



AVERTISSEMENT

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

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

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

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

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

Université de Lorraine

École de sages-femmes de Metz

En passant par la Lorraine :
la sage-femme sillonne les chemins de campagne

Mémoire présenté et soutenu par

Amélie Trambloy

Née le 28 Mars 1990

Promotion 2010 – 2014

Université de Lorraine

École de sages-femmes de Metz

En passant par la Lorraine :
la sage-femme sillonne les chemins de campagne

Mémoire présenté et soutenu par

Amélie Trambloy

Née le 28 Mars 1990

Promotion 2010 – 2014

« Cet écrit n'engage que la responsabilité de son auteur »

Remerciements :

A Nelly Grosjean, ma directrice de mémoire, pour son aide précieuse tout au long de ce travail et merci de m'avoir fait découvrir la Picardie,

Merci à ma famille de m'avoir toujours soutenue,

A mes amis,

Aux sages-femmes de la campagne,

A toutes les belles rencontres que j'ai pu faire pendant ses 4 années,

Et à toi, Aurélien.

« Que pouvez-vous bien trouver à faire à la campagne ? Tout. Excepté le temps de le faire. » Rudyard Kipling

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	3
PREMIERE PARTIE : ETRE UNE SAGE-FEMME RURALE.....	5
I) LA SAGE-FEMME A TRAVERS LES AGES.....	6
1) Jusqu'en 1750 : l'ère de la matrone.....	6
2) De Madame Le Boursier du Coudray à la création des écoles de sages- femmes.....	8
3) L'école jusqu'en 2001.....	11
II) LA SAGE-FEMME D'AUJOURD'HUI.....	12
1) Sa formation.....	12
2) Ses compétences.....	13
III) LA SAGE-FEMME EN LORRAINE.....	18
1) La Lorraine.....	18
2) La sage-femme rurale.....	23
 DEUXIEME PARTIE : ETUDE.....	26
I) METHODOLOGIE.....	27
1) Problématique et hypothèses.....	27
2) Choix de la méthode.....	28
3) Choix de la population.....	29
4) Déroulement de l'enquête.....	29
5) Méthodologie d'analyse.....	30
II) RESULTATS.....	31
1) Enquête à grande échelle « sur le territoire de la Meuse et des Vosges ».....	31
2) Enquête à petite échelle.....	41

TROISIEME PARTIE : ANALYSE ET DISCUSSION.....	44
I) LA METHODE ET LES RESULTATS.....	45
1) Intérêt de la méthode.....	45
2) Limites de la méthode.....	45
II) ANALYSE DES RESULTAS.....	46
1) La sage-femme rurale.....	46
2) Une journée type chez les sages-femmes rurales.....	50
3) Utilisation des compétences.....	51
4) Le réseau.....	53
II) DISCUSSION : PLACE ET RECONNAISSANCE.....	55
CONCLUSION.....	58
BIBIOGRAPHIE.....	59
ANNEXES.....	65

INTRODUCTION

D'après l'INSEE [1], l'espace rural « regroupe l'ensemble des petites unités urbaines et communes rurales n'appartenant pas à l'espace à dominante urbaine. Cet espace est très vaste, il représente 70% de la superficie totale et les deux tiers des communes de la France métropolitaine ». « Sont considérées comme rurales les communes qui ne rentrent pas dans la constitution d'une unité urbaine (une commune ou un ensemble de communes présentant une zone de bâti continu, pas de coupure de plus de 200 mètres entre deux constructions et qui compte au moins 2 000 habitants) ».

En Lorraine en 2013, aucune maternité n'appartient à l'espace rural d'après la définition de l'INSEE.

Originaire d'un petit village rural, je me suis souvent posée la question de savoir comment les femmes assurent leur suivi de grossesse ? Vers qui se tournent-t-elles ? Ont-t-elles connaissance des sages-femmes ? La maternité la plus proche est à 20 kilomètres et avant Octobre 2013 la sage-femme libérale était à plus de 40 kilomètres.

Des sages-femmes sont venues pratiquer les accouchements dans mon village jusque dans les années 1940. Celles-ci avaient une place privilégiée auprès des femmes et chaque bourg possédait son hôpital-hospice-maternité pour celles qui préféraient accoucher hors de chez elle.

Puis la médicalisation de l'accouchement est arrivée dans les années 1950, les sages-femmes rurales ont vu leur nombre diminuer. Le rapport Périnatalité de 1970 dénonce l'insécurité des petites structures et ouvre l'ère des grosses maternités hospitalières qui apportent aux femmes un meilleur suivi et plus de sécurité. Toutes les maternités réalisant moins de 500 accouchements ferment leurs portes et la sage-femme devient un être en voie de disparition.

Par contre aujourd'hui, on assiste à un retour de la sage-femme à la campagne.

Il me semblait donc intéressant d'interroger ces sages-femmes qui ont décidé de revenir chez nous. Pourquoi ? Quelles sont leurs pratiques, leurs relations avec les femmes ?

J'arrive à la question :

La sage-femme d'aujourd'hui a-t-elle toujours la place privilégiée qu'elle occupait autrefois auprès des femmes en y incluant ses nouvelles compétences ?

En réponse à cette problématique, 2 hypothèses se dégagent :

- **La sage-femme en milieu rural a et se sert de tout son panel de compétences et l'exercice de sa profession comporte des avantages et des contraintes.**
- **Il est indispensable pour elle de ne pas être isolée professionnellement.**

Une première partie rappellera l'histoire de la sage-femme au cours du temps, puis je définirai les compétences de la sage-femme actuelle.

Enfin, je réaliserai un portrait de la sage-femme rurale en Lorraine.

La deuxième partie relatera l'enquête menée sur les sages-femmes des 2 départements les plus ruraux de Lorraine : le mien qui est la Meuse et les Vosges.

Pour affiner cette recherche, j'ai interviewé les sages-femmes du canton de Vittel, représentatif des 3 catégories de sages-femmes travaillant en rural soit : libérale, PMI et CPP.

Et enfin une troisième partie analysera et discutera les résultats de cette enquête.

Première partie : Etre une sage-femme rurale

I) LA SAGE-FEMME A TRAVERS LES AGES

1) Jusqu'en 1750 : l'ère de la matrone

Qu'on l'appelle « *matrone* », « *ventrière* » ou « *bonne mère [2]* », la sage-femme d'autrefois possède les mêmes attributions que le métier d'aujourd'hui : aider les femmes à mettre au monde leur enfant.

1.1) Sa formation

En 1350, Barthélémy de Glanville définit la matrone comme « *une femme qui a l'art d'ayder à la femme quant elle enfante, à fin qu'elle ayt l'enfant légèrement et que l'enfant ne soit pas en péril* ».

La matrone n'a pas la moindre étude. La pratique s'apprend en accompagnant le plus souvent une aînée et en se transmettant leur façon de faire. La matrone est choisie le plus souvent par les femmes du village pour sa propre expérience de la maternité et sa sagesse.

1.2) Ses pratiques

La matrone des campagnes agit donc par instinct et par expérience. Les femmes en plein travail avaient pleinement confiance en elle. (Avaient-elles le choix, dans un monde rural réticent et méfiant de la médecine ?).

Elle n'intervient pas pendant la grossesse. Pourtant son rôle ne se limite pas seulement à la naissance de l'enfant. Elle prodigue les soins à la mère et son nouveau-né durant les jours qui suivent l'accouchement. Elle s'assure que les lochies de la mère s'écoulent normalement et que le nouveau-né prend bien le sein.

C'est dans un acte de l'Hôtel-Dieu de Paris en 1505 qu'apparaît le mot « sage-femme ».

Les premières règles relatives à la profession sage-femme apparaissent sous Henri III en 1580 : il faut être bonne chrétienne, savoir baptiser et avoir une vie vertueuse. Le curé de la paroisse nomme la sage-femme et lui fait prêter serment en présence de toutes les femmes du village réunies dans l'église pour la circonstance [3]. Aucune formation ni compétence médicale ne lui est demandée. Lorsque l'accouchement se passe mal, ou que l'enfant est en danger de mort, la sage-femme a le pouvoir de l'ondoyer, c'est-à-dire de le baptiser.

En 1733, le docteur Henry de Deventer (1651 - 1724) décrit la sage-femme « idéale ». Celle-ci doit être bienfaisante, compatissante, patiente, obligeante, frugale, avoir un usage libre de ses mains et de ses bras, avoir de la conscience et craindre Dieu.

Mais elle ne doit pas être d'un âge avancé car elle peut manquer d'intelligence, de jugement, de mémoire ou de force. Elle ne doit pas être faible ou malade ou au contraire trop épaisse car sa mobilité est plus difficile. Il est préférable qu'elle soit mariée, qu'elle ne soit pas enceinte durant son exercice et ne pas être paresseuse ou maladroite.

1.3) Son matériel

En milieu rural, les moyens sont limités. On trouve le chaudron du ménage pour tiédir l'eau destinée à la toilette de la mère et de l'enfant et quelques vieux tissus pour essuyer les cuisses de la femme et nettoyer le plancher. Un « *carreau* » (coussin) pourra être glissé sous les reins de la parturiente selon la position qu'elle adoptera. On peut y ajouter une chaise sur laquelle elle prendra appui pendant les contractions. Le plus souvent, elle accouche entre les genoux ouverts de sa mère ou d'une autre femme qui s'y substitue. La matrone est accroupie face à elle, ses genoux contre les siens. Au moment de l'expulsion, elle tend un tablier sous les fesses de la parturiente pour recueillir le nouveau-né.

2) De Madame Le Boursier du Coudray à la création des écoles de sage-femme

2.1) La formation des sages-femmes

Dans les années 1750, une célèbre sage-femme parisienne, Mme Le Boursier du Coudray, revenue d'un séjour dans sa campagne natale d'Auvergne est « *profondément émue par l'ignorance des sages-femmes et l'affreuse misère des campagnards [4]* ». Elle propose d'organiser des cours gratuits d'obstétrique en sillonnant les villages de France pour transformer les matrones des campagnes en sages-femmes. Elle leur enseigne des notions nécessaires d'anatomie pour comprendre les processus de la grossesse ainsi que les gestes qui ne mettront pas en péril la femme et l'enfant lors d'une mise au monde difficile.

Avec son école itinérante, ses leçons et sa « machine » d'entraînement [5], elle forme 5000 matrones et chirurgiens sur 25 ans et devient la première pédagogue de l'obstétrique.

Jusqu'au 16ème siècle, la sage-femme ne faisait appel au médecin que pour des « *accouchements contre nature [6]* ». C'est la mort de Marie de Bourbon-Montpensier, nièce de Louis XIII, dans les heures qui ont suivies son accouchement qui fait naître les accoucheurs dans les mœurs de la société française. Louise bourgeois, alors sage-femme à la cour en est tenue pour responsable et contribue ainsi au discrédit des sages-femmes.

Alors que seules les sages-femmes étaient admises auprès des reines de France et des princesses, Louis XIV réclame la présence de Julien Clément (accoucheur talentueux) lors des accouchements de la Dauphine. La mode des accoucheurs est lancée.

Le 30 Juin 1802, à Baudelocque, la 1^{ère} école officielle de sages-femmes dirigée par Mme Marie-Louise Lachapelle ouvre ses portes dans les locaux actuels de l'hôpital de Port-Royal (Paris). Elle est la 1^{ère} maîtresse sage-femme.

En 1807, la durée des études passe de 6 mois à 1 an puis à 2 ans par la loi du 30 Novembre 1892. De nouveaux programmes organisent les études de sages-femmes : une 1^{ère} année permet d'acquérir les bases des soins généraux et la 2^{ème} année aborde l'obstétrique et la puériculture.

2.2) Leurs pratiques

La sage femme est avant tout une femme d'expérience et mère d'une famille nombreuse. Sa réputation se fait par « le bouche à oreille », souvent suite à des délivrances difficiles qui se terminaient bien. Elle accompagne la future mère tout au long de la phase finale de la grossesse, la rassure et la prépare à l'accouchement. Elle lui indique la meilleure position possible pour enfanter, surveille la perte des eaux et les contractions.

C'est au moment de l'accouchement que les véritables et plus douées des sages-femmes se démarquent. Non pas par le fait d'aider la femme le plus efficacement possible, mais plutôt d'accepter ses limites dans les accouchements difficiles et d'envoyer chercher le chirurgien ou l'accoucheur le plus proche.

Après l'accouchement, la sage-femme prodigue les premiers soins au nouveau-né, lui ligature et lui coupe le cordon ombilical. Elle délivre la femme de « l'arrière-faix », autre nom donné au placenta. Elle frictionne l'enfant, l'enveloppe dans un linge chaud, aide la mère à se remettre de son accouchement en la nourrissant et l'accompagne quelques heures après son effort.

2.3) Leur matériel

Les outils propres à la sage-femme se limitent à peu de choses : une paire de mains. « *Petites, habiles, fines, musclées mais surtout sûres [7]* », tels sont les qualificatifs qui caractérisent les mains des sages-femmes. Aussi, elles ne devaient pas porter de bracelets et on exigeait qu'elles aient les ongles courts.

La préparation matérielle des couches est dérisoire ; l'improvisation est la règle dans toutes les campagnes. La trousse apportée par la sage-femme contient une paire de ciseaux ou un bon couteau pour couper le cordon et du fil de lin pour assurer la ligature.

Avec le temps, la chaise d'accouchement apparaît (Annexe I). Elle est destinée à diminuer la fatigue de la parturiente et de la personne qui la tient sur ses genoux. Elle se répand d'abord dans les classes aisées où elle devient un vrai meuble de famille. Elle reste rare dans les campagnes mais en Alsace et en Lorraine de l'Est, la sage-femme en possède une pliante qu'elle transporte partout.

2.4) 1850-1870 : la fièvre puerpérale

Dans les grandes villes où existent des services maternité-école où officient sages-femmes et médecins, la fièvre puerpérale frappe lourdement les maternités. Stéphane Tarnier (obstétricien français 1828 - 1897) raconte en 1856 : « *certaines jours, certaines semaines, toutes, ou presque toutes les femmes qui accouchaient, mouraient ; il en mourut jusqu'à cinq par jour. Du premier au dix mai, on compta 32 accouchements et on enregistra 31 décès [8]* ». Des commissions d'enquête se multiplièrent et conclurent au remplacement des grandes maternités par des petites maternités, puis de nouvelles épidémies se déclarant en 1865-1866, on préconise alors le retour de l'accouchement à domicile.

Cependant, on créa des services d'accouchement chez des sages-femmes agréées par l'administration de l'Assistance Publique pour recevoir chez elles pendant 9 jours les femmes ne pouvant accoucher à domicile . Seraient-ce là les ancêtres des maisons de naissance ?

3) L'école jusqu'en 2001

La loi du 6 Août 1916 et son décret d'application du 9 Janvier 1917 instaure un diplôme unique de sage-femme.

Durant la 2ème Guerre Mondiale, une loi du 17 mai 1943 met en place une 3ème année d'étude. Une année est commune avec les étudiants infirmiers pour apprendre les soins généraux en médecine et 2 années permettent d'acquérir les données en obstétrique, gynécologie et pédiatrie.

En 1973, l'année commune avec les étudiants infirmiers est supprimée. La formation devient indépendante et s'ouvre aux hommes en 1982. La possession du baccalauréat est indispensable depuis 1983 ainsi que la réussite au concours d'entrée de l'école de sage-femme. La durée des études passe à 4 ans le 27 Décembre 1985 avec la réalisation d'un mémoire de fin d'études. [9]

II) LA SAGE-FEMME D'AUJOURD'HUI

1) Sa formation

1.1) La formation initiale

Depuis 2002, les étudiants voulant accéder à la formation de sage-femme doivent valider la 1ère année de PCEM1 commune avec les étudiants en médecine, chirurgie dentaire. Enfin, la rentrée universitaire de 2010 met en place la réforme du L1 Santé qui intègre les études de Maïeutique au dispositif universitaire de formation des professions médicales.

1.2) La formation continue

Le DPC (développement professionnel continu) a été créé par la loi HPST du 21 Juillet 2009 via son l'article 59. Les premiers textes réglementaires ont été publiés au Journal Officiel du 1er Janvier 2012.

Il a pour but de confirmer l'obligation de formation continue, d'évaluer les pratiques professionnelles, de perfectionner les connaissances des professionnels de santé et d'améliorer la qualité et la sécurité des soins. Il constitue une obligation.

Ces programmes doivent comporter des méthodes validées par la HAS.

Une attestation est remise à la sage-femme en fin de programme pour justifier de sa participation à un programme de DPC. Le Conseil de l'Ordre des sages-femmes vérifie au moins tous les 5 ans que la sage-femme a respecté son obligation de DPC [10].

2) Ses compétences

En France, la profession de sage-femme est une profession médicale à compétence définie. Elle est régie par le code de santé publique et le code de déontologie.

C'est une professionnelle de santé inscrite à l'Ordre des sages-femmes qui peut accompagner la vie génitale d'une femme.

2.1) Ses compétences classiques

L'article L.4151-1 du code de déontologie stipule que *« l'exercice de la profession de sage-femme comporte les actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins post-nataux en ce qui concerne la mère et l'enfant »*. *« L'exercice de la profession peut comporter également la participation aux consultations de planification familiale »*.

En cas de pathologie, la sage-femme doit faire appel au médecin d'après l'article L.4151-3 du code de santé publique *« en cas de pathologie maternelle, fœtale ou néonatale pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, et en cas d'accouchement dystocique, la sage-femme doit faire appel à un médecin. Les sages-femmes peuvent pratiquer les soins prescrits par un médecin en cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques. »*

2.1.1) Le suivi de grossesse

La sage-femme est la spécialiste de la grossesse physiologique, elle peut assurer le suivi en toute autonomie.

- Les consultations

En Mai 2007 [11], la Haute Autorité de Santé recommande qu'une première consultation prénatale soit réalisée au 1er trimestre afin de pouvoir confirmer et déterminer le début de la grossesse. Au cours de cette 1ère consultation, un carnet de grossesse est remis gratuitement à la femme enceinte. (Article L.2122-2 du code de santé publique).

La loi du 9 Août 2004 [12], autorise la sage-femme à réaliser la déclaration de grossesse. Celle-ci doit être réalisée avant la 15ème semaine d'aménorrhée (HAS).

Le suivi s'effectue ensuite de façon mensuelle avec un examen général (TA, pesée), un examen obstétrical (HU, palpation utérine, bruits du cœur et mouvements fœtaux, recherche de contractions utérines ..). 7 consultations prénatales sont obligatoires et remboursées à 100% par la sécurité sociale.

La consultation d'anesthésie est obligatoire au cours du 8ème mois de grossesse. Celle du 9ème mois est réalisée dans la maternité où est prévu l'accouchement. Cette consultation peut-être effectuée par une sage-femme.

- Les examens biologiques

D'après l'article L.4151-4 du code de santé publique, la sage-femme a le droit de prescription « *les sages-femmes peuvent prescrire les dispositifs médicaux, dont la liste est fixée par l'autorité administrative, et les examens strictement nécessaire à l'exercice de leur profession* ».

Au cours de la première consultation, les examens obligatoires sont les sérologies de la toxoplasmose, de la rubéole et de la syphilis ainsi qu'une première détermination du groupe sanguin et la recherche d'agglutinines irrégulières. Le dépistage de virus de l'immunodéficience acquise est proposé systématiquement. Un frottis cervical doit être réalisé s'il date de plus de 3 ans.

Une glycosurie et une albuminurie sont prescrites à chaque consultation ainsi que la sérologie de la toxoplasmose dans le cas où la patiente n'est pas immunisée.

Au 6ème mois, un hémogramme et la recherche de l'Ag Hbs sont réalisés.

Une hyperglycémie provoquée par voie orale est réalisée entre la 24ème et 28ème semaine d'aménorrhée en cas d'antécédents de diabète chez la patiente [13].

Un prélèvement vaginal, à la recherche d'un streptocoque B est effectué au 8ème mois.

- La préparation à la naissance

L'entretien prénatal individuel (EPI) est le 1er maillon des séances de préparation à la naissance. C'est une mesure phare du Plan de Périnatalité 2005-2007[14]. Il est réalisé par la sage-femme libérale, de PMI, de maternité ou par un médecin au cours du 4ème mois de grossesse. Ce n'est pas une consultation médicale mais un temps d'échange et d'écoute afin de répondre aux questions et attentes des futurs parents que ce soit sur le déroulement de la grossesse, de l'accouchement, de l'accueil du nouveau-né.

Cet entretien est peu utilisé. En 2010, d'après l'enquête périnatale, seulement 21,4% des femmes y ont eu recours [15].

La préparation à la naissance peut être individuelle, en couple ou en groupe. En France, 8 séances prénatales de 45 minutes minimum, dont l'EPI, sont remboursées par l'Assurance maladie. Les thèmes abordés pendant ces séances sont adaptées aux besoins de la femme enceinte ou des attentes du couple par rapport à leur projet de naissance.

2.1.2) L'accouchement

L'article R. 4127-318 du code de santé publique définit les compétences générales de la sage-femme. Parmi les compétences en salle de naissances, celle-ci est autorisée à pratiquer :

- la surveillance électronique de l'état du fœtus et de la contraction utérine,
- la sage-femme est autorisée à effectuer la demande d'analgésie loco-régionale auprès de l'anesthésiste-réanimateur,
- l'anesthésie locale au cours de l'accouchement,
- l'accouchement eutocique,
- l'épisiotomie et sa réfection non compliquée,
- la réfection des déchirures non compliquées du périnée,
- en cas d'hémorragie de la délivrance, la sage-femme peut pratiquer la délivrance artificielle et la révision utérine,
- la réanimation immédiate du nouveau-né en attendant le médecin.

2.1.3) Le suivi postnatal

Depuis 2004 [12], la sage-femme est autorisée à pratiquer l'examen postnatal. L'article L.4151.1 (2ème alinéa) du code de la santé publique précise que « *l'examen postnatal peut-être pratiqué par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique* ».

De plus « *un examen médical postnatal doit être obligatoirement réalisé dans les 8 semaines qui suivent l'accouchement* » article R.2122-3 du code de la santé publique. Au cours de cette examen, elle peut être amenée à parler de contraception avec la patiente.

La sage-femme est compétente dans la rééducation périnéale qu'elle utilise une méthode par électrostimulation ou une méthode manuelle.

2.2) Ses nouvelles compétences

- Le suivi gynécologique

La loi HPST (Hôpital, patient, santé et territoire) du 21 Juillet 2009 a élargi de façon considérable les compétences des sages-femmes en matière de contraception. Elles sont désormais en mesure d'assurer le suivi gynécologique de prévention auprès des femmes en bonne santé. « *L'exercice de la profession de sage-femme comporte la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique [16]* ».

La sage-femme est habilitée à prescrire tous les dispositifs contraceptifs qu'ils soient locaux ou hormonaux. Elle peut effectuer la pose, la surveillance et le retrait des DIU (dispositifs intra-utérins), des implants contraceptifs, des capes et diaphragmes cervicaux. Elle peut effectuer les échographies de gynécologie.

Depuis le 29 Décembre 2011, la surveillance et le suivi biologique de la contraception hormonale peuvent être assurés par la sage-femme.

- L'assistance médicale à la procréation

Depuis le décret n° 2012-885 du 17 Juillet 2012 (art D.4151-20 du code de la santé publique), les sages-femmes sont autorisées à concourir aux activités d'assistance médicale à la procréation (AMP).

Elle peut exercer dans des centres d'assistance médicale à la procréation en accord avec le médecin du centre. Ses activités en AMP sont encadrées par l'article D.4151-22 du code de la santé publique.

III) LA SAGE-FEMME EN LORRAINE

1) La Lorraine

1.1) Sa géographie

La région lorraine est entourée par les régions Alsace, Champagne-Ardenne et Franche-Comté. Elle est la seule région française bordée par 3 pays étrangers : la Belgique, le Luxembourg et l'Allemagne. Sa superficie est de 23 547 km² soit 4,3 % du territoire français. En Lorraine, l'espace rural couvre 18 800 km² soit 80% de la région [17].

Elle se compose de 4 départements : La Meurthe-et-Moselle, la Moselle, la Meuse et les Vosges dont les chefs-lieux sont respectivement les villes de Nancy, Metz, Bar-le-Duc et Épinal. La Meuse et les Vosges sont les départements les plus ruraux. *«Les espaces ruraux lorrains couvrent la moitié de la région et abritent, comme en France métropolitaine, près d'un habitant sur six, autour de 21 pôles d'emploi majeurs [18]».*

Le réseau urbain est très irrégulier mais les villes les plus importantes sont situées le long de la Meurthe et de la Moselle. La région compte 2337 communes dont 1982 communes rurales et 126 communes de montagne [17].

La Meuse présente une physionomie très rurale en raison du nombre très peu élevé de grandes villes. De plus, comme elle a été très touchée par les combats de la 1^{ère} guerre mondiale, certains espaces sont devenus presque déserts.

Le département Vosgien dispose de 2 versants. A l'Est, on note de nombreux attraits touristiques : forêts, vallées, stations de ski, centres de randonnée estivale en particulier autour du lac de Gérardmer. L'Ouest vosgien est plus rural avec de nombreux plateaux.

1.2) Sa démographie

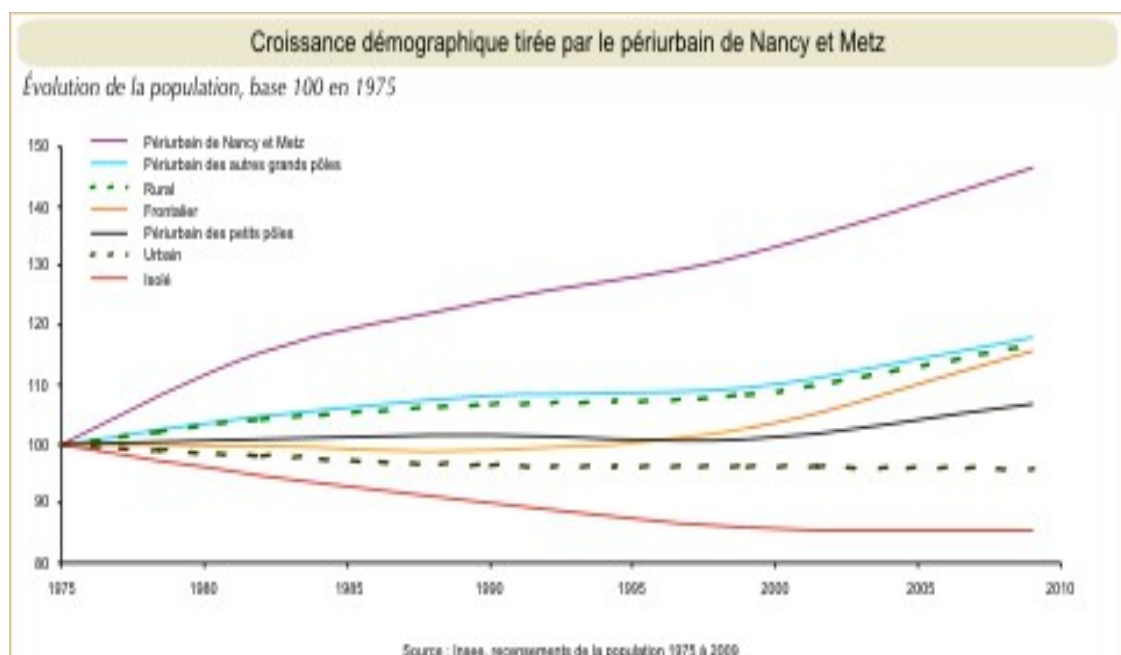
- Son nombre d'habitants

Au 1er Janvier 2011, la Lorraine compte 2 351 000 habitants très inégalement répartis sur les 4 départements. Au niveau national, la Lorraine se classe au 11ème rang sur 26 avec en terme d'habitants.

La Meuse compte 193 557 habitants et les Vosges 378 830 habitants. Dans ses 2 départements, les densités de population sont inférieures à la moyenne régionale (100 habitants au km²), avec respectivement 65 et 31 habitants au km².

En 2009, la Lorraine compte 650 000 habitants ruraux soit 28% de la population régionale.

Depuis 2006, la Lorraine a gagné 14 900 habitants. Ce rebond démographique ne résulte pas d'une hausse du solde naturel (écart entre naissances et décès) mais une amélioration du solde migratoire (écart entre le nombre de personnes qui se sont installées en Lorraine et le nombre de personnes qui en sont sorties sur une période donnée). Cette augmentation est corrélée au développement du marché du travail luxembourgeois [19].



- Sa population en âge de procréer

D'après l'INSEE, l'indice conjoncturel de fécondité « est le nombre moyen d'enfants que mettrait au monde chaque femme si les taux de fécondité restaient constants tout au long de leur vie féconde ».

La France en 2013 voit cet indice passer en dessous des 2 enfants par femme et s'établir à 1,99. Pour la Lorraine en 2012, le nombre moyen d'enfants par femme est de 2 et 1,84 pour la Meuse et les Vosges.

	Meuse	Vosges	Lorraine	France
De 15 à 24 ans	0,45	0,39	0,3	0,31
De 25 à 34 ans	1,24	1,17	1,18	1,28
De 35 à 49 ans	0,3	0,29	0,31	0,42
Indice conjoncturel de fécondité	2	1,84	1,79	2,01

Tableau 1 : Fécondité selon l'âge de la mère en 2012 (en nombre d'enfants par femme), source : INSEE, état civil (estimation de population). [20]

On définit par femme en âge de procréer le nombre moyen de femme de 15 à 50 ans sur une année.

France	Lorraine	Pourcentage
11751986	420613	3,60%

Tableau 2 : Femmes en âge de procréer en 2011. Source : agence de la biomédecine [21]

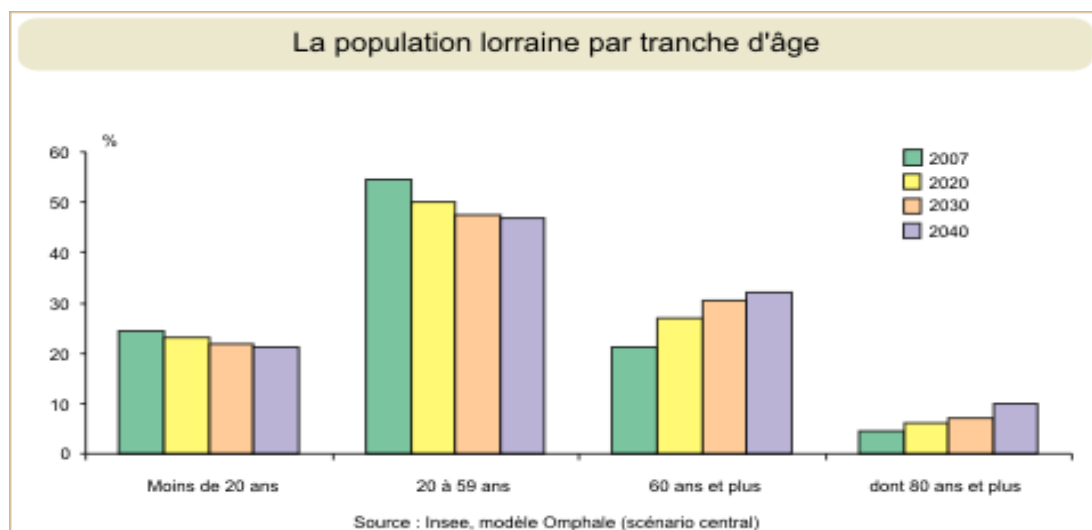
- Son nombre de naissances

D'après le réseau périnatal lorrain, la Lorraine recense 20 maternités de type I,II et III en Avril 2013 [22].

	Meuse	Vosges	Lorraine	France
Naissances	2107	3715	25788	819191
Proportions de naissances hors mariage (en %)	65,4	63,8	56,8	56,7
Age moyens des mères à la naissance	28,8	29	29,6	30

Tableau 3 : Naissances, naissances hors mariage en 2012, *source* : INSEE, état civil (estimation de population) [23]

- Ses tranches d'âge



En Lorraine, le vieillissement de la population est inévitable en raison de la diminution du nombre de femme en âge de procréer et du départ des jeunes couples actifs vers d'autres régions à cause du chômage qui augmente.

- Chômage – précarité

D'après la définition de l'INSEE, la population active regroupe la population active occupée (appelée aussi « population active ayant un emploi ») et les chômeurs (personnes privées d'emploi et en recherchant un). De nombreux bassins industriels ont fermé en Lorraine (textile, minerais de fer, charbon) laissant ainsi un grand nombre de personnes sans activité.

Dans une étude de l'INSEE en Mars 2013 [17], le taux de chômage en Lorraine est de 11,4% par rapport à la population active dont le taux d'activité est de 70,4 % (inférieure de 2 points à la moyenne nationale). Il est de 8,3% pour le milieu rural et 12,7% pour le milieu urbain qui concentre une population plus élevée.

La précarité est définie par Le Larousse comme « *la situation d'une personne qui ne bénéficie d'aucune stabilité d'emploi, de revenus, de logement.* »

En Lorraine, 16% de la population vit sous le seuil de bas revenus et 10% en milieu rural.

1.3) Accès aux soins

En Lorraine, 10% de la population est à plus de 30 minutes d'accès à une maternité. Pour le milieu rural, 20% mettent plus de 30 minutes alors qu'au niveau national, 50% des femmes mettent moins de 17 minutes pour accéder à la maternité [17].

De plus, le problème majeur en milieu rural est le manque de transport. En effet, 10% des ménages ruraux lorrains ne possèdent pas de voiture. Le problème est d'autant plus accru dans les territoires ruraux qui ne disposent pas ou de très peu de moyens de transports collectifs. Et si cela était le cas, la population n'aurait pas toujours les moyens de financer les transports.

1.4) Son offre de soins (Annexe II)

En 2012, la densité médicale en Lorraine est de 297 médecins pour 100 000 habitants. (312 au niveau national).

Dans la Meuse, on dénombre 242 médecins généralistes et 480 dans les Vosges.

En 2013, la région recense 94 gynécologues médicaux inscrits au tableau de l'Ordre des médecins. D'après les estimations, leur nombre va diminuer [24].

Pour pallier à l'inégalité de l'offre de soins ou aux difficultés de déplacement de la population lorraine surtout en milieu rural, les maisons de santé pluridisciplinaires ont été définies par l'article 39 de la loi HPST du 21 Juillet 2009.

Ces maisons de santé regroupent des professionnels de santé (médicaux, paramédicaux, affaires sociales) qui offrent des soins courants et travaillent en réseau pour assurer la continuité des soins en répondant ainsi aux problèmes de démographie médicale.

2) La sage-femme rurale

2.1) La sage-femme libérale

Ce mode d'exercice connaît un essor très important depuis plusieurs années et représente aujourd'hui, au niveau national, plus de 18% des sages-femmes. De plus, il semble intéresser de plus en plus de jeunes diplômés.

Elle a un domaine d'activité très varié qui passe par le suivi de grossesse, la préparation à la naissance, l'accouchement, le suivi postnatal, la rééducation périnéale et le suivi gynécologique de prévention.

Le 9 Janvier 2012, un avenant à la convention des sages-femmes libérales a été signé par l'Union des caisses d'assurance maladie [25]. Cet avenant comporte 3 parties :

- la revalorisation tarifaire des actes sage-femme a été appliquée au 1er Septembre 2013 (Annexe III),
- une meilleure répartition de l'offre de soins qui vise à rééquilibrer la répartition de sages-femmes libérales sur le territoire. Pour cela, 7 zones ont été définies en fonction de la dotation en sages-femmes libérales rapporté au niveau national (Annexe IV). Des mesures incitatives, dont des aides financières à l'installation en libéral, sont mises en place dans les zones très dépourvues en sages-femmes. Une aide de 3000€ par an pendant 3 ans est versée par l'Assurance maladie si la sage-femme s'engage à réaliser 75% de télétransmission des feuilles de soins.

Dans les zones sur-dotées, l'installation d'une nouvelle sage-femme ne sera

possible que si une sage-femme cesse son activité ou la réduit de moitié.

- le Programme de Retour A Domicile (PRADO) est un dispositif expérimenté depuis 2010. A la maternité, un conseiller de l'Assurance maladie expose le dispositif aux accouchées dites « éligibles ». Pour celles qui le souhaite, un retour à domicile 3 jours après leur accouchement avec un suivi d'au moins 2 consultations (le lendemain de la sortie et 24/48h après) par une sage-femme est alors mis en place (Annexe V).

2.2) La sage-femme de Protection Maternelle et Infantile

Le décret du 5 mai 1975 créé la sage-femme de Protection Maternelle et Infantile qui est chargée de suivre à domicile des femmes enceintes présentant un risque médical ou social élevé.

Aujourd'hui, les sages-femmes de PMI, ou sages-femmes territoriales, dépendent des Conseils Généraux et exercent une fonction à la fois sociale, médicale et préventive. L'écoute, la relation à l'autre et le respect de l'être humain sont les principales qualités dont doit disposer la sage-femme de PMI.

Elle travaille en réseau avec les autres professionnels du service (médecin, puéricultrice, assistante sociale, conseillère conjugale ..) afin de pouvoir proposer une orientation adaptée dans chaque situation.

Ses missions principales sont :

- intervenir à domicile soit à la demande des médecins hospitaliers ou de ville pour une raison médicale, soit par les professionnels du service en raison des informations contenues dans la déclaration de grossesse.
- assurer des consultations prénatales et postnatales ainsi que des permanences au centre de planification,
- animer des séances d'éducation familiale, de préparation à la naissance
- réaliser un travail d'analyse et d'enquête de certaines informations, ceci dans le but de connaître les besoins de la population et d'y répondre le mieux possible. (ex : données des certificats de santé des enfants, les grossesses chez les mineures , IVG, ..).

2.3) La sage-femme du centre périnatal de proximité (CPP)

En 1975, 1370 maternités étaient implantées en France métropolitaine. En 1996, elles n'étaient déjà plus que 814 et 535 en 2010 [26].

Pour permettre une meilleure prise en charge et assurer la sécurité des patients, l'offre de soins a été repensée et regroupée dans des structures avec un meilleur niveau d'équipement. Le décret du 9 Août 1998 stipule que « *seules les maternités qui pratiquent au moins 300 accouchements par an sont autorisées à pratiquer l'activité obstétrique* ».

Enfin, l'article R6123-50 du code la santé publique précise que « *les établissements qui ne sont plus autorisés à pratiquer l'obstétrique peuvent continuer à exercer des activités prénatales et postnatales sous l'appellation de centre périnatal de proximité* ».

Les CPP offrent donc des soins de proximité, répondent à une situation défavorable de la démographie médicale et permettent plus de sécurité. La mise en place d'un CPP est soumise à l'approbation du directeur de l'Agence Régionale de Santé.

Dans les CPP, les sages-femmes mettent à disposition toutes leurs compétences mais ne réalisent pas d'accouchement. Elles effectuent les suivis de grossesse, des séances de préparation à la naissance, des cours de puériculture, la rééducation périnéale et le suivi gynécologique de prévention.

La Lorraine dispose de 5 CPP : Bitche, Pont-à-Mousson, Commercy, Vittel et Gérardmer.

Deuxième partie : Etude

Nous venons de voir au cours de l'histoire la place privilégiée qu'a eu la sage-femme auprès des femmes. Cette place a beaucoup évolué au fil du temps ainsi que ses compétences qui sont, aujourd'hui, de plus en plus élargies.

L'étude que nous avons menée est basée sur des entretiens qui ont permis à des sages-femmes exerçant en milieu rural de s'exprimer quant à l'exercice de leur profession.

I) METHODOLOGIE

1) Problématique et hypothèses

A ce jour, la sage-femme a acquis de nouvelles compétences. Elle peut être l'accompagnante « personnelle » de la femme tout au long de sa vie génitale si celle-ci reste en bonne santé.

En cas contraire, elle doit passer le relais au médecin, restant tout de même l'interlocutrice compétente qui travaille en réseau avec les principaux acteurs de la vie de la femme.

Nous nous posons alors la question :

La sage-femme d'aujourd'hui a-t-elle toujours la place privilégiée qu'elle occupait autrefois auprès des femmes de la campagne en y incluant ses nouvelles compétences ?

En réponse à cette problématique, nous dégageons deux hypothèses :

- La sage-femme en milieu rural a et se sert de tout son panel de compétences et l'exercice de sa profession comporte des avantages et des contraintes.**
- Il est indispensable pour elle de ne pas être isolée professionnellement.**

2) Choix de la méthode

Au départ, j'avais choisi de réaliser des questionnaires et de les envoyer à toutes les sages-femmes vosgiennes et meusiennes. Mais cette méthode ne permet pas de recueillir le ressenti des sages-femmes quant à l'exercice de leur profession.

De ce fait, j'ai choisi d'effectuer des entretiens semi-directifs. Une trame d'entretien (Annexe VI) a été réalisée et j'ai pris la liberté de changer la formulation des questions et de les poser au moment où les thèmes abordés viendraient dans la conversation.

Après avoir présenté succinctement le sujet du mémoire, j'ai dans un premier temps abordé le parcours professionnel de la sage-femme interrogée ainsi que ses activités gynéco-obstétricales et les raisons qui l'on amené à la pratique en milieu rural.

Dans un second temps j'ai demandé à cette sage-femme les avantages ou les inconvénients qu'elle peut rencontrer en milieu rural.

Et j'ai terminé par des renseignements plus personnels comme son âge, sa vie familiale...

Pour une évaluation plus fine, j'ai également réalisé une étude sur un canton des Vosges. J'ai choisi le canton de Vittel car celui-ci connaît les trois sortes de pratiques : libérale, PMI et CPP.

3) Choix de la population

En Lorraine, les départements de la Meuse et des Vosges sont les plus ruraux. Il semblait donc intéressant de rencontrer les sages-femmes de ces 2 départements.

Les sages-femmes libérales, de PMI et de centre périnatal de proximité ont été incluses dans l'étude.

Au 1er Novembre 2013 (Conseil national Ordre des sages-femmes), dans la Meuse, on dénombre 5 sages-femmes libérales, 4 sages-femmes de PMI et un centre périnatal de proximité avec 1 sage-femme.

Dans les Vosges, 26 sages-femmes exercent en libéral, 9 sages-femmes de PMI et on trouve 2 centres de proximité avec 3 sages-femmes.

Sur 15 sages-femmes contactées, 12 ont accepté de me recevoir, aucune n'a refusé. Je n'ai pas réussi à joindre 3 sages-femmes.

Du fait qu'aucune maternité lorraine ne se trouve en milieu rural, les sages-femmes hospitalières n'ont pas été incluses dans l'étude hormis celles qui travaillent dans les CPP.

4) Déroulement de l'enquête

Les entretiens ont été menés de fin Novembre 2013 à mi-Janvier 2014. Laissant libre expression aux sages-femmes, les entretiens ont duré de 45 minutes à 2 heures.

Du fait que je me déplace en voiture pour réaliser les entretiens, les sages-femmes rencontrées se situent dans un périmètre de 70 kilomètres autour du lieu de mon habitation.

Pour chacune d'elle, le premier contact c'est fait par téléphone. Après m'être présentée et avoir précisé mon sujet de mémoire, je propose à la sage-femme de la rencontrer pour réaliser un entretien.

Un rendez-vous est fixé pour la plupart dans leur cabinet ou leur bureau. Un seul rendez-vous s'est déroulé au domicile de la sage-femme du fait que celle-ci ne possède pas de cabinet.

Les numéros de téléphone ont été trouvés via les sites internet de l'Ordre des sages-femmes et des pages jaunes.

La plupart des rendez-vous ont pu être pris une semaine après l'appel téléphonique ce qui me fût très appréciable.

Aucun entretien n'a été enregistré du fait du refus de plusieurs sages-femmes mais j'ai pris soin de retranscrire et de sauvegarder les propos des sages-femmes aussitôt après les avoir quittées.

De manière générale, j'ai été accueillie avec un certain intérêt. Le dialogue s'est établi très rapidement et les sages-femmes se sont livrées avec beaucoup d'aisance (peut-être du fait qu'elles n'étaient pas enregistrées!)

Certaines sages-femmes m'ont mise très à l'aise en me proposant un jus de fruit ou un café. D'autres m'ont proposé de les tutoyer rendant ainsi l'échange plus facile et convivial.

Un entretien s'est déroulé avec 2 sages-femmes en même temps. Cela a rendu l'échange très enrichissant mais j'ai pu constater par moment la difficulté de recentrer le sujet de l'entretien.

5) Méthodologie d'analyse

J'ai réalisé 12 entretiens que j'ai ensuite repris un par un. J'ai procédé à leur analyse thématique en construisant un tableau (Annexe VII) qui a guidé ma discussion.

II) RESULTATS

1) Enquête à grande échelle « sur le territoire de la Meuse et des Vosges »

1.1) Nombre de personnes sollicitées

Pour cette étude, 15 sages-femmes ont été contactées dont :

- 8 sages-femmes libérales,
- 3 sages-femmes de PMI,
- 1 sage-femme d'un centre périnatal de proximité.
- 3 sages-femmes n'ont pas répondu à l'appel.

Sur les 12 entretiens, 2 sages-femmes sont des hommes.

1.2) Renseignements généraux sur les sages-femmes

Les sages-femmes interrogées sont âgées de 24 à 50 ans. L'âge moyen est de 35,1 ans. Toutes travaillent dans la Meuse ou dans les Vosges.

La plus ancienne sage-femme a obtenu son diplôme d'état en 1985 et la plus jeune a été diplômée en 2012.

8 sages-femmes sont diplômées de l'école de Nancy, 2 de Metz, 1 de Besançon et 1 de Strasbourg.

Les sages-femmes rencontrées ont des parcours professionnels très différents et variés mais elles ont toutes eu une expérience hospitalière avant leur installation en libéral, leur poste en PMI ou en CPP.

Sur les 12, 11 ont travaillé en salle de naissances et 12 en suites de couches, une a fait du suivi global pendant 3 ans, une a été cadre de service, une a été sage-femme dans un dispensaire à Mayotte et a exercé 4 ans dans un service de néonatalogie.

La majorité des sages-femmes est issue du milieu rural et certaines ne concevaient pas de rester travailler en ville « *j'ai toujours vécu à la campagne et c'est tellement plaisant de pouvoir exercer son métier dans un endroit qu'on aime* » déclare Mme T.

1.3) L'exercice des compétences

1.3.1) Les activités gynéco-obstétricales

- Les sages-femmes libérales

8 sages-femmes libérales ont répondu à mon enquête. Parmi celles-ci :

- 7 réalisent des consultations prénatales,
- aucune ne fait d'échographie,
- 8 assurent des entretiens prénataux individuels et de la préparation à la naissance,
- 8 font du suivi de grossesses pathologiques,
- 8 adhèrent au PRADO,
- 7 font des consultations postnatales et de la rééducation périnéale,
- enfin 7 réalisent du suivi gynécologique de prévention.

Le nombre de consultations prénatales réalisées par les sages-femmes varie de 4 et 8 par mois. Elles ne font pas d'échographies anténatales et dirigent leurs patientes soit vers une sage-femme échographiste ou à la maternité d'accouchement.

Aucune sage-femme ne réalise de prise de sang. Les patientes se rendent au laboratoire et pour 2 sages-femmes qui travaillent en maison de santé, les prises de sang sont éventuellement réalisées par les infirmières libérales.

Pour la préparation à la naissance, les méthodes utilisées sont variées : classique, yoga, acupuncture, piscine, sophrologie. Mme G explique que « *les femmes à la campagne recherchent avant tout du concret plutôt que des techniques de relaxation.* »

- Les sages-femmes de PMI et CPP

Le tableau comporte les activités de 3 sages-femmes de PMI et 1 sage-femme de CPP.

Sages-femmes	Activités
<u>PMI</u>	- Entretien prénatal précoce, - Préparation à la naissance et à la parentalité, - Surveillance grossesses pathologiques, - Centre de planification, information / prévention dans les lycées et collèges, - Visites à domicile en pré et postnatal, - Conseil conjugal, - Consultations nourrissons.
<u>CPP</u>	- Consultations prénatales, - Entretien prénatal précoce, - Préparation à la naissance et à la parentalité, - Consultations suites de couches / nourrisson, - Consultations postnatales, - Rééducation périnéale manuelle, - Consultation tabacologique.

Tableau 4 : Activités des sages-femmes de PMI et CPP.

1.3.2) Le matériel médical des sages-femmes

Toutes ont un Sonicaïd et 11 possèdent un électrocardiotocographe.

Pour le reste du matériel, elles disposent toutes :

- d'une table d'examen gynécologique,
- d'un tensiomètre manuel ou électronique,
- d'un pèse personne,
- d'une balance pour nouveau-né,
- du matériel à usage unique (spéculum, brosse à frottis ..),
- du matériel infirmier (garrot, aiguilles, seringues ..) en cas de besoin,
- du matériel de préparation à la naissance : tapis, ballons, coussins d'allaitement.

Toutes les sages-femmes libérales disposent d'un lecteur de carte vitale pour réaliser la télétransmission.

1.4) L'exercice de la profession

- Le lieu

Sur les 8 sages-femmes libérales, :

- 2 exercent en maison de santé,
- 1 a son cabinet à côté de son domicile,
- 1 n'a pas de cabinet,
- 4 sages-femmes ont un cabinet secondaire,
- 4 sont associées.

Les sages-femmes de PMI ont leur bureau en bourg mais la plupart de leurs activités se déroulent à domicile et en milieu rural.

Sur les 12 sages-femmes :

- 9 exercent plus en milieu rural,
- 3 exercent plus en bourg qu'à la campagne,
- 2 ont ouverts récemment un deuxième cabinet en milieu rural en raison de la demande des patientes qui souhaitent faire moins de route pour consulter.

- Consultations

Pour la majorité des sages-femmes libérales, l'essentiel de leurs consultations se déroulent dans leur cabinet. 1 sage-femme libérale ne possède pas de cabinet et réalise toutes ses consultations au domicile des patientes.

Les sages-femmes de PMI effectuent plus de domicile et la sage-femme de CPP ne réalise pas de domicile mais seulement des consultations dans le service.

Pour celles qui réalisent du suivi de grossesse, à l'unanimité, une consultation prénatale dure 1 heure, une séance de rééducation périnéale dure 30 minutes et un entretien prénatal 45 minutes. Pour les autres consultations (suivi gynécologique de prévention, préparation à la naissance, visite au domicile ..) cela varie de 45 minutes à 1h30.

- Les déplacements

Toutes (hors les sages-femmes de CPP) me disent que la voiture est un élément indispensable pour travailler en milieu rural « *il y a des journées où je ne fais que des visites à domicile. La voiture est un de mes outils de travail et puis prendre les transports en commun en milieu rural n'est pas envisageable* » me dit Mr G.

De plus, le périmètre d'activité des sages-femmes s'étend de 30 à 60 kilomètres autour de leur bureau. En moyenne, les sages-femmes interrogées réalisent entre 50 et 150 kilomètres par jour soit environ 1 à 2 heures de voiture quotidiennement pour visiter leurs patientes.

Toutes les sages-femmes prévoient un temps de 20 minutes entre 2 visites à domicile.

- Rémunération et temps de travail

Les sages-femmes de PMI dépendent du Conseil Général et réalisent 35 heures par semaine. Il est fréquent qu'elles les dépassent et effectuent 40 heures, voir plus. Leur salaire suit la grille indiciaire de la fonction publique. Les 3 sages-femmes de PMI concernées par l'enquête gagnent entre 1500 et 2000 euros.

Pour 7 sages-femmes libérales, le temps de travail moyen est d'environ 40 heures par semaine. Mais ce temps de travail est très variable d'une semaine à l'autre.

Elles n'ont pas toutes souhaité communiquer leur revenu. Une d'entre elles me déclare avoir eu un chiffre d'affaire de 30 000€ en 2012.

Une sage-femme libérale me confie « *à la campagne, il faut avant tout aimer son travail de sage-femme plutôt que de vouloir gagner sa vie* ».

- Les formations

Avec la mise en place du DPC, les sages-femmes sont tenues à la formation continue. Toutes tentent de s'aménager du temps pour y participer.

2 sages-femmes possèdent un diplôme inter-universitaire (DIU) en allaitement. Une dispose d'un DIU en contraception, homéopathie et acupuncture. 6 ont réalisé une formation sur le suivi gynécologique de prévention.

A mon questionnement sur leurs centres d'intérêts et leur besoin en formation continue, les thèmes les plus mentionnés sont, la sexologie, le suivi gynécologique de prévention, l'homéopathie, l'acupuncture.

Deux sages-femmes choisissent leur formation en fonction des attentes de leurs patientes : « *les femmes en milieu rural ne sont pas demandeuses de médicaments mais plutôt de choses naturelles* ».

- Les vacances

Les sages-femmes de PMI et CPP disposent de 27 jours de congés annuels plus les RTT.

Pour les sages-femmes libérales, toutes s'assurent d'être disponibles et joignables à tout moment même la nuit. La plupart des sages-femmes ne prennent de vacances que le temps d'un week-end. Dans les Vosges, 3 sages-femmes se remplacent mutuellement pendant leurs congés. La remplaçante assure surtout les sorties PRADO.

1.5) Le travail en réseau

La majorité des sages-femmes a évoqué la notion de travail en réseau avant même que le sujet ne soit abordé. *« le travail en réseau est nécessaire et indispensable en milieu rural, on ne peut pas travailler seule »* explique Mme C.

6 sages-femmes qualifient leurs relations avec les autres professionnels de santé comme « très bonnes », 4 les qualifient de « bonnes » et 2 de « plus difficiles ».

Les autres professionnels de santé qui interviennent dans le réseau et cités par les sages-femmes sont : le médecin traitant, le gynécologue-obstétricien, les sages-femmes hospitalières et l'assistante sociale.

Les sages-femmes libérales et de PMI évoquent leur complémentarité et la nécessité d'être en contact permanent l'une et l'autre.

Beaucoup disent qu'il n'y a pas de concurrence entre elles du fait peut-être de leur périmètre d'activité étendu. Mme G. me confie *« j'ai un peu le monopole de l'activité puisqu'il n'y a pas de sage-femme libérale dans un périmètre de 30 kilomètres autour de moi, c'est sûr qu'on ne se marche pas sur les pieds »*.

Elles évoquent également l'importance de se faire connaître auprès des autres professionnels de santé. 3 sages-femmes vont au staff médical une fois par semaine, d'autres participent à des réunions ou soirées d'informations organisées par la maternité.

Dans le cadre de la préparation à la naissance, une sage-femme effectue la visite de la maternité. Elle rappelle ainsi son existence auprès de ses collègues hospitalières.

1.6) Le milieu rural

Dans la trame d'entretien, une question abordait les avantages et les inconvénients de l'exercice de la profession en milieu rural mais les sages-femmes les ont évoqué spontanément tant pour elles que pour leurs patientes.

1.6.1) Les avantages

- La proximité

L'avantage qui ressort en premier est la proximité de la sage-femme avec ses patientes.

Cette proximité est d'ordre médical. Une sage-femme me confie « *parfois je suis considérée comme un médecin traitant, les patientes me demandent un renouvellement d'ordonnance ou un arrêt de travail pour leur mari* ». Les sages-femmes qui travaillent en maison de santé parlent de la facilité d'accès aux soins. Les femmes prennent plusieurs rendez-vous le même jour pour limiter les déplacements.

Mais la proximité est surtout relationnelle. Plusieurs sages-femmes évoquent le fait que travailler en milieu rural leur est plus agréable. Une ne sait pas expliquer pourquoi, Mme P. évoque le fait que les femmes de la campagne « *ne font pas de chichis* », et Mme J. « *je suis toujours bien accueillie et l'aisance des gens avec moi est remarquable* », ou « *je trouve toujours portes ouvertes* ».

- Les avantages financiers

La sage-femme qui travaille en milieu rural a également des avantages financiers et personnels. Au niveau financier, la location du cabinet est moins chère pour les sages-femmes libérales, ce qui diminue leurs charges.

- La liberté de leur exercice

Les sages-femmes travaillent pratiquement toutes à proximité de leur domicile, elles ont souvent la liberté d'organiser leur journée et il est plus facile pour elles de circuler en voiture qu'en ville. « *En général à la campagne, il n'y a pas de problème pour se stationner et cela est moins stressant* ».

1.6.2) Les inconvénients

- Les distances

Le premier inconvénient cité par les sages-femmes est le problème des déplacements, des longues distances sur la route pour visiter leurs patientes à domicile. Le prix du carburant prend une place importante dans le budget des sages-femmes libérales. Mme G. parle du fait qu'il est parfois difficile de « *trouver les patientes* ». En effet l'orientation est moins facile et l'une d'elle dit « *je retrouve parfois dans des endroits perdus* ». Pour 4 sages-femmes, faire de la route ne pose pas de problème.

- L'isolement professionnel

2 sages-femmes parlent des contraintes liées au désert médical. Elles évoquent le fait de travailler « *seule* » et en cas de doute médical ou d'urgence, elles n'ont pas forcément de « *médecin immédiatement sous la main* », bien que le travail en réseau fonctionne très bien.

- La méconnaissance des compétences de la sage-femme

De plus, en milieu rural, les patientes ne connaissent pas ou très peu les compétences de la sage-femme et plusieurs sages-femmes disent même que les patientes ne connaissent pas l'existence de la profession.

1.7) Les patientes

La population rencontrée par les sages-femmes en milieu rural est très hétérogène. Des femmes sont socialement défavorisées, d'autres sont dans la vie active. La précarité est évoquée 5 fois et 2 sages-femmes parlent d'une augmentation du nombre de femmes toxicomanes.

Souvent quand une patiente est suivie par la sage-femme, la fille, la cousine, la tante, la belle-fille.. seront aussi suivies par la sage-femme. Mme T. évoque alors la difficulté du secret médical car les unes veulent tout savoir sur les autres. Le « bouche à oreille » fonctionne très bien en milieu rural !

Les sages-femmes évoquent une relation plus particulière et plus intime avec leurs patientes. Les femmes ont une totale confiance en elles et recherchent avant tout une écoute en plus du côté médical.

Elles parlent de l'isolement des patientes en milieu rural et de la difficulté pour se déplacer. « *En ville tout est à disposition (praticiens, laboratoires ..), mais vous imaginez faire quelque chose d'original (haptonomie, piscine ..) à la campagne pour les patientes qui n'ont pas d'auto ?* » raconte Mme M.

Pour les patientes, les sages-femmes évoquent le fait que celles qui disposent d'un moyen de locomotion, il est plus facile pour elles de venir en consultation « *vous les imaginez en ville quand elles doivent prendre le bébé avec le cosi..* » nous dit Mme K.

2) Enquête à petite échelle

Nous avons affiné notre enquête en reprenant en détail les activités des sages-femmes du canton de Vittel dans les Vosges. Je l'ai retenu parce qu'il y a une sage-femme libérale, une sage-femme de PMI et une sage-femme de CPP.

Il m'a semblé intéressant de comparer le ressenti des sages-femmes interviewées aux chiffres correspondant à leurs activités.

2.1) Description de l'enquête

J'ai contacté 2 sages-femmes par téléphone et une par mail afin de recueillir leurs activités pratiquées.

Je note que la sage-femme du CPP de Vittel réalise des consultations avancées. Elle assure 2 demi-journées de consultations par semaine.

2.2) Description du canton de Vittel

D'après l'enquête de l'INSEE « *évolution et structure de la population au 1/01/2011* » mise à jour en Juin 2012, le canton recense 12 807 habitants soit une densité de 60,7 habitants au km².

En 2010, il y a eu 103 naissances et on dénombre environ 3000 femmes en âge de procréer. (15-50 ans).

2.3) Résultats

2.3.1) Activités anténatales et perinatales

Activités	Sages-femmes		
	Libérale	PMI	CPP
Consultations Prénatales	70 (7-8 suivi de grossesse)	0 (231 déclarations de grossesses reçues)	0
Entretien Prénatal individuel	286	51	7
Préparation à la naissance et à la parentalité	72	223	41
Suivi grossesses pathologiques (monitoring)	453	53	0
Total	881	327	48

2.3.2) Activités post-natales

Activités	Sages-femmes		
	Libérale	PMI	CPP
Consultations suites de couches/ PRADO	232	8	10
Consultations post-natales	30	0	1
Rééducation périnéale	736	0	150
Total	998	8	161

2.3.3) Autres activités

Activités	Sages-femmes		
	Libérale	PMI	CPP
Suivi gynécologique de prévention	54	0	1
Intervention prévention collèges et lycées	0	290 jeunes en 26 séances	0
Consultation Tabacologique	0	0	10
Total	54	26	11

Patientes : Je n'a pas réussi à obtenir le nombre de patientes différentes. Une patiente a pu être vue plusieurs fois en consultations en 2013.

Troisième partie : Analyse et discussion

I) LA METHODE ET LES RESULTATS

Le mémoire a pour problématique : **La sage-femme d'aujourd'hui a-t-elle toujours la place privilégiée qu'elle occupait autrefois auprès des femmes en y incluant ses nouvelles compétences ?**

A la suite de cela, j'ai dégagé plusieurs hypothèses :

- La sage-femme en milieu rural a et se sert de tout son panel de compétences. L'exercice de sa profession comporte des avantages et des contraintes.

- Il est indispensable pour elle de ne pas être isolée professionnellement.

1) Intérêt de la méthode

- Le choix du qualitatif

L'entretien semi-directif laisse libre cours aux choix de réponse des enquêtés, ils s'expriment avec leurs mots et leurs idées. Cette méthode provoque l'étonnement, ouvre le dialogue et permet un échange plus réfléchi.

Le questionnaire d'enquête, lui, est un outil permettant d'enregistrer de façon standardisée et auprès d'un grand nombre d'individus une série d'informations sur leurs caractéristiques sociales, leurs opinions et leurs pratiques.

2) Limites de la méthode

L'étude comporte un très petit nombre d'entretiens lié au fait qu'il y a peu de sages-femmes en milieu rural. Elle ne peut donc pas être significative mais apporte, tout du moins, quelques pistes qui permettent de développer la problématique.

Mener des entretiens n'est pas chose facile. Poser des questions ouvertes nécessite une écoute, une analyse rapide afin de rebondir dans un laps de temps très court sur de nouvelles idées proposées.

De plus, les thèmes ne sont pas abordés de la même façon d'une sage-femme à l'autre : leurs centres d'intérêts étant différents.

Un maximum de neutralité devait être gardé lors de l'entretien ; il est difficile de ne pas réagir selon son vécu, son expérience et ses sentiments propres.

II) ANALYSE DES RESULTATS

« Sage-femme rurale » : une sage-femme qui se déplace pour visiter ses patientes au domicile souvent fort éloigné [27] ».

1) La sage-femme rurale

1.1) Son portrait

Comme vu dans l'étude, je suis en présence d'un échantillon de sages-femmes jeunes qui contribuent à dynamiser ce milieu rural. (âge moyen : 35,1) ans).

Je peux également remarquer que 10 sages-femmes sont issues des écoles de Nancy et de Metz et la majorité sont originaires de la campagne. Je constate en cela un attachement aux racines et l'envie de revenir aux sources.

Mme T. me fait remarquer *« je suis issue de la campagne mais ce n'est pas pour autant que je suis une rustique ! »*.

Dans les motifs d'installation en milieu rural, Mme P. explique « *je me suis installée pour concilier ma vie de ma famille et ma vie professionnelle. Cela me laisse une liberté d'organisation* », et Mme G. « *je suis née à la campagne alors je voulais y travailler* ». D'autres se sont installées grâce à une opportunité ou fait du hasard « *je ne sais pas trop comment je me suis retrouvée ici, mais ça me plaît* » ou parce que « *il n'y avait pas de sage-femme dans cette zone et je me demandais comment les femmes enceintes étaient suivies* » nous dit Mme P.

1.2) Sa patientèle

J'ai vu dans la seconde partie que la population rencontrée par les sages-femmes est très hétérogène. Elles doivent s'adapter aux personnes qu'elles rencontrent et Mme T. me dit « *j'adapte même mon vocabulaire en fonction des personnes* ».

Une bonne adaptation et une confiance en soi sont les qualités requises pour travailler en milieu rural.

La proximité relationnelle est un thème principal et mis en valeur dans les entretiens. Plusieurs sages-femmes expriment qu'il faut avant tout, en milieu rural, aimer son métier et avoir cette passion pour les femmes.

Les femmes ont pleinement confiance en elle. Mme G. dit « *les femmes en milieu rural ont une confiance aveugle en nous. En effet, on touche à leur intimité* ».

Christine Fenaux, dans son ouvrage « *sage-femme : du corps au cœur* » [28] exprime le fait que « *la sage-femme a ce privilège de pouvoir connaître les patientes, ce privilège de les rencontrer autrement que le jour de l'accouchement.* » Cela permet de créer des liens et un accompagnement dans le temps.

Dans une enquête menée en Mars 2009 [29], il est montré que l'éloignement des patientes par rapport aux structures de soins, génère des angoisses. La sage-femme a aussi le rôle d'anticiper cette angoisse, d'avoir de l'empathie.

Mme J., sage-femme en PMI, nous explique qu'elle propose des visites à domicile quand elle perçoit des difficultés lors de la lecture des déclarations de grossesses : *« je reçois toutes les déclarations de grossesses de mon secteur. J'ai connaissance d'une déclaration réalisée tardivement ou d'un suivi de grossesse irrégulier »*. Et *« pour la plupart des femmes ce n'est pas un manque de volonté mais plutôt un manque de moyen ou de locomotion. »*

Aujourd'hui, on sait que les femmes sont bien suivies pendant leur grossesse à la ville comme à la campagne. On assiste même à une surmédicalisation de la grossesse.

D'après l'enquête périnatale de 2010 [15], 23,5% des femmes ont eu plus de 12 consultations prénatales et elles sont 31,2% à avoir eu 3 échographies au cours de la grossesse et 38,4% à avoir eu 4-5 échographies.

Mais cette étude confirme qu'il existe toujours des inégalités dans le suivi de la grossesse. Les femmes en situation de précarité ou au chômage déclarent plus tardivement la grossesse, ont un moins bon suivi échographique et on rencontre beaucoup de ces femmes dans le rural.

Elle démontre également que les femmes avec un niveau d'études élevé ont un suivi plus régulier. En Lorraine, le taux de chômage est très important, ce qui montre le peu de formation des femmes.

1.3) Son lieu d'exercice

En rencontrant les sages-femmes j'ai pu découvrir leur « univers ». En effet, l'aménagement de leur cabinet ou bureau est propre à chacune. Qu'il se trouve à côté de son domicile, dans une maison de santé, qu'il soit fait dans un ancien appartement, ou que ce soit le bureau d'une sage-femme de PMI, j'ai remarqué qu'ils n'ont pas l'aspect d'un cabinet médical. Elles ont su l'aménager pour en faire un lieu de rencontre, un lieu où l'on se sent bien, un lieu agréable. On trouve des canapés, des coussins, de la couleur sur les murs..

1.4) Sa voiture

Dans un article parut dans la revue *Profession sage-femme* [27], la sage-femme évoque que sa voiture est « *presque une seconde maison !* ».

Les sages-femmes que j'ai rencontré disposent d'une voiture personnelle ou de fonction. C'est un élément indispensable pour leur travail. Comme j'ai mené mes entretiens en plaine, les voitures des sages-femmes sont « simples », « *ce ne sont pas de gros 4*4 pour grimper dans la montagne* » nous dit Mme C.

Mme G. me précise que parfois, les jours de beaux temps, elle fait quelques consultations en quad.

Les sages-sages rurales couvrent une zone géographique importante ce qui entraîne le parcours de nombreux kilomètres. Le carburant est une charge importante. Tout de même, une indemnité kilométrique (IK) et une indemnité forfaitaire de déplacement de 4€ sont versées aux sages-femmes libérales par l'Assurance Maladie à chaque déplacement. L'IK dans les Vosges, classées en zone montagne, est de 0,73€/km et dans la Meuse, en zone plaine, l'IK est de 0,45€/km (Annexe 3).

Une météo capricieuse constitue une contrainte que les sages-femmes ne redoutent pas comme m'explique cette sage-femme « *en hiver je m'arrange toujours pour mettre mes rendez-vous au domicile l'après-midi, une fois que les routes sont bien dégagées !* ».

2) Une journée type chez les sages-femmes rurales

La sage-femme du CPP propose des consultations prénatales, de la préparation à la naissance et de la rééducation périnéale dans ses locaux. La sage-femme de PMI visite ses patientes à domicile, j'ai choisi de décrire la journée type et idéale de la sage-femme rurale.

Mme D. se lève de bonne heure, la journée sera bien remplie, son agenda est complet. La journée commence. Il faut déposer les enfants à l'école et ensuite se rendre au cabinet où attend déjà la première patiente.

Le matin au cabinet : Mme D commence la journée par un suivi de grossesse. Puis elle enchaîne par un suivi gynécologique de prévention où elle assure la pose d'un DIU (dispositif intra-utérin) et effectue un frottis cervical. La matinée se poursuit par 4 séances de rééducation périnéale.

Midi, c'est la pause repas. Mme D. en profite pour écouter sa messagerie téléphonique. Elle rappelle une patiente qui désire un rendez-vous pour un entretien prénatal individuel. Mme D. n'a pas de secrétaire, c'est elle qui prend ses rendez-vous et gère son emploi du temps.

Elle en profite pour regarder son courrier. Des résultats de bilans biologiques sont arrivés. Le frottis d'une patiente est suspect, ce qui dépasse les compétences de la sage-femme. Mme D. appelle sa patiente pour lui expliquer les résultats et lui propose de prendre contact avec le gynécologue de ville.

L'après-midi : visites à l'extérieur. Elle réalise la surveillance de grossesse pathologique sur ordonnance.

Elle voit ensuite 2 sorties PRADO. Un des 2 nouveau-né a des difficultés pour téter. Mme D. réalise une mise au sein et donne des informations à la maman sur l'allaitement : comment trouver une bonne position d'allaitement, que faire en cas de crevasse..

Fin d'après-midi (après 17h) : préparation à la naissance fréquentée par les futurs parents qui sortent du travail. Aujourd'hui, c'est visite de la maternité.

Mme D. fait le plein de carburant avant de rentrer à la maison.

3) Utilisation des compétences

Dans mon enquête, je constate que les sages-femmes exploitent largement les compétences qui leurs sont attribuées.

Leurs activités sont très diversifiées et plusieurs fois, au cours des entretiens revient la phrase « *je fais de tout sauf les accouchements* ».

Je remarque que les sages-femmes libérales et de CPP ont instauré des plages de consultations prénatales mais celles-ci sont très peu fréquentées par les femmes. En effet, les sages-femmes réalisent en moyenne 4 à 8 consultations prénatales par mois soit le suivi d'une dizaine de grossesses par an.

En réponse à cela, les sages-femmes expriment le fait que les patientes ne connaissent pas assez leurs compétences ou ne connaissent pas du tout l'existence de la profession « *on a été surpris, lors de notre installation en 2013, d'apprendre que les gens ne savaient pas ce qu'est une sage-femme..* » expliquent Mme G et Mr G.

Dans son ouvrage « *accoucher : femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXème siècle* » [30], Yvonne Knibiehler évoque le fait que les sages-femmes « *sont méconnues des femmes et que celles-ci tombent des nues quand elles apprennent que les sages-femmes font du suivi de grossesse* ». Elle évoque même le fait que la sage-femme est peut-être « *une espèce en voie de disparition* ».

Une sage-femme précise que les patientes réalisent le plus souvent la déclaration de grossesse chez le gynécologue-obstétricien ou le médecin traitant.

L'enquête périnatale de 2010 [15] montre que les gynécologues-obstétriciens de ville et de maternité déclarent 74,1% des grossesses, le médecin traitant en déclare 22,4% et la sage-femme hors maternité 1,8% (maternité 3,6%).

Par déduction, les femmes assurent leur suivi de grossesse chez la personne déclarant la grossesse.

Pourtant, il est important de noter les avantages du suivi de grossesse par la sage-femme.

La durée d'une consultation prénatale chez les sages-femmes de l'enquête est de 1 heure minimum. Cela permet un temps d'écoute, d'échange avec le couple sur la parentalité, la prévention, la vie de couple... et pas uniquement une visite médicale.

Les sages-femmes réalisent toutes de la préparation à la naissance et prennent le temps d'informer les patientes sur l'allaitement, la préparation du périnée avec le massage périnéal, l'accouchement, le portage du nouveau-né..

Une étude anglaise publiée en Août 2013 par *The Cochrane Library* [31] démontre tout l'intérêt du suivi continu de la grossesse et de l'accouchement par la sage-femme. En effet, sur les 16 242 femmes incluses dans l'étude, les chercheurs ont démontré que les patientes étaient moins susceptibles d'accoucher prématurément et de présenter des complications pendant le travail et l'accouchement

En recueillant l'activité des sages-femmes du canton de Vittel, je constate que la sage-femme libérale a réalisé 453 consultations de suivi de grossesses pathologiques et la sage-femme de PMI en a fait 53 en 2013. Il s'agit d'un travail sur prescription. La sage-femme qui est la professionnelle de la grossesse physiologique passe une bonne partie de son temps à s'occuper de grossesses pathologiques..

Malgré quelques demandes, aucune sage-femme ne fait d'accouchement. Mme G. nous dit « *je suis un peu nostalgique de ne plus faire d'accouchement mais de toute façon je n'ai pas les moyens de me payer une assurance* ». Selon la source [32], une assurance revient à environ 20 000€ par an.

Les sages-femmes libérales adhèrent toutes au PRADO. Ce moyen est pour elles « *une bonne façon de se faire connaître* » nous dit Mme T. C'est un moment d'échange où la sage-femme peut dépister un éventuel baby-blues chez la patiente, donner des informations sur l'allaitement. Elle peut également aborder la question de la rééducation périnéale ou simplement être à l'écoute de la patiente.

Les sages-femmes exploitent leurs nouvelles compétences notamment le suivi gynécologique de prévention. Dans le cadre de ce suivi, elles assurent la prévention et l'information auprès des femmes des modalités de réalisation d'une mammographie, sur le dépistage régulier du cancer du col de l'utérus tous les 3 ans ou sur les symptômes de la ménopause.

La sage-femme de PMI a un rôle de sensibilisation auprès des jeunes, lycéens et collégiens, en réalisant des informations de prévention sur la vie sexuelle et affective.

La sage-femme libérale du canton de Vittel a réalisé 54 consultations et celle du CPP n'en a fait qu'une. Force est de constater que les sages-femmes réalisent très peu de consultation. Cela est probablement dû à la mise en place récente de cette compétence et à la méconnaissance des patientes.

Les sages-femmes disposent du matériel de base nécessaire au suivi des patientes. Mais Mme J. exprime le fait qu'en milieu rural, *« il faut être autonome et avoir un bon sens clinique parce que si tu es au milieu de nul part et que tu as un problème, il va falloir te débrouiller seule en attendant une aide »*. Se pose alors la question de savoir si l'installation en libérale ou la prise de poste en PMI d'une jeune diplômée est judicieuse en milieu rural ?

4) Le réseau

Sur les 12 entretiens que j'ai mené, 10 sages-femmes trouvent leurs relations avec les autres professionnels de santé bonnes ou très bonnes. Les relations entre les sages-femmes de terrain (PMI et libérales) sont *« nécessaires »* déclare une sage-femme.

Si je prend l'exemple d'une patiente qui présente une menace d'accouchement prématuré : le gynécologue-obstétricien prescrit une ordonnance pour un suivi médical de grossesse à domicile par une sage-femme libérale.

Celle-ci intervient dans le suivi médical en effectuant des enregistrements du rythme cardiaque foetal.

La patiente continue de voir son gynécologue pour ses visites prénatales et la sage-femme renvoie la patiente en cas de problème.

Le gynécologue ou la sage-femme libérale peuvent faire appel à la sage-femme de PMI pour mettre en place une aide ménagère ou une psychologue.

« En milieu rural, il n'y pas de concurrence entre les sages-femmes libérales » déclare une sage-femme. Comme je l'ai vu dans la première partie, un avenant à la convention des sages-femmes libérales a été signé le 9 janvier 2012 [25] afin de rééquilibrer la répartition des sages-femmes pour une meilleure répartition de l'offre de soins.

Je peux ajouter à cela, que les sages-femmes sont en lien permanent. En effet, trois expliquent qu'elles se sont mises d'accord dès le départ *« si une patiente appelle pour une sortie PRADO mais que son domicile est plus proche de ma collègue, alors je la renvoie chez ma collègue »*.

Il est inconcevable, aujourd'hui, pour une sage-femme de rester isolée professionnellement, elle doit se faire connaître auprès des autres professionnels de santé. Bien que celle-ci recherche à travailler en autonomie, certaines situations peuvent dépasser ses compétences. Il est indispensable qu'elle travaille en binôme avec le gynécologue-obstétricien.

Dans les Vosges, l'association *co-naissance 88* organise des réunions autour de différents sujets. Toutes les sages-femmes (hospitalières ou de terrain) du département ainsi que les gynécologues-obstétriciens sont conviés afin de pouvoir se rencontrer et se faire connaître des autres.

J'ai remarqué qu'aucune sage-femme ne parle du carnet de maternité. Cet outil semble pourtant indispensable au travail en réseau. Actualisé par le plan de périnatalité 2005 – 2007 [14], ce carnet est délivré gratuitement au cours de la première consultation de grossesse, par la sage-femme de PMI, soit par envoi de la sécurité sociale.

II) DISCUSSION : PLACE ET RECONNAISSANCE

J'ai vu dans la première partie, la place privilégiée qu'avait la matrone auprès des femmes. Celle-ci intervenait seulement pour l'accouchement et les suites de couches, elle n'avait pas toujours les connaissances nécessaires au bon déroulement de l'accouchement mais les femmes lui faisaient confiance.

Tout le monde connaissait la matrone du village et elle était le seul « maître à bord ».

Au fil du temps, avec l'avancée de la recherche scientifique et la médicalisation de la grossesse, les sages-femmes ont progressivement été évincées pour laisser place aux accoucheurs.

Au cours de nos stages en PMI ou avec une sage-femme libérale, j'ai constaté qu'à la question « *qui vous a accouché ?* », les femmes ont souvent du mal de répondre « *c'est la sage-femme* » « *celle qui a les cheveux courts* », « *elle était grande et mince* ». Alors quelle sage-femme ?

Nos grands-mères et arrière-grands-mères se souviennent pourtant encore du nom de celle qui les ont aidé à accoucher.

Aujourd'hui, la sage-femme a perdu cette place privilégiée auprès des femmes alors qu'elle a gagné en compétences. Elle se forme régulièrement pour pouvoir répondre à la demande de ses patientes.

J'ai pu remarquer dans mon étude que la sage-femme rurale exerce peu ses compétences premières et traditionnelles (suivi prénatal, accouchement). Pourtant j'ai vu que celles qui réalisent les consultations prennent du temps pour assurer un suivi de qualité sur le plan médical mais aussi psychosocial.

De plus notre sage-femme rurale effectue beaucoup de travail sur prescription. Certes il est vrai qu'elle peut dépister des pathologies mais la surveillance de ces pathologies n'est pas sa compétence première.

En 2010 [15], 66,8% des femmes avaient consulté principalement un gynécologue-obstétricien pour le suivi de leur grossesse et 11,7% des femmes ont consulté une sage-femme.

Ne sommes-nous pas là dans une inversion de l'utilisation des compétences ? La sage-femme est-elle là pour pallier à la diminution du nombre de gynécologues-obstétriciens de ville, bien que cette profession se féminise. Yvonne Kniebehler [30] dit dans son ouvrage « *en France quand on n'est pas docteur on n'inspire pas confiance* ». Pourtant, la profession de sage-femme n'est-elle pas médicale à compétences définies ?

Dans une actualité en pleine demande de reconnaissance des compétences, que va-t-il en devenir ? Quel avenir pour les sages-femmes ? Espèce en voie de disparition ?

J'ai vu au cours de mes entretiens qu'aucune ne regrette son choix de travailler à la campagne et a une très forte proximité avec ses patientes. Une relation de confiance comme au temps de la matrone. Comment faire pour qu'elle puisse retrouver la place privilégiée auprès des femmes ?

Des pistes existent déjà, j'ai retenu :

- La communication orale des patientes sur les compétences de la sage-femme reste la manière la plus pertinente de les informer.

- Les maisons de santé :

Au sein des maisons de santé, les sages-femmes exercent les mêmes compétences que dans un cabinet libéral. Elles regroupent plusieurs professionnels, ce qui permet une prise en charge complète des patients.

Elles contribuent à rompre l'isolement des professionnels de santé libéraux et de maintenir une offre de soins de proximité afin de garder une attractivité de nos campagnes.

Les maisons de santé rurales sont un concept en plein essor que les sages-femmes peuvent utiliser pour faire connaître la profession.

- Le développement des maisons de naissances [33] :

En France, certaines femmes souhaiteraient revenir à un accouchement plus traditionnel mais sécurisé.

Le 6 Décembre 2013, la loi n°2013-1118 autorise l'expérimentation des maisons de naissances en France. Ces maisons de naissances existent déjà dans de nombreux pays voisins (Royaume-Uni, Allemagne, Suisse). L'autonomie des sages-femmes est le point essentiel de ses structures. Elles peuvent ainsi assurer un suivi global des patientes.

Dans les Vosges, une maison de naissances hospitalière a vu le jour le 18 Juin 2010 à Remiremont.

CONCLUSION

Nous venons de voir à travers ce mémoire, que la sage-femme rurale sillonne de nouveau les routes de la campagne lorraine.

Dans certaines zones très rurales leur nombre est encore trop restreint. Mais nous constatons que depuis Octobre 2013, début de notre étude : 3 nouvelles sages-femmes libérales se sont installées.

Nous avons rencontré des sages-femmes dynamiques, pleines d'énergie et de projets. Elles proposent tout un panel d'activités, se forment pour être le plus efficace possible pour leurs patientes, il ne manque donc que très peu de choses pour reprendre la place incontournable d'accompagnante de la femme de la puberté à la ménopause.

Notre champ de compétences ne cesse de s'élargir, et dans l'avenir il va sûrement encore s'agrandir. Mais nous avons découvert et été très étonné que les femmes fassent plus appel à ses nouvelles compétences qu'à ses compétences premières : consultations prénatales, accouchement. Serions-nous une nouvelle profession créée depuis peu et qui a besoin de se faire connaître ? Que faire pour que la sage-femme ne devienne pas une anonyme et puisse s'épanouir dans sa profession ?

Si aujourd'hui, toutes les femmes nous connaissaient mieux, ne redeviendrions-nous pas le premier recours de la femme qui débute sa grossesse ? A l'étude, pourtant à toute petite échelle sur le canton de Vittel, nous avons constaté le peu d'actes concernant la grossesse physiologique et qu'à travers cela, on peut comprendre le mal-être de la profession.

Afin d'ouvrir de nouvelles perspectives, il serait intéressant de savoir pourquoi si peu de femmes font appel à elles quand elles attendent un bébé ? Quelles représentations ont-elles de la sage-femme ? Ont-elles une représentation différente entre la sage-femme de la ville et celle de la campagne ? Pourquoi le médecin est-il devenu leur référence première quand elles sont enceintes ?

Problème d'information ou de communication ?

BIBLIOGRAPHIE

[1] INSEE : institut national de la statistique et des études économiques

Définition Espace rural

www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/espace-rural.htm (consulté le 21/10/13).

[2] Gélis J.

De la matrone à la sage-femme : les transformations de l'accoucheuse de campagne au XVIIIème siècle.

Pénélope ; 1981, pp. 33-35.

[3] Ficheux D.

Accoucheurs sous le roi soleil.

Thèse ; Amiens ; 1985, p. 151.

[4] Coulon-Arpin M.

La maternité et les sages-femmes : de la Préhistoire au XXème siècle, tomeII.

Paris : Les éditions Roger Dacosta ; 1982.

[5] La « machine » de Madame Du Coudray.

[En ligne]. Images disponibles sur : http://www.musees-haute-normandie.fr/objet.php3?lang=fr&idrub=72&id_article=805 (consulté le 12/02/14).

[6] Mauriceau F.

Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées.

Paris : 2712, 1712.

[7] CARRIER H.

Origines de la Maternité de Paris, Les maîtresses sages-femmes et l'Office des accouchées de l'ancien Hôtel Dieu (1378-1796).

Paris, 1888.

[8] cité par LEFAUCHEUR N.

La résistible création des accoucheurs des hôpitaux.

Le Progrès Médical ; 1922, n° du cinquantenaire, Sociologie du travail n° 2-88.

[9] CNOSF : Conseil national de l'Ordre des sages-femmes.

L'évolution de la formation.

[En ligne]. Disponible sur : [http://ordre-sages-](http://ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document/2/exercice_de_la_profession/histoire_de_la_profession/le_volution_de_la_formation_/index.htm)

[femmes.fr/NET/fr/document/2/exercice_de_la_profession/histoire_de_la_profession/le_volution_de_la_formation_/index.htm](http://ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document/2/exercice_de_la_profession/histoire_de_la_profession/le_volution_de_la_formation_/index.htm) (consulté le 15/01/14).

[10] Le DPC

Décret n° 2011-2117 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des sages-femmes.

[En ligne]. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr> (consulté le 20/02/14).

[11] HAS : Haute Autorité de Santé.

Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées.

Recommandations professionnelles, Mai 2007.

[12] Déclaration de grossesse par la sage-femme et examen post-natal.

Article L2122-1 du code de la santé publique modifié par la loi n°2004-806 du 9 août 2004 – article 101 paru au Journal Officiel le 11 août 2004.

[13] CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens de France.

Recommandations pour la pratique clinique (RPC), le diabète gestationnel,

Extrait des mises à jour publié le 10 Décembre 2010.

[14] Ministère des affaires sociales et de la santé

Plan de périnatalité 2005 – 2007 : humanité, proximité, sécurité, qualité.

[En ligne] Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf (consulté le 26/12/13).

[15] Blondel B. et Kermarrec M.

Enquête nationale périnatale 2010, Mai 2011

[En ligne]. Disponible sur

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf (consulté le 26/12/13)

[16] Suivi gynécologique de prévention

Article L.4151-1 (1er et 3ème alinéas) du code de la santé publique

Loi n° 2011-814 du 7 Juillet 2011, article 38).

http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=15862

[17] INSEE

Le rural lorrain : plus dynamique autour des villes, n° 306, Mars 2013

[En ligne] Disponible sur

http://www.insee.fr/fr/insee_regions/lor/themes/EL/EL306/EL306.pdf (consulté le 22/12/13).

[18] INSEE, Debard P.

Nouvelles ruralités en Lorraine : un «désir de campagne».

[En Ligne] Disponible sur http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=15862 (consulté le 23/11/13).

[19] INSEE

2 351 000 lorrains au 1er janvier 2011.

[En ligne] Disponible sur

http://www.insee.fr/fr/insee_regions/lor/themes/EL/EL328/EL328.pdf (consulté le 23/11/13).

[20] INSEE

Fécondité selon âge de la mère en 2012, mise à jour janvier 2014.

[En ligne] Disponible sur

http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=17&ref_id=poptc02202 (consulté le 10/03/14).

[21] Agence de la biomédecine

Synthèse régionale AMP Lorraine, 2011

[En ligne] Disponible sur [http://www.agence-](http://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/fiche_regionale_amp_lorraine_2011.pdf)

[biomedecine.fr/IMG/pdf/fiche_regionale_amp_lorraine_2011.pdf](http://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/fiche_regionale_amp_lorraine_2011.pdf)

(consulté le 11/01/14)

[22] Réseau périnatal lorrain

Carte des maternités et centres périnataux de proximité en Lorraine

[En ligne] Disponible sur <http://www.reseauperinatalloirain.org/> (consulté le 7/01/14)

[23] INSEE

Naissances, naissances hors mariage et taux de natalité en 2012, mise à jour janvier 2014.

[En ligne] Disponible sur [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=17&ref_id=poptc02201)

[reg_id=17&ref_id=poptc02201](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=17&ref_id=poptc02201) (consulté le 10/03/14)

[24] Conseil national de l'Ordre des médecins

La démographie médicale en région lorraine, situation en 2013.

[En ligne] Disponible sur [www.conseil-](http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/lorraine_2013.pdf)

[national.medecin.fr/sites/default/files/lorraine_2013.pdf](http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/lorraine_2013.pdf) (consulté le 28/02/14)

[25] Conseil national Ordre des sages-femmes

Signature de l'avenant à la convention des sages-femmes : analyse et observations

Contact sages-femmes, n°30, février 2012

[26] Arnault S. et Exertier A.

30 ans de restructuration des maternités.

DRESS, Avril 2010.

[27] *Le dragulinu de la santé*

Profession sage-femme, n° 201, Décembre 2013 / Janvier 2014. pp. 19-20.

[28] Fenaux C.

Du corps au cœur : pour que demeure l'essentiel.

Ed L'Harmattan, 2011.

[29] Enquête REAAP (réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents), Mars 2009

Parentalité en milieu rural, les problématiques.

[En ligne] Disponible sur http://www.unaf.fr/IMG/pdf/couv_reaap1.pdf (consulté le 15/10/13)

[30] Knibielher Y.

Accoucher. Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXème siècle.

Editions de l'école nationale de la santé publique, Rennes, 2007.

[31] Centre Cochrane français

Les femmes qui bénéficient de soins dispensés par une sage-femme tout au long de leur grossesse jusqu'à l'accouchement ont de meilleurs résultats. Août 2013.

[En ligne] Disponible sur

www.cochrane.fr/xml/NewsLetterTopics/Journaliste/Lettre_information_journalistes_-_Aout_2013.pdf (consulté le 14/02/14).

[32] Belhassen W.

L'accouchement à domicile en danger, la liberté de choisir en danger.

ONSSF : organisation nationale et syndicale des sages-femmes

[33] Pisani L.

L'expérimentation des maisons de naissance enfin lancée !

Contact sages-femmes n°37, Janvier – Février – Mars 2014.

Anna Salzberg

Une sage-femme en Picardie

Interview radio [En ligne] Disponible sur

http://www.arteradio.com/son/328408/la_sage_femme/ (consulté le 14/01/13)

Assurance Maladie

PRADO

[En ligne] Disponible sur www.ameli.fr

Blondin S.

Zones rurales, à votre santé.

éd. GINKGOéditeur, Octobre 2012.

Conseil national de l'Ordre des sages-femmes

Les compétences des sages-femmes et le code de déontologie.

éd. Novembre 2012

Cunha M.

Suivi et accompagnement de la grossesse dans un massif des Hautes-Vosges.

Thèse de doctorat en médecine, Nancy, Juin 1997.

Gélis J.

L'arbre et le fruit, la naissance dans l'Occident moderne XVIe – XIXe siècle.

éd. FAYARD, octobre 1984.

Granereau P.

Mémoires d'une sage-femme de campagne ou la sage-femme aux 3000 enfants.

Éd Association Femmes / Sages-femmes, Février 2013.

Ministère des Affaires sociales et de la santé

Les maisons de santé pluridisciplinaires rurales.

Circulaire du 27 Juillet 2010, article L.6323-3 du code de la santé publique,

[En ligne] Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/les-maisons-de-sante.html> (consulté le 27/11/13)

Minkowski A.

La maternité.

éd Fayard, Janvier 1983, 228 p.

