sage femme, j'aime le fait de l'expliquer. C'est aussi une porte d'entrée avec la patiente »*. (Entretien7)

Puis, comme le rappelle le sociologue interrogé : *« Les hommes sages-femmes sont relativement méconnus donc s'accoler un terme qui est pas simple à comprendre déjà maïeuticien voilà voilà.. »*. (Entretien9)

Ce premier contact consenti que l'homme doit absolument obtenir lui serait bénéfique dans sa pratique, il n'y a pas de place à l'automatisme : *« l'homme sage femme [...] si il ne se présente pas a minima, si il ne donne pas des gages a minima, il peut se retrouver en difficulté. Mais ça évite un peu une forme d'automatisme »*. (Entretien 9)

Il est rappeler quand même que : *« la plupart des patientes on arrivait quand même à discuter d'un compromis »*. (Entretien8)

Si communiquer permet aux professionnels de mieux appréhender le refus, la société a sans doute un rôle à jouer également.

### III.3.3 Une société qui normalise l'homme sage-femme

Pour une partie de la profession: « *la situation des sages-femmes s'améliorera par la mixité dans le genre. On est plus des bonnes sœurs parce qu'il y a des mecs* ». (Entretien 2)

Les couples retiennent quand c'est un homme qui les a pris en charge, et en parle: « *il y a un côté un peu singulier c'est à dire on va parler de son accouchement mais on va dire il m'a accouché* ». (Entretien 9)

Les médias qui réalisent des sujets autour des hommes sage-femme permettent que la société soit informée : « *il y a une sorte de normalisation* ». (Entretien 9)

La société a un rôle à jouer dans cette normalisation de l'homme sage-femme. Ces hommes sages-femmes eux-mêmes ont un rôle à jouer, cela est visible par des initiatives existantes, par les idées qu'ils présentent et les évolutions qu'ils revendiquent.

### III.3.4 Des initiatives sur le terrain et des idées

Plusieurs outils existent déjà pour rappeler que les équipes sont mixtes dans les établissements des participants à l'étude comme par exemple : « *des portraits d'agents, mon idée en acceptant : contribuer à entretenir l'idée qu'il puisse y avoir des hommes dans cette profession* ». (Entretien7)

La mise à disposition de formations spécifiques à destination des professionnels est intéressante : « *je pense que les formations type gestion de la violence sont sans doute une solution. Je pense que l'information sur les droits et les devoirs de chacun est importante* ». (Entretien 7)

Différentes chartes existent à commencer par celle du patient hospitalisé. Mais celle-ci ne semble pas faire l'unanimité aux yeux des hommes sages-femmes : « *la charte du patient hospitalisé, plus mouvant, c'est problématique* ». (Entretien7)

En effet, pour certains ces chartes sont bénéfiques aux patients, mais il arrive qu'elles leur donnent une toute puissance face à laquelle les hommes sages-femmes se retrouvent démunis. Ainsi, des refus sont

justifiés sous couvert de respect de ces chartes et les hommes sages-femmes doivent y faire face.

La charte spécifique au service qui notifie la présence d'équipes mixtes semble plus efficace : « *contrat que l'on passe avec le patient c'est marqué dans la charte du service* ». (Entretien 8)

Des idées passant par des outils sont évoquées comme : « un *trombinoscope de toutes les sages-femmes du service* » (Entretien 4) ou encore « *des plaquettes d'informations [...] tracées dans le dossier [...] les gens ne pourront pas dire « ah je savais pas » [...] tous ces trucs qu'on nous balance* ». (Entretien 3)

Systematiser l'information en anténatale lors des divers rendez-vous : « *Prévenir systématiquement en consultation je pense que ça paraît bien* ». (Entretien 4)

Parler de la profession aux adolescents pour normaliser : « *faudrait parler du métier déjà dans les collèges, dans les lycées, la communication autour de notre métier* ». (Entretien 5)

Un grand nombre de solutions ou d'idées semblent réalisables mais parfois il n'y a pas de solutions.

### **III.3.5 Des solutions pour des situations sans solutions...**

Après avoir évoqué tout ce qui existe et les idées des participants, certains se veulent fatalistes concernant un monde sans refus : « *il y en a toujours et je pense qu'il y'en aura toujours pour différentes raisons [...] mais c'est normal, c'est ça qui est humain* ». (Entretien 5)

Pour d'autres la religion est synonyme de refus et tant qu'il y aura des pratiques religieuses extrêmes, il y aura des refus : « *alors tant qu'il y aura les religieux tant que t'as pas la vraie égalité des sexes* ». (Entretien 2)

Même avec toute la volonté du monde des situations restent sans issu : « *on arrive beaucoup à débloquer je pense en discutant mais pas toujours* ». (Entretien 8)

La société apparaît comme le seul acteur de ce changement de mentalité pouvant bénéficier à une diminution des refus : « *je pense que ça ne bougera pas malheureusement, si ce n'est grâce à la société* ». (Entretien 8)

La médecine d'un point de vue général, semble elle-même tiraillée face à ces cas de figure entre les droits du patients et l'aspect discriminatoire du refus : « *médecine à deux vitesses à la fois que je comprends dans l'aspect respectueux du cas à la fois que je trouve problématique à terme* ». (Entretien7)

## **IV. Discussions**

### **IV.1 Forces, limites et biais de l'étude**

La démarche qualitative et le nombre restreint d'entretiens n'ont pas permis un traitement numérique des données. Le choix de la réalisation d'entretiens semi-directifs était en adéquation avec l'aspect subjectif des ressentis des participants à l'étude.

Plusieurs limites à l'étude ont été identifiées. Sur la tenue des entretiens, il est important de souligner le statut d'apprenti chercheur qui a évolué au fil du temps et des entretiens. La pratique a permis à l'apprenti chercheur d'acquérir une certaine expérience et une aisance qui a pu lui manquer durant les premières interviews.

Le choix de passer par des entretiens semi-directifs amène un biais de subjectivité. Les participants peuvent subir une influence de la part du chercheur, à laquelle s'ajoute la propre subjectivité du volontaire à l'étude. Toutes ces influences représentent des filtres de perception incontournables.

Concernant les résultats, ils sont propres à l'étude et ne peuvent se généraliser à une population plus large que celle de ce travail. Cela

s'explique par le nombre limité d'entretiens et le choix d'une démarche qualitative. Le faible taux de réponse de femmes sages-femmes travaillant avec des hommes sages-femmes n'a pas permis d'avoir un nombre satisfaisant d'entretiens et donc de réponses du côté des femmes dans la profession.

Au sujet des forces de cette étude, le recrutement des participants dans plusieurs régions de France et dans plusieurs types de maternités permet d'avoir un ressenti au sujet de diverses populations et d'activités variées. La pluralité des profils et l'intervention d'un sociologue permettent d'avoir des regards différents au sujet des refus mais aussi des perceptions qui se rejoignent, cela fait parti des forces de la méthode qualitative.

## **IV.2 Discussions et applications des résultats**

L'étude a montré que le refus, connu de tous, est générateur de différents types de ressentis auprès des hommes sages-femmes.

Comme évoqué par Camille Gourvil-Roux dans son mémoire « *Le refus est peu évoqué dans la littérature* ». (17)

Plusieurs hypothèses peuvent être proposées pour expliquer cela. La rareté des refus, soulignée par certains des participants à l'étude, ou encore l'impasse que peut susciter ce type de situations connue de tous, comme ont pu en parler les hommes sages-femmes au cours des entretiens.

### **IV.2.1 Des motifs de refus entendus confrontés à la réalité du terrain**

Dans cette étude deux visions ressortent : celle qui voit le refus comme quelque chose de nécessaire, permettant d'obtenir le consentement éclairé de la patiente à travers le choix de refuser et celle qui ne laisse pas toutes les situations passer. Chacune de ces visions apportent du positif comme du négatif.

D'après les participants, la religion et la culture, étroitement liées, sont à l'origine d'une grande partie de refus. Ces refus sont exprimés par la patiente elle-même ou par un accompagnant, souvent le mari de celle-ci. Si

de manière générale, la passation de prise en charge à une collègue femme fait partie des pratiques courantes, dans quelques cas ce n'est pas possible. Ce ressenti autour de la culture et de la religion semble assez généralisable. En effet, les participants sont repartis dans différentes régions de France et pas uniquement dans des grandes villes. Ainsi, l'idée d'un refus présent exclusivement dans certaines régions, en raison de population d'origine étrangère, peut être balayée, car qu'il soit culturel ou religieux, le refus est présent dans toutes les régions de France.

Pour tenter de répondre à ces refus pour motif culturel ou religieux, la laïcité, grande valeur de la République, peut être appliquée au sein de l'hôpital public. A l'hôpital public les équipes sont mixtes et la laïcité fait appliquer une neutralité religieuse chez les professionnels qui y exercent. Ainsi, l'observatoire à la laïcité rappelle: « *le choix exprimé par le patient ou son entourage ne doit pas perturber la dispensation des soins, compromettre les exigences sanitaires, ni créer de désordres. Dans ce dernier cas, le directeur prend, avec l'accord du médecin chef de service, toutes les mesures appropriées pouvant aller éventuellement jusqu'au prononcé de la sortie de l'intéressé pour motifs disciplinaires. (si l'état de santé du patient le permet) (art. R. 1112-49 du code de la santé publique) »*. (18)

Cet article du code de la santé publique s'applique pour n'importe quel motif de refus, il n'est pas exclusif au motif de refus religieux et culturel.

La notion de refus de prise en charge par un praticien homme est aussi évoqué par l'observatoire à la laïcité « *Une patiente s'oppose à être examinée en urgence par un médecin homme. Il faut lui rappeler que le droit de choisir son praticien ne s'applique pas en situation d'urgence. Si malgré tout, elle refuse de se faire soigner par un médecin homme, nul ne peut la contraindre physiquement. Le médecin pourra faire appel à l'aumônier de l'établissement ou à toute autre personne pouvant assurer une médiation ou, s'il l'estime nécessaire, lui faire signer une décharge »*. (18)

La question de passation de prise en charge à une collègue femme n'est même pas envisagée tandis que le départ de la patiente l'est, ce qui

est l'inverse sur le terrain. En revanche la contrainte de soin est bien évidemment proscrite sauf urgence mais cette notion d'urgence fait aussi débat.

En effet, le caractère d'urgence est difficile à évaluer pour un service de maternité. En salle d'accouchement par exemple, les consultations ne sont pas programmées et les patientes arrivent donc en urgence. Par définition, le service de salle d'accouchement est un service d'urgence mais aussi un secteur où bon nombre de refus ont lieu alors même que l'urgence ne devrait pas laisser le choix.

Le refus de soin est un droit qui ne s'applique pas en cas d'urgence, ce qui pose problème dans le secteur maternité, service d'urgence par définition.

L'intervention d'un aumônier, qui est évoquée, n'est intéressante que si elle peut être faite en amont et reste utopique dans l'urgence pour plusieurs raisons : Ils ne sont pas présents 24h/24h ni 7j/7 et cela peut s'avérer être une perte de chance pour la patiente suivant l'urgence de la consultation et potentiellement un trouble à l'organisation du service.

Pour des questions religieuses, la communication semble être la seule solution. Le droit impose le respect de la liberté religieuse du patient ou de la patiente, mais un refus de soin pour motif religieux ne doit pas créer du désordre ou mettre en danger la vie du patient ou de la patiente. Pour les hommes sages-femmes, le refus culturel et/ou religieux est difficile à appréhender car même si la patiente dispose du droit de refuser, ce refus amène souvent de la désorganisation et il est surtout discriminant. Mais alors que faut-il répondre ? Est-ce que les équipes ont raison en se soumettant à ce type de refus ? Faudrait-il être plus ferme concernant ces cas et encourager un changement d'établissement voir un retour à domicile ? Nul doute que cela est compliqué. Demander à un homme sage-femme, ou aux équipes qui l'entoure, de renvoyer une patiente sereinement, alors même que leur vocation est de soigner, et en laissant partir une patiente qui est venue parce qu'elle est inquiète, douloureuse, malade, ou à risque de pathologie, est difficile et dangereux car engageant parfois, la perte de chance de la patiente et donc la responsabilité du soignant. Un transfert vers un autre établissement, même à la charge de la patiente, risque d'être

refusé pour ce motif. En effet, il est déjà délicat parfois de faire transférer des patientes en urgence. Dans un cas de refus, il semble utopique que l'établissement d'accueil accepte : D'une part parce qu'il y a peut être aussi des hommes dans la maternité et d'autre part, parce que l'activité ne le permet pas ou que les sages-femmes estiment que c'est au premier établissement de prendre en charge cette patiente qui ne refuse pas le soin, mais bien l'homme qui doit la prendre en charge.

Parmi les autres motifs évoqués dans l'étude, les violences sexuelles et gynécologiques posent une problématique. Celles-ci ne doivent plus être taboues, tous les hommes sages-femmes interrogés sont d'accord sur ce point. S'il y a bien un motif de refus qui est compris et pour lequel une solution est presque systématiquement trouvée c'est celle-ci. Tous s'appliquent à laisser la prise en charge à une femme quand la patiente a été ou est victime de violence et ce, bien qu'ils soient compétents pour gérer ces contextes difficiles.

Si certaines affaires médiatiques ont pu mettre en lumière les agissements de professionnels sur des patientes, les hommes sages-femmes le rappellent : le consentement est primordial et indispensable.

L'image de l'homme sage-femme reste positive, il laisse très souvent son empreinte dans le récit des patientes. Malgré ces réticences autour d'une prise en charges masculines quand des violences sont ou ont été constatés, des patientes se tournent quand même vers les hommes qu'elles estiment plus compréhensifs et doux.

Les violences sont entendues et comprises par les hommes sages-femmes. Ils se mettent plus facilement en retrait quand un refus est exprimé dans ce contexte et ce, même s'ils ont toutes les capacités attendues pour gérer ses situations complexes autour du passé ou du présent de la patiente.

Comme le rappelle Sixtine De Bray dans son mémoire, le respect de la pudeur à la maternité est fondamental. Elle souligne que cette pudeur peut même aller jusqu'au refus de soin de la patiente. Dans les entretiens réalisés, bon nombre de sage-femme font état d'une gêne de certaines patientes à se montrer à un homme qu'elles ne connaissent pas. Sixtine De Bray l'évoque « *la gêne suscitée par la surprise devant un soignant*

*masculin s'estompait généralement au cours de la communication, grâce à la relation de confiance instaurée. Mais quelques rares refus persistent.* »(19) Cela est aussi ressorti dans les entretiens réalisés où les hommes sages-femmes, de part la communication, arrive à débloquent ces situations de gêne ou de surprise d'être face à un homme soignant.

Dans son étude, l'étudiante a pu s'entretenir avec des personnes refusant les hommes sages-femmes et donc avoir leurs points de vue. Si cette pudeur peut être expliquée sous un aspect historique, elle est aussi liée à la religion et la culture de la patiente. Dans sa partie sur l'islam, la pudeur semble très marquée et l'accord du mari indispensable. Le refus n'est évoqué que pour cette religion bien que le judaïsme et le christianisme fassent l'objet d'une analyse.

Dans l'étude, les hommes sages-femmes ont bien mentionné les autres religions même si une grande partie des participants nomment de prime abord la religion musulmane. Ces refus, les hommes sages-femmes les ont aussi constatés, avec des maris qui s'expriment à la place leurs femmes au nom de principes religieux. Sixtine De Bray écrit : « *La pudeur est la vertu cardinale de l'Islam [...] Les soins effectués par des hommes peuvent créer un malaise, voire être refusés. En effet, la femme peut avoir des difficultés à se dévoiler devant un homme qui n'est pas son mari. L'homme peut souhaiter cacher sa femme aux yeux des autres hommes, même si c'est pour la soigner. De plus l'homme décide de tout. Il doit donner la permission à sa femme pour une intervention, un examen,...* ». Ce principe rentre en contradiction avec le droit des malades tel qu'il est transcrit dans le code de la santé publique pour lequel seul le patient peut exprimer le consentement ou le refus pour lui-même.

Mais, comme rappeler plus haut, cela ne doit pas causer de désordre aux services, comme tous autres types de refus. Notons que la pudeur n'est spécifique à aucune religion et relève de l'individualité du rapport au corps de chacun.

Quand la religion n'est pas le motif de refus dans l'espace laïque qu'est l'hôpital public et que seule la pudeur semble en être responsable, la communication a encore une fois toute son importance. Les hommes sages-

femmes font le choix de prendre encore plus le temps notamment quand il s'agit d'examiner la patiente. Ils ressentent également le besoin de prouver leurs compétences, plus que leurs collègues femmes.

Les hommes sages-femmes ne sont pas tous à l'aise à l'idée de passer la prise en charge d'une patiente qui les a refusés à une femme sage-femme. Un choix s'impose à eux et Camille Gourvil-Roux l'a décrit dans son mémoire : « *Ils sont face à un dilemme, générer du travail supplémentaire à leurs collègues où aller à l'encontre du refus et construire une relation qui sera dépourvue de confiance et ainsi vivre une mauvaise expérience à la fois pour le couple mais aussi pour le professionnel* » (17). Le vécu de l'homme sage-femme a son importance. Dans ces moments là, il est vu comme un homme et pas comme un soignant, il est refusé pour ce qu'il est, et malgré l'expérience, des professionnels pointent encore la dureté des refus aujourd'hui. L'hôpital public est laïc, leurs collègues hommes sont tout aussi compétents et légitimes, elles peuvent déjà avoir un nombre important de patiente à leurs charges et cela peut perturber l'organisation du service.

C'est alors que s'impose à l'homme sage-femme une situation bien délicate dans laquelle ni sa collègue, ni sa direction ni la loi n'ont décidé de trancher fermement.

En effet, lorsque le législateur a ouvert les études sages-femmes aux hommes, il n'a pas légiféré sur les difficultés que cela pouvait engendrer. Philippe Charrier en fait état « *La loi du 12 mai 1982 autorise non pas l'exercice de la profession aux hommes, mais « l'accès des hommes aux écoles de sages-femmes »*. De la sorte, le législateur s'est cantonné à éviter une forme indirecte de discrimination, mais n'est pas entré réellement dans le débat de savoir s'il convient qu'il y ait des hommes sages-femmes ». (7)

Si l'on peut comprendre que cette loi de non discrimination était à l'époque pensée et faite pour que les femmes puissent exercer toutes professions. La question des hommes qui accèdent à des professions exclusivement féminines est passée au second plan.

Plus de quarante ans plus tard, des flous juridiques persistent et il n'y a pas encore de cas qui font jurisprudence.

Qu'arriverait-il un homme sage-femme seul en salle d'accouchement dans une maternité de niveau 1 si une dame qui contracte refuse son soin ? Que l'homme sage-femme ne pouvant la prendre en charge sans son consentement l'invita à rentrer à son domicile, et qu'une issue malheureuse soit constatée pour x raisons ? L'homme sage-femme a respecté le droit de la patiente de choisir son praticien, son consentement en ne lui imposant pas des soins de force. Mais le refus de soin ne doit pas perturber le service.

Imaginons qu'il y ait de l'activité à ce moment là et pas d'autres femmes sages-femmes disponibles, le service peut en être perturbé. Imaginons encore que le gynécologue de garde soit également un homme car comme le rappelle le CNGOF, 44% des gynécologues obstétriciens sont des hommes.(20) Que celui-ci, chef de service, décide du renvoi de la patiente, qui est une possibilité que la loi envisage par l'article R. 1112-49 du code de la santé publique.(18)

Confrontons cela au fait que la maternité soit un service d'urgence, le sage-femme aurait donc pu aller contre le consentement de la patiente et la prendre en charge au motif de l'urgence. Mais la charte du patient hospitalisé rappelle que « l'établissement de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins », la responsabilité de l'établissement pourrait elle être engagée ? (21) Non, pas dans le cas de l'urgence. Mais n'est-il question que d'urgence vitale ? Une patiente qui aurait rompu depuis plus de vingt quatre heures avec les risques infectieux que l'on connaît, constitue-t'elle une urgence ? Pour le professionnel oui mais la patiente est en droit de refuser le soin, alors que faire ? Réaliser les examens de force sous couvert de l'urgence ? Il paraît évident qu'en pratique cela n'est pas concevable.

Une situation bien délicate constatée par nombre d'hommes sages-femmes qui ont déjà pu vivre cela. Si ce cas peut apparaître provocant, de part mes expériences personnelles, j'imagine sans trop d'efforts des établissements dans lesquels cela pourrait arriver. Et c'est parce que le dialogue est parfois impossible et pour ne pas arriver à des issus dramatiques que le législateur devrait se pencher sur la question, pour protéger la patiente, son bébé, le couple mais aussi l'homme sage-femme. Si la jurisprudence semble avoir

déjà tranché sur la question notamment autour des témoins de Jéhovah et le consentement à la transfusion (22), ici cela est différent. En effet, il est toujours question de consentement au soin, mais il n'y a en revanche pas de refus de soin mais de refus d'être soigné par un homme. La patiente n'est pas contre l'idée d'être prise en charge, elle refuse l'homme soignant qui se présente à elle. Doit-on attendre une jurisprudence d'un cas de refus de soin d'une patiente face à un homme, qui plus est, sage-femme, pour envisager plus sereinement ce type de cas ?

Mais la réalité du terrain contraste avec ces limites. C'est alors qu'étudier l'élaboration d'un protocole de service apparaît comme une idée plausible. Cela imposerait de détailler chaque type de refus de soin face à un homme, donc discriminant, ainsi que le motif invoqué qu'il soit culturel, religieux, sociétal, qu'il vienne de l'accompagnant, lié à des antécédents traumatiques ou simplement question de pudeur. Est-ce que chaque refus est systématiquement justifié par la patiente ? Certainement pas. Le mari n'est pas celui qui doit recevoir le soin mais peut-on réellement faire sans lui en salle d'accouchement par exemple, est-ce que cela améliorerait le vécu de tous ? Difficile à croire et à envisager. N'est-il pas mieux pour tout le monde, d'accepter quand cela est possible, le refus quand c'est une question d'antécédents traumatiques et ce, même si les hommes sont à même de savoir gérer ces situations ? Sans doute si cela ne désorganise pas le service. Enfin, peut-on réellement contraindre une patiente dans l'urgence ? Cela dépend encore de la définition de l'urgence. Dans l'urgence vitale, la question ne se pose évidemment pas. Mais prenons le cas d'une patiente qui se présente pour des pertes de liquide de datation indéterminée associée à de légères contractions. Cela reste une situation potentiellement à risque, donc urgente en théorie. Que faire si elle refuse que nous l'examinions, que nous la perfusions, que nous lui posions un monitoring ou simplement de s'exprimer devant un homme sage-femme ? Il paraît inenvisageable de faire tout cela sous la contrainte pour la patiente comme pour le professionnel.

En écrivant ce mémoire, il m'est arrivé une expérience de refus que je n'avais jamais eu jusqu'ici. En prenant la relève de nuit, la sage-femme demande à la patiente si elle est d'accord pour que je la suive également

sur la garde. La patiente a répondu « *il peut venir mais il ne me touche pas. C'est assez particulier un homme, il faut qu'il s'habitue à avoir des patientes comme moi* ». Je suis resté très étonné. Que serait-il arrivé si j'avais du prendre en charge cette dame ? Il faut s'habituer à quoi ? Dans ce cas, il m'a été impossible de rencontrer cette patiente. La sage-femme a-t-elle bien fait de demander l'accord de la patiente ou aurait elle dû faire en sorte que je l'accompagne parce que je suis là pour apprendre ? Les avis sont partagés et le mien aussi, néanmoins j'apprends de ces situations. Sans doute que cette dame était pleine d'*a priori* concernant la présence d'un homme en salle d'accouchement et que si l'information avait été donnée en amont, elle aurait pu poser ses questions et prendre le temps de réfléchir, c'est une hypothèse. Peut être qu'elle représente le pourcentage de patientes pour lequel il n'est pas possible de trouver de réponse malgré toute la bonne volonté qui y est mise et qu'en effet, il faut s'y habituer. Dans les faits, la femme sage-femme était bien plus énervée que moi, et même si elle l'a prise en charge en la respectant, cela la fortement contrariée et cette dame a eu à faire à un homme obstétricien dans un contexte d'urgence sans que cela soit contesté, ce qui paraît incohérent.

S'il existe une multitude de refus recensés et entendus par les sages-femmes ainsi que des droits pour tous qui fixent déjà les règles et les limites, la réalité du terrain reste néanmoins bien contrastée voir même sans réponse aux yeux des professionnels. Mais des idées et des outils émergent pour améliorer les vécus.

#### **IV.2.2 Une profession pleine d'idée pour une amélioration des vécus**

Les entretiens réalisés ont permis de découvrir des outils et des idées pouvant répondre au refus.

L'intégration du père est valorisée par les hommes sages-femmes. (17) Prendre un temps avec les pères permet de normaliser l'homme sage-femme et donc de diminuer les *a priori*, donc les refus. Certains établissements proposent déjà des cours spécifiquement dédiés aux papas. Nul doute que les papas qui se présentent à ces cours de préparation pendant la grossesse sont des personnes qualifiées d'ouvertes d'esprit. En

effet, encore aujourd'hui, l'intégration du père dans la grossesse et la naissance n'est pas quelque chose d'évident pour tous, que ce soit du côté des professionnels comme des couples. Les hommes sages-femmes sont une solution et cela peut être bénéfique pour tous. Communiquer sur la profession, leurs visions, leurs pratiques peut servir à déconstruire les idées reçues. Proposer des temps d'échanges ouvre la possibilité de poser des questions qui sont parfois mal venues lors de consultations en urgence ou pendant l'hospitalisation. De plus, le fait que ces cours soient réservées qu'aux pères peut permettre de répondre à des questions qu'ils n'auraient pas osé poser devant leurs compagnes.

Certains hommes sages-femmes passent par les réseaux sociaux ou d'autres médias. De plus, des émissions bien connus du grand public comme *Baby Boom* ont déjà consacré des numéros entiers aux hommes sages-femmes. Cela permet de « normaliser » l'homme sage-femme comme a pu l'évoquer le sociologue interrogé au cours des entretiens. Mais aussi de montrer que l'homme sage-femme sait faire, il a les mêmes compétences qu'une femme sage-femme. Cela permet aussi de valoriser les compétences des hommes sages-femmes qui sont les mêmes que celles des femmes. Ces émissions contribuent à faire évoluer les mentalités. De plus des hommes sages-femmes n'hésitent pas à se montrer sur les réseaux sociaux avec par exemple des portraits d'agents sur la page Facebook de leur établissement. Le but étant de montrer leur existence en tant que soignant et d'aller vers la normalisation de l'homme sage-femme.

Face au refus, une réponse unanime est aussi souhaitable, comme un protocole face au refus. Si cela peut être encouragé, le caractère individuel de chaque refus semble difficile à protocoliser. En effet, un refus suite à un viol n'est pas le même qu'un refus d'un mari jaloux. Dans certains cas le refus est toléré et dans d'autres une certaine fermeté est attendue d'une partie des hommes sages-femmes interrogés, cette fermeté peut aussi venir des collègues. La rédaction d'un protocole doit donc être très détaillée pour prendre en compte tous les cas de refus envisageables

A ce jour, la communication reste l'élément central. Elle est un outil indispensable de la consultation. Que ce soit pas l'acquisition d'un

consentement libre et éclairé de la patiente ou par la prise d'un temps pour échanger autour des craintes, de la réponse à la douleur ou de potentiels traumatismes. Quand la communication est possible, beaucoup de malaises et de préjugés autour de l'homme sage-femme tombent. Ainsi, une patiente qui se présente contre la prise en charge par un homme sage-femme est capable de changer d'avis par un temps d'échange et des réponses à ses questions. C'est très certainement pour cela que les hommes sages-femmes soulignent que l'expérience aide au fur et à mesure de la carrière bien que pour certains, le nombre de refus augmentent néanmoins.

Si les hommes sages-femmes sont encouragés à entreprendre, leurs collègues femmes, que ce soit à l'hôpital ou en libéral ont aussi un rôle à jouer. Au travers des consultations de grossesse, rappeler systématiquement que les équipes sont mixtes permettrait d'avoir plus d'aplomb quand le refus nuit au service. Les obstétriciens comme les anesthésistes pourraient également être plus sensibles à ce sujet, même si les hommes sages-femmes le soulignent, un homme obstétricien ou un homme anesthésiste ne subit pas autant de refus qu'eux. Cela serait lié au caractère d'urgence dans lequel ils interviennent et leurs statuts de médecins.

Des idées moins partagées comme le trombinoscope ont été évoquées mais semble compliquées à mettre en place. Pour un fonctionnement optimal il faudrait que l'entièreté des équipes soit d'accord. Or, hommes comme femmes sont susceptibles de refuser cela. La confection d'affiches pour rappeler la mixité des équipes (Annexe III, Annexe IV) sont mises en place dans certaines maternités publiques mais restent peu fréquentes. Former les professionnels hommes comme femmes, à la laïcité et aux religions à la maternité pourrait être intéressant, peut être avec l'aide des aumôniers.

Enfin la dénomination sage-femme est parfois remise en question. Pour le Larousse « sage-femme » reste un nom féminin bien qu'il soit épïcène, c'est-à-dire qu'il est le même pour une femme ou un homme. J'ai d'ailleurs pris le parti d'écrire le ou un sage-femme pour parler d'un homme sage-femme. A l'heure de l'écriture inclusive, sage-femme fait donc partie

de ces termes rares qui vont du féminin vers le masculin. Si le terme « maïeuticien » a été proposé, il est très rarement plébiscité par le monde médical pour plusieurs raisons. La différence de termes causerait une séparation au sein de la profession entre les hommes et les femmes exerçant le même métier avec les mêmes compétences. Ainsi, cela pourrait nuire encore plus à la compréhension de la place de l'homme dans cette profession aux yeux de la société. Puis, dans la pratique, ce terme sage-femme pour un homme permet une porte d'entrée vers la communication saine avec les patientes et leurs entourages. Quand la dame arrive et dit « oh un sage-homme » expliquer que non, nous sommes sages-femmes et non sages-hommes permet de montrer et de prouver l'intérêt que nous avons pour la profession, que nous ne sommes pas là par hasard. C'est aussi valable pour les personnes qui nous appellent constamment « docteur », rappeler que même s'ils ont à faire un homme celui-ci est bien sage-femme, permet de commencer la conversation et de dédramatiser l'homme sage-femme en tant que tel.

## **Conclusion**

Le but de cette étude était de trouver des réponses face au refus de soin des patientes d'être prise en charge par un homme sage-femme en maternité publique, l'idée étant d'améliorer les vécus des patientes et des couples mais aussi des hommes sages-femmes pour lesquels certaines situations sont difficiles à appréhender.

Cette étude a permis d'identifier des motifs de refus auprès des hommes sages-femmes interrogés. Le motif culturo-religieux est celui qui revient dans tous les entretiens. Viennent ensuite la pudeur qui peut être liée aussi à la culture, le refus de l'accompagnant qui est souvent le mari, le vécu de la patiente ou encore la vision qu'a la société de la profession de sage-femme et de la place des hommes dans celle-ci.

Face à ces situations rares pour certains et plus fréquentes pour d'autres, il n'a pas été possible de trouver des réponses claires pour tous les types de refus. En effet, le caractère individuel du refus et dépendant de chaque acteur rend difficile la quête de la réponse universelle.

Cependant des pistes ont émergé, comme un meilleur accompagnement des pères en amont de la grossesse et pendant, un rappel systématique sur la mixité des équipes à l'hôpital public dès les premières consultations, éduquer les professionnels comme les patients sur ce qu'est la laïcité et au caractère discriminatoire du refus de soin face à un homme sage-femme. Des solutions plus individualistes comme une plus forte implication des hommes sages-femmes sur les réseaux et dans les médias pourraient permettre à la société de s'ouvrir davantage à l'idée que des hommes puissent prendre en charge des femmes. La mise en place de projet d'équipes comme des trombinoscopes de tous les agents, une réponse unique au sein de la même équipe lorsqu'une situation se présente ou encore des formations sur la laïcité et les religions, pourraient permettre d'éviter les abus et d'améliorer les vécus.

Tous les hommes sages-femmes ne sont pas d'accord concernant le caractère discriminatoire du refus. Certains voient le refus comme une façon d'obtenir le non consentement en laissant le choix quand d'autres souhaiteraient plus de fermeté face à certains types de refus. Il est donc d'autant plus difficile de trouver une réponse adaptée si les professionnels entre eux ne partagent pas la même vision. De plus, comme le montre l'étude, il semblerait que des refus soient tolérés de manières collégiales ce qui *de facto*, crée une sorte de « hiérarchie du refus » suivant la motivation de celui-ci. Mais cela reste propre à chaque individu donc difficile à standardiser.

Pour aller plus loin et encourager une poursuite à ce travail, il pourrait être intéressant d'interroger les hommes obstétriciens pour avoir leur ressenti autour de ces refus qui, d'après les sages-femmes sont moindres les concernant. De plus, s'entretenir avec des patientes et des accompagnants qui refusent les hommes sages-femmes afin de comprendre encore mieux leurs refus et d'ouvrir la discussion pourrait permettre d'avoir la vision côté patient et potentiellement de nouvelles pistes pour appréhender ces refus.

## Bibliographie

- (1) Ministère de la santé et de la prévention. Le refus de soins par un professionnel de santé. [En ligne] [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche\\_2-2.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_2-2.pdf), (Consulté le 8 janvier 2025)
- (2) Conseil national ordre des sages-femmes. Droits des patients. [En ligne] <https://www.ordre-sages-femmes.fr/vos-droits/droit-des-patients/>, (Consulté le 8 janvier 2025)
- (3) Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (J.O. 3 février 2016).
- (4) Conseil National ordre des sages-femmes. Article R.4127-306 du code de la santé publique- Libre choix du praticien par le patient. [En ligne]. <https://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2016/06/Article-R.4127-306-du-CSP-Libre-choix-du-praticien-par-le-patient.pdf>, (Consulté le 8 janvier 2025)
- (5) Défenseur des droits. Lutter contre les discriminations et promouvoir l'égalité. [En ligne]. <https://www.defenseurdesdroits.fr/comment-savoir-si-je-suis-victime-de-discrimination-141#critres-relevant-de-la-seule-legislation-franaise--7141>, (Consulté le 8 janvier 2025)
- (6) Béatrice Jacques, Sonia Purgues. « L'entrée des hommes dans le métier de sage-femme : faire sa place dans un monde professionnel « ultraféminisé » ». *Revue française des affaires sociales* [En ligne] Volume (n°2) (2012, décembre), 52-71. <https://doi.org/10.3917/rfas.122.0052> (Consulté le 8 janvier 2025)

- (7) Philippe Charrier. Socialisations au masculin dans un milieu professionnel féminin : l'exemple des sages-femmes. In : Genre et socialisation de l'enfance à l'âge adulte. Hors collection. [Érès](#) ; 2010. p. 177-189. (Consulté le 8 janvier 2025)
- (8) DREES. Démographie des professionnels de santé. [En ligne] <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>, (Consulté le 8 janvier 2025)
- (9) Philippe Charrier. « Comment envisage-t-on d'être sage-femme quand on est un homme : L'intégration professionnelle des étudiants hommes sage-femmes ». *Travail, genre et sociétés* [En ligne] Volume (n°12)(2004, novembre), 105-124. <https://doi.org/10.3917/tgs.012.0105> (Consulté le 8 janvier 2025)
- (10) Léo Pomar. *Le choix d'un homme sage-femme au regard des représentations sociales et des facteurs socioculturels*, Université de Lorraine, 2013, [En ligne]. <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01868241>, (Consulté le 8 janvier 2025)
- (11) Philippe Charrier. « Des hommes chez les sages-femmes ». *Sociétés contemporaines* [En ligne] Volume (n°67) (2007, novembre), 95-118. <https://shs-cairn-info.lama.univ-amu.fr/revue-societes-contemporaines-2007-3-page-95?lang=fr#s2n3> (Consulté le 8 janvier 2025)
- (12) Philippe Charrier. « Les mutations professionnelles comme soutien de la présence des hommes dans la profession de sage-femme ». *Recherches sociologiques et anthropologiques* [En ligne] Volume (n°44) (2014, janvier), 93-113. <https://shs.hal.science/halshs-00958747v1/document> (Consulté le 8 janvier 2025)
- (13) Michel Odent. *Césariennes : Questions, effets, enjeux*. 2<sup>nd</sup> ed. France : Le Hêtre Myriadis ; 2018-2020

- (14) [Julie Schmittiel](#), [Joe V. Selby](#), [Kevin Grumbach](#), [Charles P. Quesenberry Jr.](#). « Women's provider preferences for basic gynecology care in a large health maintenance organization ». *J Womens Health and Gender Based Med* [En ligne] Volume (n°8) (1999, Juillet), 825-833. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10495263/> (Consulté le 8 janvier 2025)
- (15) Emre Yanikkerem, Meral Özdemir, Hilal Bingo, Ayşe Tatar, Gülten Karadeniz. « Women's attitudes and expectations regarding gynaecological examination ». *Midwifery* [En ligne] Volume (n°25) (2009, Octobre), 500-508. [10.1016/j.midw.2007.08.006](https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.08.006) (Consulté le 8 janvier 2025)
- (16) Jan J. Kerssens, Jozien M. Bensing, Margriet G. Andela. « Patient preferences for genders of health professionals ». *Social Science and Medicine* [En ligne] Volume (n°44)(1997, Mai), 1531-1540. [https://doi-org.lama.univ-amu.fr/10.1016/S0277-9536\(96\)00272-9](https://doi-org.lama.univ-amu.fr/10.1016/S0277-9536(96)00272-9) (Consulté le 8 janvier 2025)
- (17) Camille Gourvil-Roux. *Les hommes sages-femmes au XXIème siècle : représentations et perceptions*, Aix-Marseille Université, 2020 [En ligne]. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03001941v1> (Consulté le 5 avril 2025)
- (18) Observatoire de la Laïcité. Laïcité et gestion du fait religieux dans les établissements publics de santé. 2016. [En Ligne] <https://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/etre-agent-public/mes-droits-et-obligations/laicite-gestion-fait-religieux-ep-de-sante.pdf> (Consulté le 6 avril 2025)
- (19) Sixtine De Bray. Le respect de la pudeur en salle d'accouchement : questionnaires réalisés auprès de 149 patientes en suite de couches, Université de Picardie, 2018 [En

ligne].<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02283183v1> (Consulté le 12 avril 2025)

- (20) Collège des Enseignants en Gynécologie-Obstétrique (CEGO), Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français (CNGOF). *Pérennité des équipes Quel avenir pour la continuité des soins en gynécologie-obstétrique ?*, 2022 [En Ligne]. <https://cngof.fr/app/uploads/2024/08/Rapport-Commission-demographie-2022.pdf?x68656> (Consulté le 13 avril 2025)
- (21) Ministère de la Santé et des Solidarités. *Charte de la personne hospitalisée*, [En Ligne]. [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte\\_a4\\_couleur.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf) (Consulté le 13 avril 2025)
- (22) *Conseil d'Etat, Assemblée, du 26 octobre 2001, 198546, publié au recueil Lebon*, [En Ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/ceta/id/CETATEXT000008072785> (Consulté le 5 mai 2025)

# Annexes

## Annexe I



Bonjour, je m'appelle Kilian GASCON, je suis étudiant sage-femme à Marseille. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je vous propose de participer aux entretiens qui permettront d'élaborer celui-ci.

### Information aux participants

#### 1. La Problématique

Quelles réponses apporter face aux fondements du refus de la patiente d'être prise en charge par un homme sage-femme en maternité publique ?

#### 2. Paragraphe d'invitation

Vous avez été sollicités pour participer à une étude qualitative basée sur des entretiens. Avant de prendre votre décision, il est important que vous compreniez les raisons de cette étude et ce qu'implique votre participation. Merci de bien vouloir prendre le temps de lire cette information. Je reste disponible en cas de questions ou complément d'information. Merci de votre attention.

#### 3. Quel est l'objectif de l'étude ?

Analyser les raisons et trouver des réponses à apporter face à un refus de prise en charge lié au sexe masculin de la sage-femme en maternité, par la patiente/le couple.

#### 4. Pourquoi suis-je concerné(e) ?

En tant que sage-femme en maternité publique, vous avez certainement été concerné par un refus de soin lié au genre masculin de la sage-femme, que ce soit directement ou indirectement. Ce refus lié au sexe masculin est discriminant pour l'homme sage-femme qui le subit et peut parfois mettre en péril l'organisation d'un service.

#### 5. Dois-je participer ?

Cela est votre choix. Si vous acceptez je garderai cette feuille d'information, et vous devrez signer une feuille de consentement. Si vous acceptez, vous resterez libre de vous retirer de l'étude à tout moment sans donner de raisons.

#### 6. Que se passe-t-il si j'accepte ?

Vous serez invité(es), en fonction de vos disponibilités, à un entretien avec moi. Je vous contacterai le plus rapidement possible afin de fixer une date pour cet échange. L'entretien peut se dérouler par téléphone, en visioconférence ou en physique, à votre convenance. Cet entretien devrait durer en moyenne une heure mais cela reste à titre indicatif.

#### 7. Que dois-je faire ?

Envoyer vos coordonnées pour indiquer votre souhait de participer. Je vous contacterai par téléphone afin de convenir d'un rendez-vous. Après analyse de vos données, je vous recontacterai afin de vous communiquer un résumé des résultats pour que vous puissiez

confirmer la réalité de votre récit et que nous puissions en discuter si vous estimez cela nécessaire.

#### 8. Quels sont les avantages à participer à cette étude ?

Pas d'avantages immédiats pour vous, cependant il est espéré que les résultats contribuent à faire évoluer les pratiques en améliorant la prise en charge des patientes quand un refus se présente.

#### 9. Que se passe-t-il à la fin de l'étude ?

Si vous souhaitez recevoir les résultats sous forme écrite ou orale, ou poursuivre les échanges débutés lors de nos entretiens, vous pouvez conserver mes coordonnées.

#### 10. Ma participation est-elle confidentielle ?

Toute information relevée vous concernant sera confidentielle. Les éléments permettant de vous identifier seront retirés afin de préserver votre anonymat.

#### 11. Qu'en sera-t-il des résultats ?

Ils seront rédigés en vue de l'obtention de mon mémoire de fin d'étude.

#### 12. Qui supervise ce projet ?

L'école de Maïeutique de Marseille et ma directrice de mémoire Mme NICOLAS Guyliène qui a donné son accord sur le sujet.

#### 13. Mes informations

Téléphone : 06.01.45.74.05

Courriel : [kilian.gascon@etu.univ-amu.fr](mailto:kilian.gascon@etu.univ-amu.fr)

Merci de considérer votre participation.

Vous pourrez conserver ce document.

En flashant ce QR code, je me propose volontaire pour un entretien en remplissant le formulaire associé.



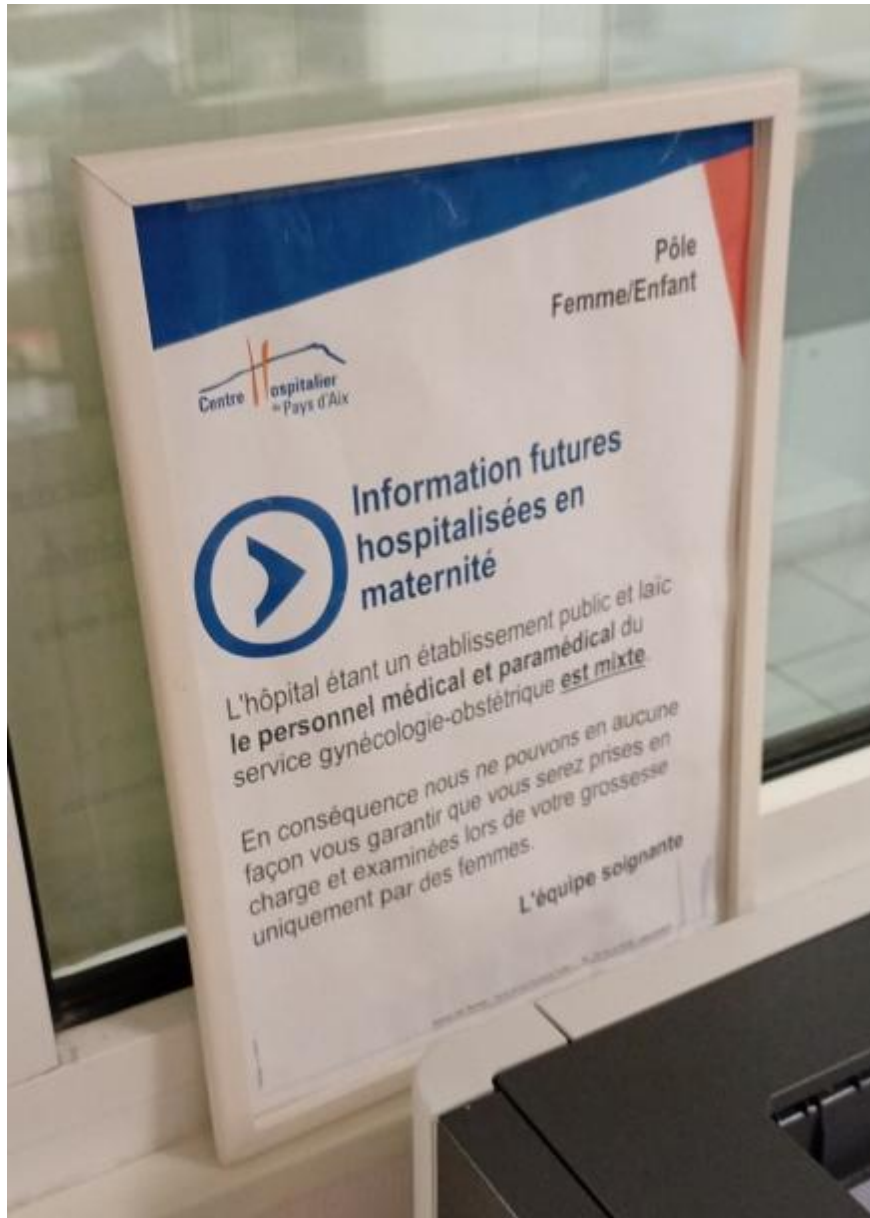
Ci-joint, le lien si le QR code ne fonctionne pas :

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScK9BTa9RG-pt7ri1U8BbSV8RXq7iffZfcNlcZDvdxYaZQiA/viewform?usp=sf\\_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScK9BTa9RG-pt7ri1U8BbSV8RXq7iffZfcNlcZDvdxYaZQiA/viewform?usp=sf_link)

## Annexe II

Citation	code	Sous thèmes	thème

## Annexes III



## Annexe IV



## Annexe V

Exemple de tableau d'analyse d'entretien

citation	code	Sous thème	thème
des portraits d'agent. mon idée en acceptant, contribuer de continuer à entretenir l'idée qu'il puisse y avoir des hommes dans cette profession.	portraits	outils	Solution face aux refus
ça contribue justement à montrer le fait qu' on a une pratique soignante et pas genré	Pratique non genrée	Sur le pro	Csq du refus
mais ça arrive des fois que ce soit 2 fois ou 3 fois dans une journée, ça arrive que pendant des mois rien	Fréquence variable	Vécu du refus	Csq du refus
Si j'ai une collègue qui est éventuellement disponible, peut-être elle viendra	Dans le sens de la patiente Changement avec une femme	S'adapter face aux refus	Csq du refus
C'est lui qui incarne le refus parce que c'est une façon de marquer son implication.	Mari incarne le refus parfois	Le mari	Les raisons du refus
refus très violents sur de de la jalousie brutale l'agent de sécurité derrière la porte de la salle d'accouchement.	violence	Le mari	Les raisons du refus
Mais c'est vrai que je prends de plus en plus violemment, surtout que les gens n'assument pas, c'est la religion, il faut pas que vous le preniez pour vous. Vous voyez en moi en homme avant de voir un soignant Et vous me dites qu'il faut pas que je le prenne pour moi ? Alors oui, je le prends pour moi.	Homme avant le soignant	Sur le pro	Csq du refus

c'est culturel, Je comprends que ça soit compliqué pour elle. Mais c'est la société dans laquelle elle a choisi de vivre	culture	culturel	Raison du refus
Médecin essaie de faire un travail, c'est pas du militantisme, mais c'est de l'information sur le fait qu'on est 2 hommes sages-femmes dans l'équipe.	Médecin parle des hommes sages femmes	Qui existe déjà	Solutions face au refus
on disait c'était laïque. Si ça vous convient, tant mieux. Si ça vous convient, libre à vous de choisir d'aller ailleurs.	Laïcité	Grands principes	Solutions face au refus
la charte du patient hospitalisé Plus mouvant. c'est problématique	Charte du patient	outils	Solutions face au refus
Si ça ne perturbe pas le service et qu'on peut accéder à la demande de la patiente ou du patient. On essaie de le faire	Changement de professionnel Dans le sens de la patiente	S'adapter au refus	Csq du refus
médecine à 2 vitesses à la fois que je comprends dans l'aspect respectueux du cas à la fois que je trouve problématique à terme.	Désaccord en professionnel	Médecine à 2 vitesses	Solutions face au refus
le problème, il vient quand on apporte ces dogmes. Dans la société, l'hôpital public, ça pour moi, c'est un problème.	Dogmes dans le public	Religieux/culturel	Raisons du refus
on essaie de s'adapter aux gens autant qu'on peut et moi je trouve ça très beau dans le service public. mais on peut pas accepter une exigence comme dans le privé	Pas une exigence comme dans le privé	sociétal	Raisons du refus
Soit ils sont dans je sais que je ne peux pas invoquer la religion. Je peux tenter le coup mais ils ont pas de bol		religion	Raison du refus

parce que moi je j'ai une petite pratique religieuse, mais j'ai surtout une culture des autres et des autres religions, donc je me renseigne			
ça m'est arrivé une ou 2 fois quand même que de suivre les patients contre leur gré, sans violence	Suivre des patientes contre leur gré Contre la volonté de la patiente	S'adapter au refus	Csq du refus
attention à respecter la pudeur des femmes	Respect de la pudeur	L'écoute	Solutions face au refus
Par contre avant l'examen je pose toujours la question. Et puis avoir la contraction pendant l'examen, je leur dis si ça fait mal, vous me dites on s'adapte.	Attentif à la douleur	L'empathie	Solutions face au refus
des gens qui refusent c'est des gens qui te donnent pas la possibilité d'exister et d'avoir l'expérience	Refus d'existence Vécu du refus	Sur le pro	Csq du refus
Est-ce qu'on va dans le sens de la demande du patient, quitte à ce qu'il y ait des conséquences médicales. Ou est-ce que on s'impose, quitte à devoir virer le mari problématique, et cetera	Introspection sur sa pratique Vécu du refus	Sur le pro	Csq du refus
la justice instruit très bien ces affaires On perd toujours des plumes dans ces histoires. c'est la maturité professionnelle  mais il y a pas un métier si passionnant soit il. Qui justifie D'être menacé, d'être agressé.	Vécu du refus rien ne justifie les agressions confiance en la justice « maturité professionnelle »	Sur le pro	Csq du refus
ça contrarie beaucoup mes collègues et ça me contrarie. En théorie, ma collègue, elle est capable de gérer l'activité des 2. Mais moi je trouve pas ça	Contrarie les collègues Défaut de déontologie Urgence ok	Sur le pro	Csq du refus

très correct et déontologique. mais s'il y a une urgence, mon collègue viendra			
Déjà, on a des problèmes avec les gens, quel que soit le la religion, c'est pas seulement l'islam. catholiques très religieux, très observants, les juifs aussi,	Toutes les religions	religieux	Raisons du refus
Plus facile pour moi de m'évincer. Si la patiente a une difficulté. Sur l'examen par un homme parce qu'elle a subi des violences	Facilité à s'évincer selon les cas  Pour la patiente	S'adapter au refus	Csq du refus
le refus n'a pas de sens et est quelque chose qui m'atteint.	Vécu du refus « atteint »	Sur le pro	Csq du refus
Clairement plus, clairement plus.	moins de refus chez les gyneco et anesth	les autres professionnels	Les raisons du refus
Moi j'aime ce terme sage-femme, j'aime le fait de l'expliquer. C'est aussi une porte d'entrée avec la patiente. Le genre du patient et pas du professionnel	Expliquer le terme de la profession	éduquer	Solutions face au refus
Que certaines reconnaissent une conformité au fait de souhaiter que ça reste une histoire de femmes.	Histoire de femme	culturel	Raison du refus
Je pense que la solution, elle est dans la personnalité. Je pense que les formations type gestion de la violence sont sans doute une solution. Je pense que l'information sur les droits et devoirs de chacun est importante. Connaître le sens de la laïcité est vitale et de la société dans laquelle on vit.	Formations Information Sens de la laïcité	Grands principes	Solutions face au refus

<p>Le fait d'enfiler une tenue le matin pour faire garde, on a un regard sur la femme qui n'est pas celui qu'on aurait à l'extérieur, donc c'est quand même quelque chose qui est même pas travaillé, qui est intuitif</p> <p>Montre bien que la difficulté dans le refus des patientes est dans la communication, parce que eux nous voient comme ils nous verraient à l'extérieur, et nous on est un autre, y'a un côté presque schizophrène.</p> <p>Faire un pas vers l'autre, c'est à dire s'intéresser à l'autre, à son histoire</p>	<p>Manque de communication</p>	<p>sociétal</p>	<p>Raisons du refus</p>
<p>donc à la fois je trouve le refus inadmissible. Et à la fois, ça reflète à mon sens une tolérance large de la société envers les différents. ça va pas admissible dans notre société et en même temps. Je trouve que c'est quelque chose de sain dans cette société aussi.</p>	<p>Inadmissible Mais gage de tolérance des différences</p> <p>Mais sain dans une société</p>	<p>Sur le pro</p>	<p>Csq du refus</p>
<p>Un refus au nom de la religion, ça n'existe pas.</p>	<p>Aucune religion ne dit qu'il ne faut pas d'homme sage femme</p>	<p>Religion</p>	<p>Raison du refus</p>



## **RESUME**

**INTRODUCTION :** La profession de sage-femme, majoritairement féminine, s'est ouverte aux hommes sur un principe de non discrimination sexuelle en 1982. Le législateur s'est cantonné à éviter une forme indirecte de discrimination, mais n'est pas entré réellement dans le débat de savoir s'il convient qu'il y ait des hommes sages-femmes. Depuis 2012, la part d'homme dans la profession est en augmentation. Du côté de la patiente, celle-ci a le droit de choisir sa sage-femme et sa volonté doit être respectée dans toute la mesure du possible. Cependant des refus de soin liés au sexe du praticien, donc discriminatoire de la part des patientes, sont connus de tous sans se soucier pour autant des vécus de chacun et des réponses à y apporter.

**OBJECTIFS DE L'ETUDE :** Le but de cette étude est de trouver des réponses face au refus de soin des patientes d'être prise en charge par un homme sage-femme en maternité publique. L'idée étant d'améliorer les vécus des patientes et des couples mais aussi des hommes sages-femmes pour lesquels certaines situations sont difficiles à appréhender.

**METHODOLOGIE :** Il s'agit d'une étude qualitative. Elle s'est intéressée aux hommes sages-femmes exerçant dans des maternités publiques et à leurs collègues femmes. Un sociologue a également interrogé. L'analyse du contenu s'est appuyée sur des entretiens semi-directifs réalisés par téléphone ou en visioconférence.

**RESULTATS :** L'analyse des entretiens a permis de dégager plusieurs motifs de refus : les religions, les cultures, les représentations de l'homme sage-femme dans la société, l'entourage et le vécu de la patiente. La communication anticipée et lors des soins, une évolution de l'image de l'homme sage-femme dans la société, le service publique, ses lois et ses "grands principes", ainsi que des initiatives sur le terrain et la mise en application d'idées sont des moyens retenus pour améliorer les vécus et permettre une prise en charge optimale des patientes dans le respect de tous.

**CONCLUSION** : L'étude montre que tous les hommes sages-femmes ont déjà fait face des refus de la part de patiente comme de leur entourage. Si certains estiment nécessaire le refus car il permet d'obtenir le consentement de la patiente par la négation, une large partie estime que le refus n'a pas sa place à l'hôpital publique. Bien qu'une société sans refus leur paraît utopique, tous s'impliquent pour un meilleur vécu et souhaite pouvoir travailler dans les meilleures conditions sans subir de discriminations et dans le respect de la patiente.

Mots-clés : homme sages-femmes, refus, soin, ressentis

## **SUMMARY**

**INTRODUCTION:** The profession of midwife, which is predominantly female, was opened up to men in 1982 on the principle of non-discrimination on the grounds of sex. The legislator confined himself to avoiding an indirect form of discrimination, but did not really enter into the debate as to whether it was appropriate for there to be male midwives. Since 2012, the proportion of men in the profession has been increasing. As far as the patient is concerned, she has the right to choose her midwife and her wishes must be respected as far as possible. However, refusals of care based on the gender of the practitioner, and therefore discriminatory treatment on the part of patients, are common knowledge, without any consideration being given to the experiences of each individual and the solutions to be found.

**OBJECTIVES OF THE STUDY:** The aim of this study is to find solutions to patients' refusal to be cared for by a male midwife in a public maternity unit. The idea is to improve the experience of patients and couples, as well as that of male midwives, for whom certain situations are difficult to understand.

**METHODOLOGY:** This was a qualitative study. It focused on male midwives working in public maternity hospitals and their female colleagues. A sociologist was also interviewed. The content analysis was based on semi-structured interviews conducted by telephone or videoconference.

**RESULTS:** Analysis of the interviews revealed several reasons for refusal: religions, cultures, representations of the midwife in society, the patient's entourage and experiences. Communication in advance and during care, a change in the image of the midwife in society, the public service, its laws and its "main principles", as well as initiatives in the field and the implementation of ideas are the means adopted to improve the patient's experience and enable optimal care to be given to patients with respect for all.

**CONCLUSION:** The study shows that all the male midwives have already had to deal with refusals from patients and those around them. While some felt that refusal was necessary because it made it possible to obtain the patient's consent through denial, a large proportion felt that refusal had no place in a public hospital. Although a society without refusal seems utopian to them, all are committed to a better experience and wish to be able to work in the best conditions without suffering discrimination and with respect for the patient.

Key words : male midwives, refusal, care, feelings