UNIVERSITÉ
PARIS DESCARTES

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un 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 toute poursuite pénale.

Liens

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4
Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine de Paris

ECOLE DE SAGES-FEMMES BAUDELOCQUE

Mémoire pour obtenir le

Diplôme d'Etat de Sage-femme

Présenté et soutenu publiquement

le : 8 avril 2011

par

Myrtille MAURY

Née le 02 janvier 1989

Nouvelles compétences en gynécologie et contraception :

quels intérêts portés par les patientes, quels enjeux pour les sages-femmes ?

DIRECTEUR DU MEMOIRE :
Mme WETZEL-DAVID Prisca Sage-femme, Paris

JURY :

M. le Pr CABROL Dominique	Directeur technique de l'ESF Baudelocque
Mme VEROT Christèle	Représentante de la directrice de l'ESF Baudelocque
M. DUTRIAUX Nicolas	Sage-femme, Maternité d'Argenteuil
Mme MENINAT Catherine	Sage-femme Enseignante, ESF Baudelocque
Mme SIMON-HEMION Laurence	Sage-femme, Clinique de Tournan-en-Brie

N° du mémoire : 2011PA05MA26

© Université Paris Descartes – ESF Baudelocque.

Je remercie,

Prisca Wetzel et Catherine Méninat pour avoir dirigé et guidé ce mémoire, pour leur soutien, leur disponibilité, leur patience et leurs conseils avisés,
le Pr Cabrol ainsi que toute l'équipe enseignante de l'école de sages-femmes de Baudelocque pour l'enseignement dispensé durant ces quatre années.

Je remercie également les professionnels de santé et les étudiants sages-femmes ayant participé à la distribution de mes questionnaires dans les services et tout particulièrement Aurélie Michon et Marie-Cécile Saliba,
toutes les femmes qui ont accepté de remplir mon questionnaire,
ainsi que tous les professionnels de santé qui ont de près ou de loin, permis à ce travail de voir le jour.

Enfin, je remercie, toute la promotion d'étudiantes sages-femmes 2007-2011, et tout particulièrement Amandine, Caroline, Céline, Lucie, Julia, Marion, Mélina, Sandrine et Sophie, pour tout ces moments formidables passés ensemble durant ces quatre années,
ma famille et mes proches pour leur soutien durant ces cinq années d'études et particulièrement ceux qui ont relu ce travail,
Judith, pour être là depuis 13 ans.

Glossaire

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ANEA : Association Nationale pour l'Etude sur l'Avortement

CNOSF : Conseil National de l'Ordre des Sage-Femme

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes et de l'Evaluation des Statistiques

FIGO : Fédération Internationale des Gynécologues Obstétriciens

FIV : Fécondation In Vitro

GM : Gynécologue Médical

GO : Gynécologue Obstétricien

HPST : Hôpital Patients Santé Territoires

HAS : Haute Autorité en Santé

ICM : International Community of Midwives

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

INPES : Institut National de Prévention et d'Education à la Santé

IPPF : International Planned Parenthood Federation

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MFPF : Mouvement Français pour le Planning Familial

MLAC : Mouvement de Libération de l'Avortement et de la Contraception

MLF : Mouvement de Libération de la Femme

MT : Médecin Traitant

NR : Non Renseigné

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PACES : Première Année Commune aux Etudes de Santé

PCEM1 : Premier Cycle des Etudes Médicales, 1ere année

SA : Semaines d'Aménorrhée

SF : Sage-Femme

USA : United States of America

Table des matières

Liste des tableaux 7
Liste des figures 8
Liste des annexes 9
Introduction 10
PREMIERE PARTIE 12
1. Généralités 12
1.2. Définition de la contraception 12
1.2. La contraception et l'interruption volontaire de grossesse (IVG) : statistiques 13
1.2.1. La contraception 13
1.2.2. L'Interruption Volontaire de Grossesse 14
2. Histoire de la légalisation de la contraception et de l'avortement 14
2.1. Contraception et avortement 14
2.2. De 1920 à 1942 : les lois répressives 15
2.3. De 1942 à 1967 16
2.3.1. Le Mouvement Français pour le Planning Familial 16
2.3.2. La loi Neuwirth 16
2.4. De 1967 à nos jours 17
2.4.1. Contexte de la loi Veil 17
2.4.2. La loi Veil 18
2.4.3. Depuis la loi Veil 18
3. La consultation de contraception 19
3.1. Déontologie 19
3.2. Critères à prendre en compte lors d'une consultation de contraception 19
3.3. Stratégies d'aide aux choix de la contraception 20
3.3.1. Le counseling 20
3.3.2. La démarche éducative 23
3.3.3 Exemple d'une population spécifique : les adolescentes 23
4. La sage-femme vis à vis de la contraception 25
4.1. Définition internationale de la sage-femme 25
4.2. Situation Européenne 25
4.3. Evolution du droit de prescription par la sage-femme de la contraception en France 26
4.3.1 Loi du 19 mai 1982 modifiant certaines dispositions du code de la santé publique relatives à l'exercice de la profession de sage-femme 26

4.3.2. Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique 26
4.3.3. Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients 27
DEUXIEME PARTIE 29
1. Problématique 29
2. Les objectifs 30
3. Les hypothèses 30
4. La méthodologie 31
4.1. Le cadre de notre enquête 31
4.2. La population ciblée 31
4.4. L'approche par questionnaire 31
5. Exploitation des résultats 32
5.1. Aspects quantitatifs 32
5.3. Description des résultats 33
5.3.1. Renseignements généraux concernant les patientes 33
5.3.2. A propos de la grossesse 36
5.3.3. Connaissances sur la profession de sage-femme et le droit de prescription 41
5.3.4. Satisfaction du suivi gynécologique 43
5.3.5. Nouvelles compétences des sages-femmes 52
TROISIEME PARTIE 60
1. Analyse des résultats 60
1.1. Caractéristiques générales de la population étudiée 60
1.2. Information des patientes sur les nouvelles compétences des sages-femmes 61
1.2.1. Connaissance de la profession de sage-femme 61
1.2.2. Connaissance du droit de prescription de la contraception par les sages-femmes 62
1.3. Attentes des patientes en matière de consultation gynécologique de prévention et d'entretien de contraception 63
1.4. La sage-femme face à ses nouvelles compétences : suivi gynécologique de prévention et contraception 66
2. Critique de l'étude 73
3. Nos propositions 74
Conclusion 75
Bibliographie 76
Annexes 81

Liste des tableaux

Tableau 1 : Répartition des sujets abordés par les patientes.....48
Tableau 2 : Répartition des sujets abordés par le médecin 49
Tableau 3 : Répartition des sujets souhaités par les patientes 51
Tableau 4 : Explications en lien avec la profession de sage-femme 58
Tableau 5 : Explications en lien avec les qualités humaines 58
Tableau 6 : Autres explications 58

Liste des figures

Figure 1 : Age des patientes 33
Figure 2 : Profession des patientes 33
Figure 3 : Exercice de la profession 34
Figure 4 : Parité 34
Figure 5 : Gestité 35
Figure 6 : Tabagisme 35
Figure 7 : Caractère programmé de la grossesse 36
Figure 8 : Grossesses non programmées en fonction de la parité et la gestité des patientes 36
Figure 9 : Contraception avant la grossesse 37
Figure 10 : Répartition des grossesses non planifiées en fonction de l'existence ou non d'une contraception 37
Figure 11 : Suivi gynécologique régulier 38
Figure 12 : Consultation d'un médecin pour une question de gynécologie en l'absence d'un suivi gynécologique régulier 38
Figure 13 : Fréquence des consultations / an 39
Figure 14 : Consultant pour le suivi gynécologique 39
Figure 15 : Professionnel médical consulté pendant la grossesse 40
Figure 16 : Niveau d'études des sages-femmes 41
Figure 17 : Statut de la profession de sage-femme 42
Figure 18 : Droit de prescription de la contraception 42
Figure 19 : Moyens de contraception connus 43
Figure 20 : Temps consacré à la consultation de suivi gynécologique 44
Figure 21 : Temps suffisant quel que soit la durée de la consultation 45
Figure 22 : Temps suffisant pour une durée de consultation de 10 minutes 45
Figure 23 : Temps suffisant pour une consultation de 15 minutes 46
Figure 24 : Temps suffisant pour une consultation d'une durée supérieure à 20 minutes 46
Figure 25 : Délai d'obtention d'un rendez vous 47
Figure 26 : Satisfaction globale du suivi gynécologique 50
Figure 25 : Connaissance de la loi HPST par les patientes 52
Figure 26 : Tarif d'une consultation par une sage-femme 53
Figure 27 : Tarif d'une consultation de suivi gynécologique 54
Figure 28 : Souhait de consulter une sage-femme 55
Figure 29 : Connaissance de la restriction concernant le suivi biologique de la contraception 59
Figure 30 : D'accord dans les dispositions de la loi pour consulter une sage-femme 59

Liste des annexes

Annexe 1 : Les différents moyens de contraception disponibles en France.....81
Annexe 2 : Questionnaire.....82

Introduction

L'accès à la contraception est une mesure de santé publique permettant la lutte contre les grossesses non prévues, et donc la prévention des interruptions volontaires de grossesse.
Le 21 juillet 2009, l'Assemblée Nationale et le Sénat adoptaient la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, loi dite HPST. Cette loi introduit le suivi gynécologique de prévention dans le champ de compétence des sages-femmes ainsi que la prescription de la contraception tout au long de la vie des femmes en bonne santé.
En élargissant le droit de prescription de la contraception du post-abortum et post-partum à toute la vie des femmes, cette loi augmente les moyens d'accès à la contraception pour les femmes. De plus en permettant aux sages-femmes d'assurer le suivi gynécologique de prévention des femmes en bonne santé, ce texte renforce la place des sages-femmes comme actrices de santé publique pour la santé des femmes.
Néanmoins la profession de sage-femme reste une profession méconnue du grand public, et les patientes ne connaissent pas l'étendue de nos compétences.

Nous avons choisi de travailler sur la question de l'intérêt que portent les patientes pour des consultations de contraception et de suivi gynécologique par les sages-femmes mais aussi de s'interroger sur les enjeux que cette loi entraîne pour la profession.
Nous avons réalisé une enquête par questionnaire auprès de patientes enceintes afin d'évaluer leurs connaissances sur les compétences des sages-femmes en matière de prescription de contraception, de connaître leur satisfaction pour leur suivi gynécologique et leurs entretiens de contraception actuels. Enfin notre troisième objectif était de montrer que les sages-femmes occupent une place privilégiée pour répondre aux attentes des patientes lors des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention en général.

Notre travail est organisé en trois parties : dans une première partie, nous présenterons l'historique de la légalisation de la contraception, étroitement liée à l'histoire de celle de l'interruption volontaire de grossesse, les différentes manières d'aborder la contraception en entretien de contraception et enfin la place de la sage-femme vis-à-vis de la contraception.
Après le cadre conceptuel ainsi explicité, nous exposerons dans la deuxième partie la méthodologie de notre enquête, ainsi que ses résultats.

Enfin, dans la troisième et dernière partie, nous analyserons et discuterons nos résultats afin de vérifier nos hypothèses.

PREMIERE PARTIE

1. Généralités

1.2. Définition de la contraception

La contraception comprend les méthodes permettant d'empêcher la rencontre de l'ovule et du spermatozoïde, le procédé peut être mécanique, chimique, hormonal ou naturel (observation du cycle et abstinence périodique). Par extension la contraception comprend aussi les moyens de contragestion empêchant la nidation de l'embryon fécondé tel que le dispositif intra-utérin (DIU). Au total, la contraception se définit comme l'ensemble des moyens permettant d'éviter une grossesse non prévue en cas de rapport sexuel. (1-4)

Elle doit répondre à cinq critères fondamentaux :

l'innocuité qui concerne les effets secondaires et indésirables liés aux antécédents personnels de la patiente ;

l'efficacité, qui est mesurée par l'indice de Pearl (nombre de grossesses observées pour 100 femmes par an utilisant une méthode de contraception donnée) ;

la réversibilité, qui concerne la non altération de la fécondité à l'arrêt de la méthode excluant donc la stérilisation à visée contraceptive ;

l'acceptabilité tant physique que psychologique qui conditionne l'observance de la méthode ;

le coût pour l'utilisatrice, dépendant du remboursement ou non par la sécurité sociale du moyen de contraception prescrit. (1,3,4)

D'après John Guillebaud, professeur émérite de planification familiale et de santé sexuelle et reproductive à l'*University College* de Londres, les critères de la contraception « idéale » sont les suivants :

- La contraception devrait être bon marché, facile d'accès, utilisable par le plus grand nombre, sans nécessité de recourir à un médecin. Ce qui est le cas du préservatif ou des méthodes dites naturelles, mais pas des contraceptifs hormonaux ou du DIU.

- Elle devrait être une méthode féminine car ce sont les femmes les premières concernées par les grossesses non prévues. Elles devraient pouvoir contrôler leur fécondité sans dépendre de la volonté des hommes.
- La contraception devrait être efficace à 100% et son utilisation devrait être simple, confortable et indépendante des rapports sexuels, en effet plus une contraception nécessite de manipulations plus il y a de risques d'échecs.
- La contraception devrait être réversible, sans effets indésirables dangereux pour la santé en ayant même des effets bénéfiques en dehors de la contraception elle-même (comme la prévention des IST, ou l'apparition de certaines autres maladies). (1,3,5)

Il est facile de constater que toutes les méthodes de contraception disponibles actuellement en France répondent à un ou plusieurs de ces critères mais aucune ne répond à tous.

Martin Winkler définit quant à lui trois lois de bonne contraception qui sont les suivantes :
« Loi n°1 : Il y a des méthodes de contraception plus efficaces que d'autres, mais, chaque fois qu'une grossesse n'est pas désirée, toutes les méthodes valent mieux que rien du tout !
Loi n°2 : La meilleure contraception n'est pas celle que le médecin préfère, mais celle que la femme (ou le couple) choisit librement, en connaissance de cause.
Loi n°3 : La sexualité change avec le mode de vie. La contraception aussi. » (1)

1.2. La contraception et l'interruption volontaire de grossesse (IVG) : statistiques

1.2.1. La contraception

En 2005, 73% des femmes âgées de 15 à 54 ans ayant eu des rapports sexuels dans les douze derniers mois déclarent utiliser un moyen de contraception pour éviter une grossesse non planifiée.
Parmi les femmes déclarant n'utiliser aucun moyen de contraception, 53,1% ne peuvent pas ou plus avoir d'enfant, 31% sont en attente d'une grossesse, 4,7% n'ont pas de partenaire, 2% ont des rapports exclusivement entre femmes (avec 6,3% de non réponses).
Au total le pourcentage des femmes concernées par une grossesse non programmée se déclarant sans contraception est de 3,2%.

Les contraceptifs utilisés en majorité sont les contraceptifs médicaux à 85,8%, contre 14,2% pour les méthodes non médicalisées telles que le préservatif ou les méthodes locales et naturelles. (6)

1.2.2. L'Interruption Volontaire de Grossesse

La conséquence de l'échec ou de l'absence de contraception est la grossesse non planifiée. Celle-ci peut être poursuivie ou interrompue de façon légale depuis la loi Veil de 1975.

En 2000, on estimait que 33% des grossesses étaient qualifiées de non prévues, contre 46% en 1975. Nous observons bien une diminution des grossesses non prévues grâce à la diffusion, la modernisation et l'augmentation des différents moyens contraceptifs en France. (Annexe 1)

Il est à noter que deux grossesses non prévues sur trois surviennent chez des femmes déclarant utiliser un moyen de contraception. (7,8)

Néanmoins le nombre d'avortements est stable depuis 1975, et est estimé à 200 000 par an en France.

Cette stabilité s'explique par le fait qu'en 1975 46% des grossesses étaient non prévues, et 41% se terminaient par une IVG, alors qu'en 2000, 33% des grossesses étaient non prévues et 61% aboutissaient à une IVG. (9,7)

Grâce à la légalisation de l'IVG, la grossesse non programmée n'est plus une fatalité, la maternité est dorénavant choisie et/ou acceptée par la femme.

Ce n'est plus un phénomène subi par la femme, grâce au recours possible à un moyen de contraception et à l'IVG en cas d'échec de ce dernier.

2. Histoire de la légalisation de la contraception et de l'avortement

2.1. Contraception et avortement

De tout temps, les couples ont mis en œuvre des moyens de régulation et d'espacement des naissances. Par manque de connaissance sur l'anatomie et la physiologie, les méthodes de contraception et d'avortement ont souvent été confondues et les taux d'échec restaient importants. La contraception, comme moyen de régulation des naissances, ne s'est répandue

en France que depuis le 18ème siècle. Les couples pratiquaient alors principalement les méthodes de l'abstinence et du retrait, méthodes qui demeurent imparfaites.
Les avancées scientifiques ont permis de dissocier les moyens préventifs, que sont les moyens de contraception, du moyen correctif qu'est l'IVG. (10-12)
L'histoire de leur légalisation en France est étroitement liée. En effet, la contraception a été légalisée dans le but de diminuer le nombre d'IVG car l'intervention entrainait des séquelles très importantes sur la fécondité et la santé de la femme qui la subissait de manière clandestine, en raison des conditions d'hygiène qui étaient souvent déplorables. La légalisation de la contraception n'ayant pas permis de diminuer le nombre de grossesses non planifiées, le législateur s'est trouvé dans l'obligation d'encadrer cette pratique pour permettre aux femmes qui désiraient mettre un terme à une grossesse, de le faire dans des conditions médicales et d'hygiène correctes. (13-15)

2.2. De 1920 à 1942 : les lois répressives

L'article 317 du code pénal de 1810 condamnait déjà l'avortement, interdit qui existait déjà depuis l'édit d'Henri II en 1556. Il est jugé comme un crime, mais les jurés populaires, ont alors une certaine indulgence pour les femmes qui se faisaient avorter.
Le 31 juillet 1920, est votée la loi réprimant la provocation à l'avortement et à la propagande anticonceptionnelle. Cette loi empêche toute forme d'éducation sexuelle et vise à maintenir la population dans l'ignorance du fonctionnement de son propre corps. Elle interdit également toute publicité pour les contraceptifs artificiels et réprime l'avortement et la complicité d'avortement.
Une loi votée le 27 mars 1923 correctionnalise l'avortement, il devient un délit et ce sont donc alors les magistrats qui le jugent (et non plus les jurés populaires), ce qui aggrave les sanctions. Le « code de la famille » de 1939 renforce les peines également et y inclut la simple tentative d'avortement.
Enfin, le régime de Vichy en 1942 déclare que l'avortement est un crime contre la sûreté de l'Etat et le rend donc passible de la peine de mort. Il est créé à cette période le Conseil de l'Ordre des Médecins, responsable de réguler la profession de médecin et d'appliquer des mesures disciplinaires.
Ces lois natalistes interviennent alors que la natalité est en baisse en France, en effet depuis les années 1870, la France vit une véritable transition démographique. (12,16)

Celle-ci s'explique de plusieurs manières, telle que l'entrée des femmes dans le salariat ou la généralisation de l'école qui élève les aspirations des femmes. (16)

2.3. De 1942 à 1967

2.3.1. Le Mouvement Français pour le Planning Familial

Aux USA, le *Birth Control* est reconnu par le gouvernement depuis les années 1930, ce mouvement est à l'origine de l'ouverture d'une clinique clandestine de régulation des naissances à Brooklyn par Margaret Sanger en 1914.

Marie-Andrée Lagroua Weil-Hallé, gynécologue, et Evelyne Sullerot, sociologue, après une visite d'un centre de *Birth Control* à New York, fondent la « Maternité Heureuse » le 8 mars 1956. Ce mouvement se définit comme un moyen de lutte contre les avortements clandestins, un moyen d'assurer l'équilibre psychologique du couple et d'améliorer la santé des mères et des enfants. Le mouvement prend le nom de « Mouvement Français pour le Planning Familial » ou MFPF en 1960 suite à son adhésion à l'IPPF : l'*International Planned Parenthood Federation.*

Le premier centre de planification familiale qui délivre des informations et des moyens de contraception est ouvert en 1961 à Grenoble. Ce centre délivre clandestinement des contraceptifs. Le MFPF crée un collège médical regroupant des médecins favorables à la contraception, en opposition avec le Conseil de l'Ordre des Médecins qui en 1962 déclare que *« le médecin n'a aucun rôle à jouer et aucune responsabilité à assumer dans l'appréciation des moyens anticonceptionnels, dans les conseils au public, ou les démonstrations relatives à ces moyens »*.(12,15,16)

2.3.2. La loi Neuwirth

Les femmes sont de plus en plus nombreuses à adhérer au MFPF et de plus en plus de médecins soutiennent le MFPF et ses actions, lorsque finalement le Conseil de l'Ordre des Médecins admet que *« le médecin n'a pas à s'en désintéresser (de la contraception) s'il veut la pleine santé et l'épanouissement des familles dont il est médicalement responsable »*.

Finalement lors de la campagne présidentielle de 1965, la question de la contraception est au centre des débats. C'est le sénateur Gaulliste Lucien Neuwirth, ancien résistant, qui dépose à l'Assemblée Nationale en juin 1966 une proposition de loi pour la légalisation de la

contraception. La loi ne sera votée que le 19 décembre 1967. Cette loi demeure tout de même très restrictive, elle interdit tout comme la loi de 1920 la publicité pour les moyens de contraception, elle exige le consentement parental pour les mineures et impose un contrôle médical par un système de carnet à souche. Il faudra attendre 1974 pour que le consentement parental ne soit plus exigé, et 1987 pour qu'une loi abroge les articles de loi concernant la publicité.

Le non-remboursement par la sécurité sociale de la contraception demeurera un frein à sa diffusion jusqu'aux décrets d'application de 1973 et 1974, au moment des discussions pour la réforme de la législation sur l'avortement, où certains moyens de contraception sont alors remboursés par la sécurité sociale. (12,15)

2.4. De 1967 à nos jours

2.4.1. Contexte de la loi Veil

En 1966 l'institut national d'étude démographique, l'INED estime le nombre d'avortements clandestins à 250 000, responsables de 250 décès par an.

En 1968 certains médecins, proches du MFPF, créent l'Association Nationale pour l'Etude sur l'Avortement, (l'ANEA) qui remet en cause la loi de 1920. D'un point de vue médical, les risques encourus lors d'un avortement clandestin sont très importants.

En 1970, des militantes du MFPF reconnaissent pratiquer des avortements dans leurs centres, des voyages sont organisés vers d'autres pays d'Europe où l'IVG est légale.

C'est en 1970 qu'est créé le Mouvement de Libération de la Femme (MLF), mouvement très militant en faveur du droit des femmes à disposer de leur corps.

Le 5 avril 1971, Le Nouvel Observateur publie le *« manifeste des 343 »*, regroupant les signatures de 343 femmes plus ou moins célèbres, déclarant avoir avorté et qui réclament le libre accès aux moyens de contraception et la légalisation de l'avortement.

En 1973, 331 médecins font paraître, à leur tour, un manifeste, déclarant qu'ils pratiquent des avortements. La loi de 1920 n'est pas applicable dans ces conditions. C'est cette année-là qu'est créé le Mouvement de Libération de l'Avortement et de la Contraception (MLAC) qui réunit entre autres, le MFPF, le MLF et les signataires du *« manifeste des 331 »*.

Il est créé des centres de planification familiale gérés par les usagers où il est pratiqué la méthode Karman sans que les pouvoirs publics n'entament de répression. (12,15)

La méthode Karman est la méthode d'aspiration qui est actuellement toujours utilisée dans les cas d'interruptions volontaires de grossesse ou de fausses couches spontanées précoces nécessitant une évacuation de l'utérus.

2.4.2. La loi Veil

Simone Veil dans son discours devant l'Assemblée Nationale le 26 novembre 1974, expose alors, sa volonté de légiférer en faveur de l'IVG, dans un pays où les autorités ne sont pas en mesure d'empêcher les avortements clandestins, et où la loi pénale ne peut être appliquée à toutes les femmes ayant avorté. Elle expose néanmoins sa conviction que l'avortement doit *« rester l'exception, l'ultime recours pour des situations sans issue »*.
Les opposants à l'IVG exposent l'argument de la baisse de la natalité qu'entraînerait la légalisation de l'IVG, or Simone Veil assure qu'il n'y a pas de lien entre la modification de la législation de l'avortement et l'évolution du taux de natalité dans les pays étrangers.
La loi est finalement adoptée le 29 novembre 1974 avec 284 voix pour contre 189 voix contre. Un réexamen de la loi est prévu au bout de cinq ans. (12,14,15)

2.4.3. Depuis la loi Veil

La loi Veil est votée définitivement le 30 novembre 1979. Le remboursement par la sécurité sociale de l'IVG fait partie des promesses de campagne du candidat à la présidentielle François Mitterrand. La loi le permettant, dite loi Roudy, est votée le 20 décembre 1982 ; pour ne pas alourdir le budget de la sécurité sociale, l'Etat prévoit une dotation spéciale pour permettre le remboursement de l'acte.
Le RU 486, permettant l'IVG médicamenteuse, obtient l'AMM en 1988.
Suite à des attaques des centres d'IVG par des commandos anti-IVG, le 27 janvier 1993 est votée une loi dite loi Neiertz, ou loi « d'entrave à l'IVG », qui condamne les personnes perturbant les centres hospitaliers où sont pratiquées des IVG.
En 2001 a lieu la réforme de la loi de 1975 par Martine Aubry et Elisabeth Guigou, adoptée le 4 juillet 2001 : cette loi fait passer le délai légal d'interruption volontaire de grossesse de 12 à 14 semaines d'aménorrhée, et permet aux mineures de recourir à l'IVG sans l'accord de leurs parents du moment qu'elles sont accompagnées par la personne majeure de leur choix. (12,14)

3. La consultation de contraception

3.1. Déontologie

L’article R. 4127-35 du code de Santé Publique, relatif à la déontologie des professions médicales, dispose que le praticien doit à la personne une information loyale, claire et appropriée. Il doit tenir compte de la personnalité du patient et veiller à sa compréhension. (17)

L'information est également un droit reconnu au patient depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (article L. 1111-2 du code de la santé publique)

Le consentement du patient à un traitement devra se faire de manière libre et éclairée et pourra être retiré à tout moment comme le dispose l'article L. 1111-4 du code de la Santé Publique depuis la loi du 4 mars 2002. (18)

3.2. Critères à prendre en compte lors d'une consultation de contraception

Comme le souligne l'agence nationale d’accréditation et d’évaluation en santé (ANAES), devenue la haute autorité en santé (HAS) en 2004, dans ses recommandations pour la pratique clinique, la meilleure contraception est celle que la femme ou le couple choisisent de façon libre et éclairée après une information claire. (19)

En effet, il est montré dans la littérature que le choix de la méthode de contraception par la patiente est associé à une meilleure satisfaction ainsi qu'à une utilisation plus élevée de la méthode (preuve de niveau 3). (19)

Il existe cependant des critères que le praticien se doit de prendre en compte lors de la prescription d'une contraception.

Selon l'ANAES, il se doit :

- d'adapter sa prescription à chaque patiente ;
- d’étendre le champ de son entretien au delà des seuls critères médicaux ;
- d’explorer les motivations de la patiente vis-à-vis de la contraception ;
- d’accompagner la patiente ou le couple dans la réflexion ou le choix de la méthode de contraception la plus adaptée pour elle.

Lorsque la patiente utilise une contraception, les risques d'échecs sont nombreux :

- absence d'utilisation régulière de la méthode (et non utilisation de la contraception d'urgence) ;
- absence ponctuelle de la méthode de contraception ;
- arrêt de la méthode utilisée sans remplacement par une autre méthode.

Parmi les femmes se retrouvant en échec de contraception, les motifs les plus fréquents sont la méconnaissance de l'utilisation de la méthode ou un mauvais usage de celle-ci.

Elles n'ont pas prévu le rapport sexuel, et ne prennent pas conscience du risque, ou s'en remettent à la chance pour éviter une grossesse non prévue. Certaines ne disposent pas de méthode de contraception et ne savent pas où il est possible de s'en procurer, d'autres encore arrêtent ou refusent une contraception suite à une première expérience difficile. (19)

Toutes ces questions devraient être abordées lors d'une consultation de contraception en prenant en compte les facteurs psychologiques, démographiques, sociologiques et économiques qui rendent chaque femme unique.

3.3. Stratégies d'aide aux choix de la contraception

Selon les recommandations pour la pratique clinique émises par l'ANAES, l'INPES et l'AFSSAPS en décembre 2004 concernant les « stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme » (19), l'entretien peut être conduit grâce à des outils de communication que sont le « counseling » et la « démarche éducative ».

3.3.1. Le counseling

Le counseling est une méthode qui renvoie à une démarche d'accompagnement de la personne en favorisant l'expression de son choix. Il repose sur des bases d'empathie envers la personne et de respect (ici pour sa sexualité, ses sentiments, son attitude et ses besoins). D'autre part il engage le soignant à conserver le maximum de neutralité vis-à-vis des démarches abordées et des informations fournies. (19-21)

Lors de l'entretien de contraception, l'approche par le counseling repose sur six principes : (20)

- Le respect de toutes les patientes, quelque soit leur âge, leur situation de famille, leurs origines et leurs pratiques sexuelles.

- Chaque patiente étant une personne différente, le consultant se doit de poser des questions, d'écouter et de répondre aux besoins propres à chacune.

- Le consultant doit donner une information appropriée de manière à ce que la patiente puisse faire un choix éclairé. Il doit donner seulement les renseignements utiles à la patiente pour qu'elle ne soit pas submergée d'informations.

- L'information doit être personnalisée et le praticien doit aider les patientes à comprendre ce que l'information signifie pour elles.

- La méthode de contraception prescrite doit être celle que la patiente choisit en dehors d'une contre-indication médicale.

- Le consultant se doit d'aider les patientes à se rappeler le mode d'utilisation de la méthode.

Dans la méthode de l'OMS, chaque étape de la consultation de contraception est reprise par les lettres de l'acronyme *GATHER* en anglais ou **BERCER** en français qui correspond aux mots suivants **B**ienvenue, **E**ntretien, **R**enseignement, **C**hoix, **E**xplication et **R**etour. (en Anglais : *Great, Ask, Tell, Help, Explain, Return*) (19-21)

Bienvenue : C'est le temps d'accueil de la patiente, le praticien se présente, rappelle le caractère confidentiel de la consultation et en explique le rôle, les objectifs et son déroulement. Cette étape favorise la relation de confiance entre le consultant et la patiente et permet de la rassurer.

Entretien : C'est la phase où le consultant pose des questions et écoute la patiente. La patiente peut y exprimer ses sentiments, ses envies, ses besoins et ses questions sur la contraception. Le consultant recueille ainsi ces informations et des informations d'ordre médicales en posant des questions ouvertes simples et brèves.
Cette partie de l'entretien permet le diagnostic éducatif partagé qui fait partie de la démarche éducative.

Renseignement : C'est le moment de l'entretien où le praticien délivre une information personnalisée, hiérarchisée, simple et adaptée à sa patiente tout en s'assurant de la compréhension de ses explications. Il abordera le mode d'emploi, l'efficacité en pratique

courante, les contre-indications, les avantages, les inconvénients, les effets secondaires, les risques et le coût des méthodes de contraception qui intéressent la patiente et qui lui seront proposées.
Le praticien peut s'appuyer sur des documents visuels, écrits ou des échantillons pour étayer son propos.

Choix : Lors de cette étape, le professionnel doit souligner que la décision finale appartient à la patiente. Il a la possibilité de l'aider dans son choix en attirant son attention sur l'adaptation de la méthode à son mode de vie, sa situation familiale, ses préférences, les bénéfices et les risques des différentes méthodes, ainsi que sur les conséquences de son choix. Il doit aider la femme à identifier ses propres ressources qui lui permettront de s'approprier au mieux la méthode choisie.

Explication : C'est une étape de discussion autour de la méthode choisie et de son emploi. Elle comprend, si possible, une démonstration de son usage. Une manipulation par la patiente elle-même est souhaitable. Elle contient également une information sur les effets secondaires et la conduite à tenir. Il est important que le praticien souligne ici les moyens de rattrapage en cas d'échec de la méthode choisie, ainsi que les lieux et les conditions dans lesquels la femme peut se les procurer.
Le consultant peut s'appuyer ici sur des documents écrits et en délivrer à la patiente.
Il programme ensuite la prochaine consultation de suivi et explique à la patiente les raisons qui devront l'amener à consulter en urgence.

Retour : Les consultations de suivi permettent de réévaluer la méthode et son utilisation, de vérifier qu'elle est adaptée à la patiente et qu'elle en est satisfaite. Dans le cas contraire, elle constitue une opportunité pour compléter l'information ou changer de méthode. Cette phase prend en compte les modifications affectives, sociales et personnelles de la patiente.
L'entretien se termine par la programmation et la planification de la prochaine consultation de suivi. (19,22,20,21)

3.3.2. La démarche éducative

La démarche éducative qui est intégrée dans le temps de l' « **E**ntretien » dans la méthode BERCER permet l'établissement d'un diagnostic éducatif partagé.

C'est une démarche de partenariat pédagogique centré sur la patiente elle-même, visant à promouvoir sa santé tout en la rendant autonome dans sa propre prise en charge. Cette approche individualisée se fonde sur ce que la patiente **est**, ce qu'elle **sait**, ce qu'elle **croit**, ce qu'elle **redoute** et ce qu'elle **espère** et sur ce que le soignant **est**, **sait**, **croit** et **espère**.

Le diagnostic éducatif permet à la consultante avec l'aide d'un professionnel, d'identifier ses besoins, d'appréhender les aspects de sa personnalité et de prendre en compte ses demandes. (19)

Six groupes de questions permettent cette réflexion :

- Ce qu'elle **a** (dimension biomédicale) : son état de santé, ses facteurs de risques, ses antécédents personnels et familiaux, ses maladies et traitements au long cours éventuels, son histoire vis à vis de la contraception, les méthodes qu'elle a déjà utilisées.

- Ce qu'elle **fait** (dimension socioprofessionnelle) : sa situation familiale et professionnelle, ses activités sociales et de loisirs, son lieu de vie, son niveau de ressources et sa couverture sociale.

- Ce qu'elle **sait** (dimension cognitive) : les connaissances qu'elle possède en matière de contraception : les méthodes disponibles, leur utilisation, leurs effets indésirables.

- Ce qu'elle **croit** (dimension cognitive) : ses croyances relatives aux bienfaits ou aux méfaits des méthodes contraceptives, ses croyances liées à sa culture, à sa situation familiale, à son éducation et à son parcours.

- Ce qu'elle **ressent** (dimension psycho-affective) : au sujet de sa vie affective et sexuelle, vis à vis de sa contraception (inquiétude, résignation, impuissance, motivation)

- Ce dont elle a **envie** (projet de la personne) : ses projets, son désir de grossesse future et la façon dont elle envisage de suivre la contraception. (19,21,22)

3.3.3 Exemple d'une population spécifique : les adolescentes

L'adolescence est un moment de bouleversement autant physique que psychique.

Chez l'adolescente, l'enjeu de l'entretien de contraception est triple :

- Eviter une grossesse non prévue ;

- Eviter le traumatisme d'une IVG ;

- Prévenir la transmission des IST.

Compte tenu de l'âge et du manque d'expérience, le sujet de la sexualité et de la contraception peut être difficile à aborder pour ces jeunes femmes.

Il est important que l'adolescente soit reçue sans ses parents, néanmoins, il convient de les évoquer et d'évoquer la relation parents-adolescent avec la jeune femme.

L'entretien de contraception chez une adolescente ne comprendra pas d'examen gynécologique en l'absence d'antécédents particuliers, de même, les examens biologiques pourront être repoussés à une prochaine consultation.

La contraception chez l'adolescente demande une planification et un suivi régulier.

Le consultant doit être ouvert et positif sans porter de jugement sur la sexualité de l'adolescente, il doit être disponible, empathique et doit favoriser le dialogue en prenant garde à ne pas mobiliser la parole afin que la jeune femme se sente libre et en confiance.

Le schéma d'un entretien de contraception avec une adolescente pourrait être celui-ci :

- Engager le dialogue, poser des questions sans être intrusif ;
- Parler de ses besoins, de l'éventualité d'une grossesse, de ses représentations sur le sujet ;
- La rassurer sur sa normalité ;
- Parler avec elle de l'importance et de la manière de refuser un rapport sexuel si elle n'en a pas envie ;
- Aborder avec elle les freins possibles à l'utilisation d'une méthode de contraception (opinion de son partenaire, achat, approvisionnement de la méthode) ;
- La laisser aborder ses préférences ou ses réticences pour tel ou tel moyen de contraception ;
- Ne pas oublier de parler des effets bénéfiques y compris non contraceptifs et des effets indésirables de la méthode choisie ;
- Lui donner des conseils pour respecter l'observance de la méthode choisie ;
- Apporter des informations sur la conduite à tenir en cas d'oubli, de non-utilisation de la contraception ou de rupture de préservatifs. Il faut notamment insister sur la gratuité et l'anonymat de la délivrance de la contraception d'urgence par levonorgestrel en pharmacie pour les mineures, ou auprès des infirmières scolaires ;
- L'informer sur les préservatifs, les IST dont le VIH ;
- Programmer et planifier les consultations suivantes. (19)

4. La sage-femme vis à vis de la contraception

4.1. Définition internationale de la sage-femme

La définition de la sage-femme selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la Confédération Internationale des Sages-Femmes (ICM) est la suivante : « *Une sage-femme est une personne qui a suivi un programme de formation de sage-femme reconnu dans son pays, a réussi avec succès les études afférentes et a acquis les qualifications nécessaires pour être reconnue ou licenciée en tant que sage-femme. Elle doit être en mesure de donner la supervision, les soins et les conseils à la femme enceinte, en travail et en période post-partum, d'aider lors d'un accouchement sous sa responsabilité et prodiguer les soins aux nouveaux-nés et aux nourrissons. Ces soins incluent des mesures préventives, le dépistage des conditions anormales chez la mère et l'enfant, le recours à l'assistance médicale en cas de besoin et l'exécution de certaines mesures d'urgence en l'absence du médecin. Elle joue un rôle important en éducation sanitaire, non seulement pour les patientes, mais pour la famille et la communauté. Son travail doit inclure l'éducation prénatale et la préparation au rôle de parents et doit s'étendre dans certaines sphères de la gynécologie, de la planification familiale et des soins à donner à l'enfant. La sage-femme peut pratiquer en milieu hospitalier, en clinique, à domicile ou en tout autre endroit où sa présence est requise. »(23)*

4.2. Situation Européenne

En 2009, l'Ordre National des Sages-Femmes a effectué une enquête auprès des organismes régulateurs de la profession de sage-femme dans 31 pays européens. Cette enquête a pour objectif de donner un aperçu des principales caractéristiques de la profession de sage-femme dans différents pays d'Europe. (24)

Les résultats de l'enquête montrent que la prescription de contraceptifs fait partie de la compétence des sages-femmes dans trois pays d'Europe : La France, La Suède et la Norvège.

4.3. Evolution du droit de prescription par la sage-femme de la contraception en France

4.3.1 Loi du 19 mai 1982 modifiant certaines dispositions du code de la santé publique relatives à l'exercice de la profession de sage-femme

C'est le 19 mai 1982 qu'est modifiée la loi n°67-1176 du 28 décembre 1967, relative à la régulation des naissances, abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique.
L'article 3 de la loi du 28 décembre 1967 modifiée dispose que : «*Les sages-femmes sont habilitées à prescrire les diaphragmes, les capes ainsi que les contraceptifs locaux. La première pose du diaphragme ou de la cape doit être faite par un médecin ou une sage-femme.* » (25)

Le 22 juin 2000, un grand nombre d'articles de cette loi est abrogé.
L'article 3 est remplacé par l'article L.5134-1 du code de la santé publique, qui dispose alors des mêmes principes. (26)

De même, dans l'article L.4151-1 du code de la santé publique, est inscrit que : « *L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la participation aux consultations de planification familiale.* » (27)

4.3.2. Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

Dans le rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, un des objectifs est : « *d'assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence, et à l'interruption volontaire de grossesse dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours.* » (28,29)
C'est cette loi, en modifiant l'article L.4151-1 du code de la Santé Publique, qui dispose alors que : « L*'examen postnatal peut être pratiqué par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique*. » (30)

Et l'article L.5134-1 du code de la santé publique, dispose alors que : « *Les sages-femmes sont habilitées à prescrire une contraception hormonale dans les suites de couches, lors de l'examen post-natal et après une interruption volontaire de grossesse.* » (31)

4.3.3. Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients

La loi dite Hôpital Patient Santé Territoire, portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, publiée au Journal Officiel le 22 juillet 2009 étend les compétences des sages-femmes en matière de contraception et de suivi gynécologique.

En effet, la loi modifie l'article L.4151-1 du code de la santé publique qui dispose dorénavant que « *L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins post-nataux en ce qui concerne la mère et l'enfant.[...] L'examen postnatal peut être pratiqué par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique.*

L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique. » (32,33)

La loi modifie également l'article L.5134-1 du code de la santé publique qui dispose alors que : « *II. Les contraceptifs intra-utérins ainsi que les diaphragmes et les capes ne peuvent être délivrés que sur prescription d'un médecin ou d'une sage-femme et uniquement en pharmacie ou dans les centres de planification ou d'éducation familiale. La première pose du diaphragme doit être faite par un médecin ou une sage-femme. L'insertion des contraceptifs intra-utérins ne peut-être pratiquée que par un médecin ou une sage-femme. Elle est faite soit au lieu d'exercice du praticien, soit dans un établissement de santé ou dans un centre de soins agréé.*

III. Les sages-femmes sont habilitées à prescrire les contraceptifs locaux et les contraceptifs hormonaux. La surveillance et le suivi biologique sont assurés par le médecin traitant. » (34)

En l'état actuel de la législation, la sage-femme peut donc prescrire une contraception hormonale sans restriction en procédant aux examens complémentaires éventuellement nécessaires en l'absence d'antécédents personnels et familiaux notables. Mais, elle peut également renouveler une contraception hormonale, car d'après les recommandations de

l'ANAES de décembre 2004, il n'est pas nécessaire d'effectuer un bilan biologique une fois par an si le premier examen est normal. (19)

Néanmoins, la sage-femme doit renvoyer sa patiente vers son médecin traitant pour la surveillance au long cours de cette contraception hormonale et le suivi biologique recommandé tout les 5 ans en l'absence d'antécédents particuliers.

DEUXIEME PARTIE

1. Problématique

Comme nous venons de l'évoquer, la loi du 21 juillet 2009 donne aux sages-femmes la compétence d'effectuer le suivi gynécologique de prévention et de prescrire la contraception tout au long de la vie des femmes en bonne santé.

La sage-femme joue déjà un rôle essentiel dans la santé des femmes en effectuant le suivi de la grossesse, de la conception aux suites de couches dans la limite de la physiologie.
C'est l'interlocutrice privilégiée des femmes dans une période particulière de la vie qu'est la maternité et la mise au monde d'un enfant. Elle est déjà amenée à dispenser des informations et à agir dans des domaines de santé publique très variés comme le tabagisme, l'alimentation et la lutte contre l'obésité, la prévention des cancers du col de l'utérus, ou la prévention des IST.
Elle est à même, par sa formation sur la physiologie, de dépister les facteurs de risque de pathologie et d'orienter la patiente vers un médecin.

Par la possibilité d'exercer dans le domaine de la planification et de l'éducation familiale, la sage-femme jouait déjà un rôle important dans la prévention des grossesses non prévues.
La loi Hôpital Patient Santé Territoire renforce cette action en permettant aux sages-femmes non plus seulement de prescrire la contraception en post-partum et en post-abortum, mais également tout au long de la vie des femmes en bonne santé.
La pénurie grandissante de gynécologues encourage le gouvernement à étendre les compétences des sages-femmes, mais les patientes, pourtant les principales intéressées ne sont souvent pas informées de ces changements qui passent inaperçus, car la profession de sage-femme reste une profession assez mal connue du grand public. (35)

Dans l'état actuel de la loi, compte tenu de l'enjeu de santé public que représente l'accès à la contraception et le suivi gynécologique régulier, quels peuvent être les avantages et les inconvénients pour les patientes à consulter une sage-femme pour leur suivi gynécologique de prévention et particulièrement pour la contraception ?

L’obligation de lecture du bilan biologique du suivi de la contraception par un médecin, ne sera-t-elle pas un frein pour les patientes qui devront consulter une sage-femme et un médecin pour le suivi biologique de leur contraception ?
Quelles sont les raisons médicales ou humaines qui peuvent amener les femmes à consulter une sage-femme pour leur suivi gynécologique et la prescription de leur contraception ?
De plus pour permettre la mise en place de ces nouvelles compétences, quels sont les enjeux pour la profession de sage-femme ? La formation actuelle, que ce soit celle dispensée en école de sage-femme ou en formation continue, est-elle suffisante en gynécologie ?

2. Les objectifs

Par ce travail, nous souhaitons évaluer les connaissances des patientes sur les compétences des sages-femmes en matière de prescription de contraception.
Nous voulons identifier les attentes des femmes concernant les consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention.
Ainsi nous pourrons évaluer l'intérêt des femmes pour des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention menées par les sages-femmes.

3. Les hypothèses

Afin d'établir notre étude, nous avons posé les hypothèses suivantes :

- Les patientes ne sont pas informées des nouvelles compétences des sages-femmes en matière de prescription de contraception.
- L’offre en matière de suivi gynécologique et d'entretien de contraception ne correspond pas toujours aux attentes des patientes.
- Les sages-femmes ont une place privilégiée pour répondre aux attentes des patientes lors des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention en général.

4. La méthodologie

4.1. Le cadre de notre enquête

Nous avons réalisé notre enquête par questionnaire dans deux maternités et deux cabinets de sages-femmes libérales en région parisienne.
Il s'agit de la maternité de Port Royal dans le 14ème arrondissement de Paris et de la maternité des Bluets dans le 12ème arrondissement de Paris.
La maternité de Port Royal, qui appartient à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, est une maternité de type III réalisant environ 3000 accouchements par an.
La maternité des Bluets est un établissement privé à but non lucratif participant à la mission de service public. C'est une maternité de type I réalisant environ 2800 accouchements par an.
Les cabinets de sages-femmes libérales, Marie-Cécile Saliba et Aurélie Michon se situent respectivement dans le 14ème arrondissement de Paris et à La Varenne Saint Hilaire, dans le Val de Marne.

L'enquête a été réalisée entre les mois d'octobre et de décembre 2010.

4.2. La population ciblée

L'enquête s'adressait à toutes les patientes enceintes au delà de 24 semaines d'aménorrhée révolues, soit à partir du sixième mois de grossesse.
Le choix du terme comme simple critère d'exclusion nous permet de toucher une population de patientes, qu'elles soient nullipares ou multipares, qui ont toutes eu des contacts avec les différents professionnels médicaux qui suivent la grossesse.

Nous avons exclu de l'enquête les patientes ne comprenant pas suffisamment le français pour répondre aux questions.

4.4. L'approche par questionnaire

L'approche par questionnaires nous a semblé être le choix de recueil de données le plus pertinent pour notre étude. (Annexe 2)

Les patientes ont été interrogées dans le cadre du suivi anténatal : soit en consultations prénatales, soit dans le cadre des consultations des explorations fonctionnelles, soit dans le cadre des séances de préparation à la naissance et à la parentalité.
Aux Bluets, les questionnaires ont été distribués en main propre soit par nous-mêmes, soit par l'aide-soignante accueillant les patientes, soit par les sages-femmes.
A Port-Royal, les questionnaires ont été distribués en main propre soit par nous-mêmes, soit par l'aide-soignante accueillant les patientes, soit par les étudiants sages-femmes en stage dans les services concernés.
Dans les cabinets libéraux, les questionnaires ont été proposés par les sages-femmes libérales.

L'étude portant sur la contraception, nous nous sommes posés la question du moment le plus adapté pour les patientes pour remplir le questionnaire, et nous avons décidé de ne pas distribuer le questionnaire en suites de couches considérant que les patientes pouvaient alors être moins disponibles et nous assurant également qu'elles sont à distance d'un entretien de contraception.

Au total 33 questions ont été posées aux patientes participant à cette étude, dont 17 questions à choix multiples et 16 questions ouvertes.

5. Exploitation des résultats

5.1. Aspects quantitatifs

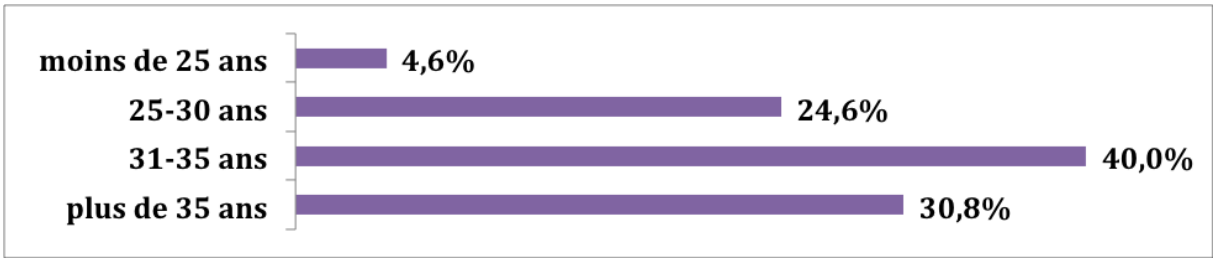
Au total 132 questionnaires ont été recueillis (142 distribués) dont deux ont été inexploités en raison de problèmes de compréhension de la langue française, soit un total de 130 patientes interrogées.
La majorité des questionnaires ont été recueillis aux Bluets car nous étions en stage durant la période d'étude et ils nous a donc été plus facile de distribuer des questionnaires sur ce lieu.

5.3. Description des résultats

5.3.1. Renseignements généraux concernant les patientes

- **Quel âge avez-vous ?**

Figure 1 : Age des patientes



La population étudiée compte 130 patientes réparties dans toutes les catégories d'âge.

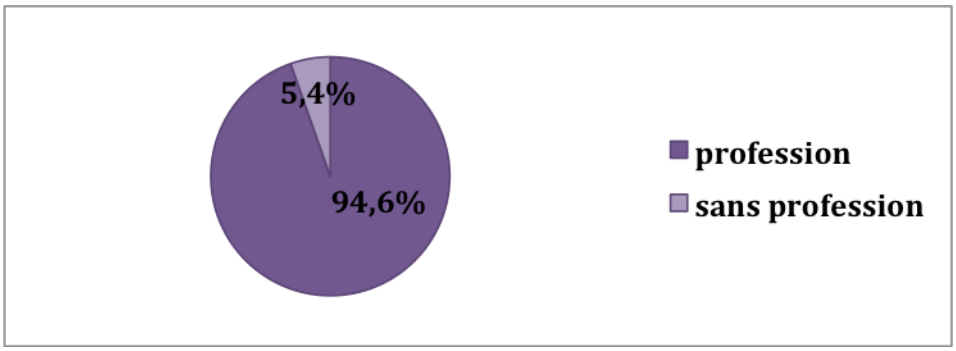
La moyenne d'âges des patientes est de 32,6 ans.

La médiane des âges des patientes est 32 ans.

La patiente la plus âgée a 47 ans, la plus jeune a 19 ans.

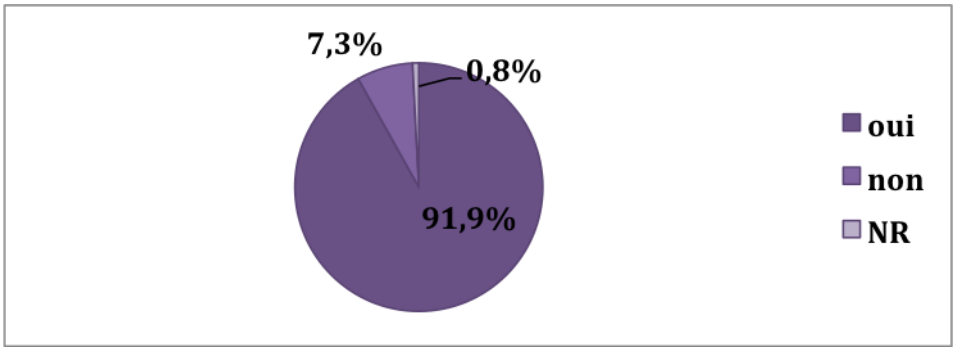
- **Avez-vous une profession ?**

Figure 2 : Profession des patientes



- **L'exercez vous ?**

<u>Figure 3</u> : Exercice de la profession



La majorité des patientes ont une profession (94,6%) et parmi celles-ci, la majorité l'exerce pendant la grossesse (91,9%). La population étudiée possède un niveau socio-économique élevé.

- **Combien avez vous d'enfants ?**

<u>Figure 4</u> : Parité



La majorité des patientes sont primipares (56,7%).
Le nombre moyen d'enfants par femme ayant répondu au questionnaire est de 1,5.

- **Combien avez-vous eu de grossesses ?**

<u>Figure 5</u> : Gestité

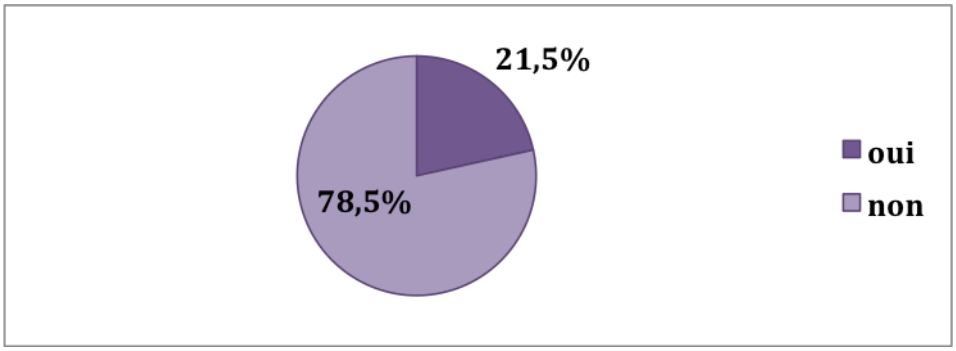


La majorité des patientes sont multigestes (62,3%).

Le nombre moyen de grossesses par femme ayant répondu au questionnaire est de deux.

- **Fumez vous ?**

<u>Figure 6</u> : Tabagisme

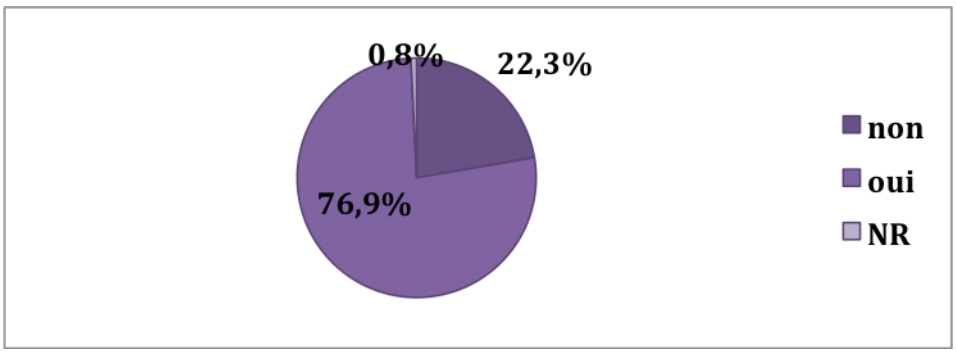


Dans la population étudiée, 21,5% des femmes déclarent fumer avant ou pendant la grossesse.

5.3.2. A propos de la grossesse

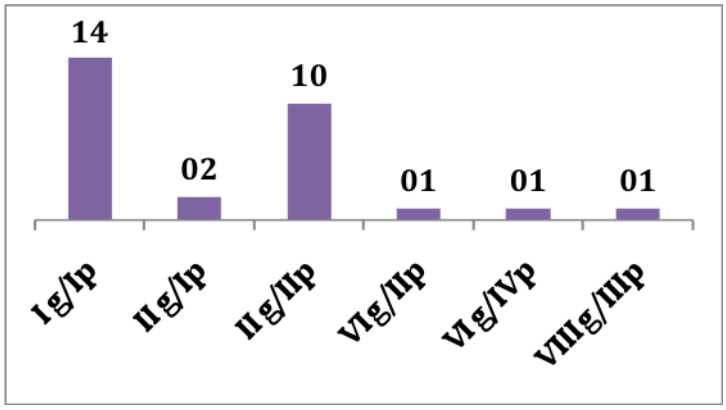
- **La grossesse était-elle programmée ?**

<u>Figure 7</u> : Caractère programmé de la grossesse



Dans la population étudiée, 22,3% des patientes (soit 29 patientes sur 130) déclarent que la grossesse actuelle n'était pas programmée.

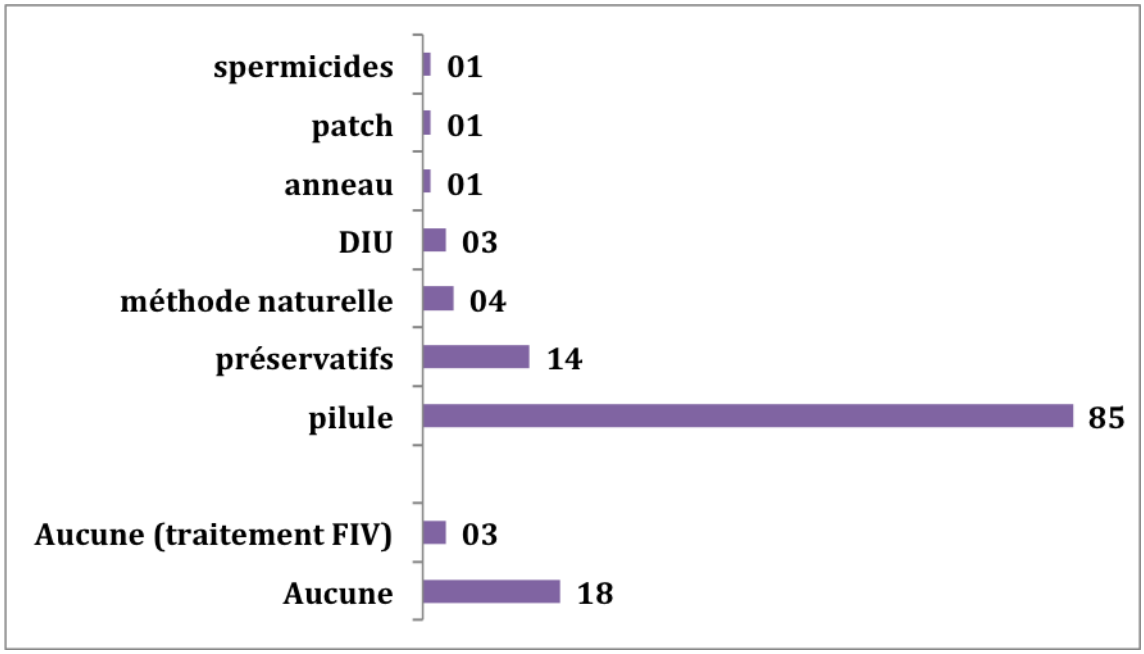
<u>Figure 8</u> : Grossesses non programmées en fonction de la parité et la gestité des patientes



Parmi ces 29 patientes, 14 sont des primigestes/primipares, 10 sont des deuxième gestes/deuxième pares et 2 sont des deuxième gestes /primipares.

- **Quelle était votre contraception avant la grossesse ?**

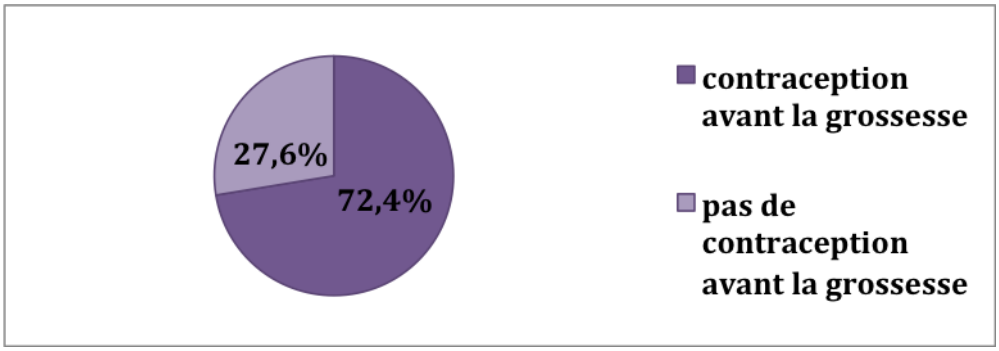
<u>Figure 9</u> : Contraception avant la grossesse



Au total, 109 patientes sur 130 soit 83,8% de notre échantillon de patientes utilisaient un moyen de contraception avant la grossesse.

Le moyen de contraception le plus utilisé est la pilule avec 85 patientes sur 109, suivie par le préservatif pour 14 patientes. 21 patientes déclarent n'avoir utilisé aucun moyen de contraception avant la grossesse dont trois pour des raisons d'infertilité.

<u>Figure 10</u> : Répartition des grossesses non planifiées en fonction de l'existence ou non d'une contraception

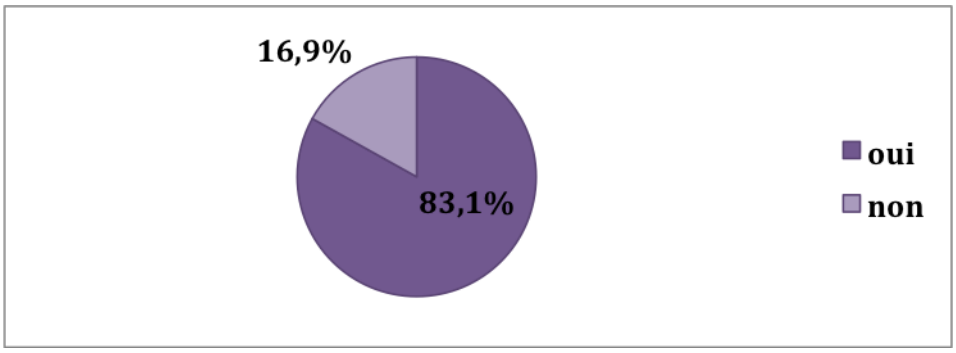


Pour 29 grossesses non planifiées, 21 surviennent alors que la patiente utilisait un moyen de contraception et huit chez des patientes n'utilisant aucun moyen de contraception.

Ces chiffres se rapprochent des chiffres du rapport de l'IGAS datant d'octobre 2009 sur l'évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesses suite à la loi du 4 juillet 2001.
Dans ce rapport 34,5% des grossesses non programmées surviennent en l'absence de contraception contre 65,5% lorsque la femme déclare utiliser une contraception. (7)

- **Aviez-vous un suivi gynécologique régulier ?**

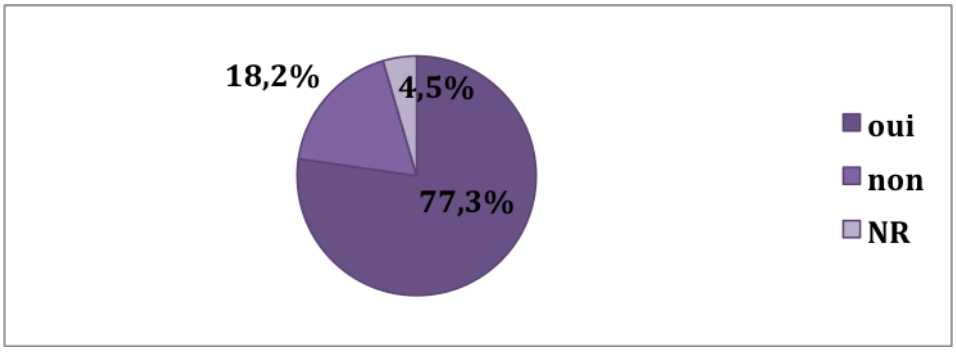
<u>Figure 11</u> : Suivi gynécologique régulier



La majorité des patientes interrogées, soit 108 patientes ont un suivi gynécologique régulier.

- **Vous n'avez pas de suivi régulier, avez vous déjà consulté un médecin pour une question de gynécologie ?**

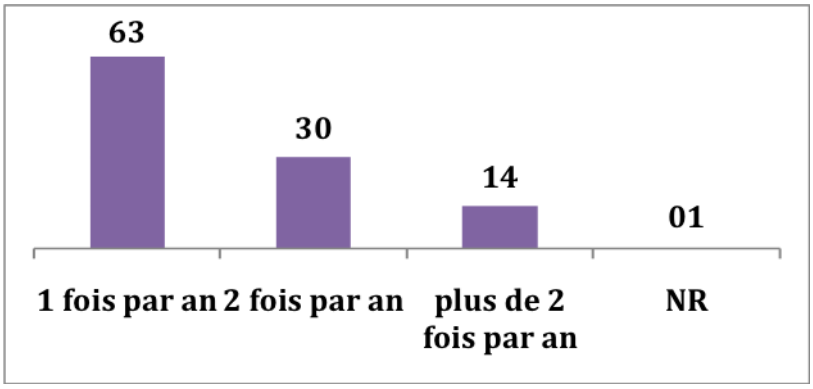
<u>Figure 12</u> : Consultation d'un médecin pour une question de gynécologie en l'absence d'un suivi gynécologique régulier



Parmi les patientes déclarant ne pas avoir de suivi gynécologique de prévention régulier, plus des trois quarts consultent quand même un professionnel médical pour des questions de gynécologie.

- **Vous consultez ? (fréquence)**

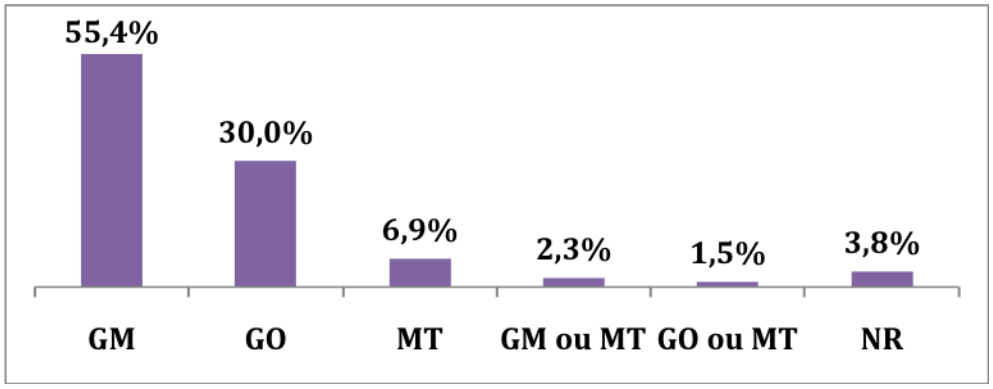
<u>Figure 13</u> : Fréquence des consultations / an



63 patientes (58,3%) parmi les 108 déclarant avoir un suivi gynécologique consultent une fois par an pour leur suivi gynécologique de prévention.

- **Vous consultez ? (Consultant)**

<u>Figure 14</u> : Consultant pour le suivi gynécologique



55,4% des patientes consultent un gynécologue médical (GM) pour leur consultation de gynécologie, soit 72 patientes, parmi lesquelles, six n'ont pas de suivi gynécologique régulier.
30% des patientes consultent un gynécologue obstétricien (GO) soit, 39 patientes, parmi elles deux n'ont pas de suivi gynécologique régulier.
6,9% des patientes consultent leur médecin traitant (MT) soit neuf patientes dont sept n'ont pas de suivi gynécologique régulier.
3,8% des patientes ont un double suivi que ce soit avec un gynécologue obstétricien ou médical et leur médecin traitant.

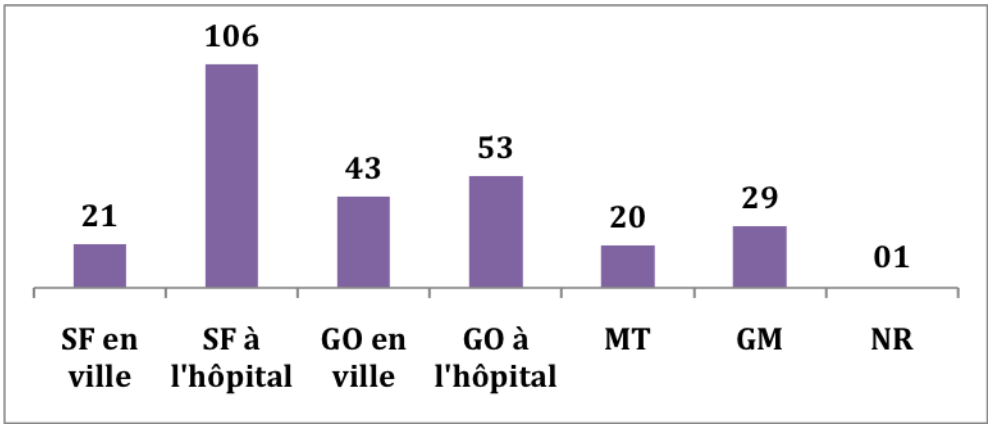
Parmi les cinq patientes n'ayant pas répondu, une déclare tout de même avoir un suivi gynécologique régulier.

- **A quel terme de la grossesse êtes-vous ?**

Le terme moyen des patientes au moment où elles ont répondu au questionnaire était de 36 SA.
La médiane des termes était de 37 SA.
Le terme le plus avancé était de 41 SA, le terme le moins avancé était de 28 SA.

- **Au cours de votre grossesse, vous êtes suivie par ?**

Figure 15 : Professionnel médical consulté pendant la grossesse

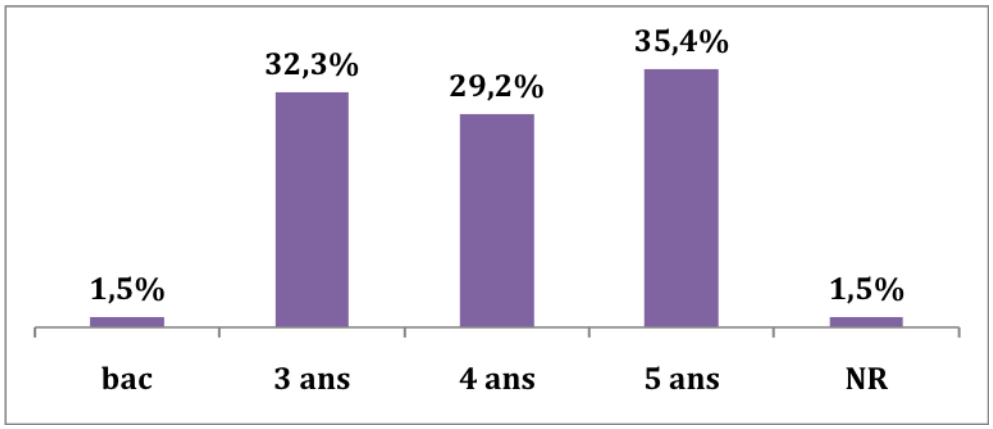


Le total des effectifs est supérieur à 130 car pendant leur grossesse, la majorité (77,7%) des patientes a rencontré plus de deux professionnels médicaux.
Au total, 113 patientes sur l'effectif total de 130, ont consulté au moins une fois une sage-femme (SF) pendant la grossesse, soit 86,9% de notre population.

5.3.3. Connaissances sur la profession de sage-femme et le droit de prescription

- **Quel est le niveau d'étude des sages-femmes ?**

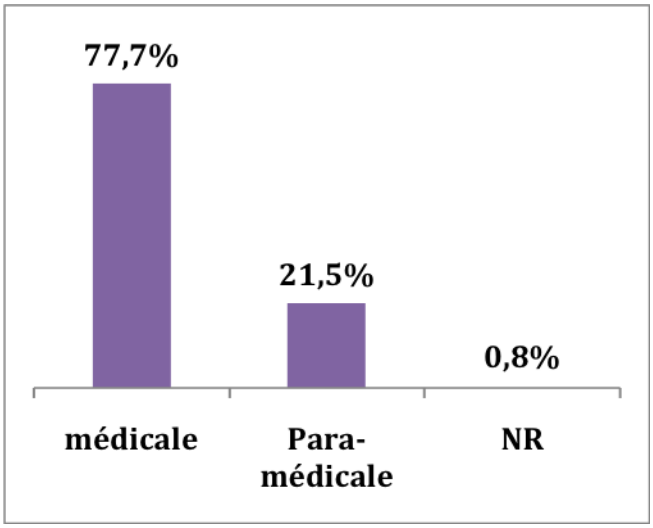
<u>Figure 16</u> : Niveau d'études des sages-femmes



Nous pouvons remarquer que 32,3% des patientes pensent que nous effectuons trois ans d'études, 29,2% pensent que nous effectuons quatre ans d'études et enfin 35,4% que nous effectuons cinq ans d'études. Deux patientes pensent que notre niveau d'études est le baccalauréat, notons que ces deux patientes déclaraient avoir consulté une sage-femme hospitalière pendant leur grossesse.

- **Selon vous la profession est classée comme ?**

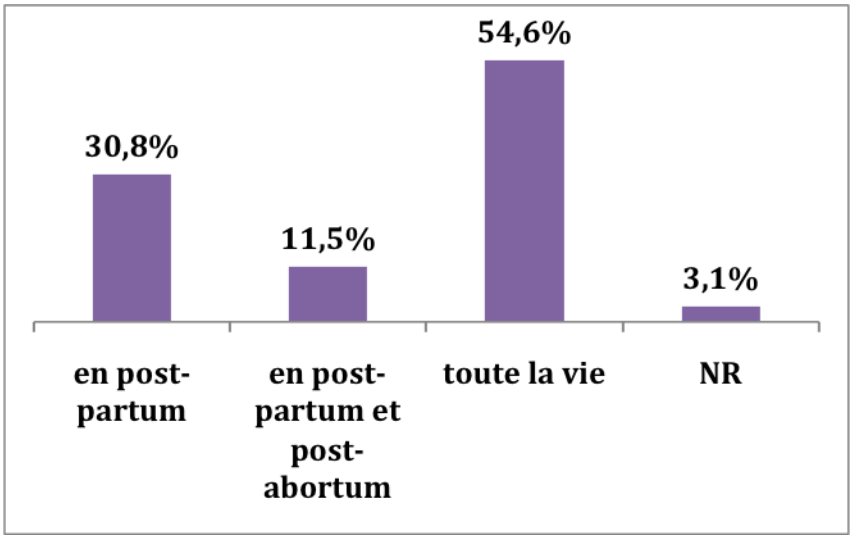
Figure 17 : Statut de la profession de sage-femme



Si elles ne sont que 35,4% à connaître le nombre d'années d'études de notre formation, elles sont tout de même plus de 77,5% à connaître le statut médical de notre profession.

- **D'après vous les sages-femmes ont-elle le droit de prescription de la contraception ?**

Figure 18 : Droit de prescription de la contraception

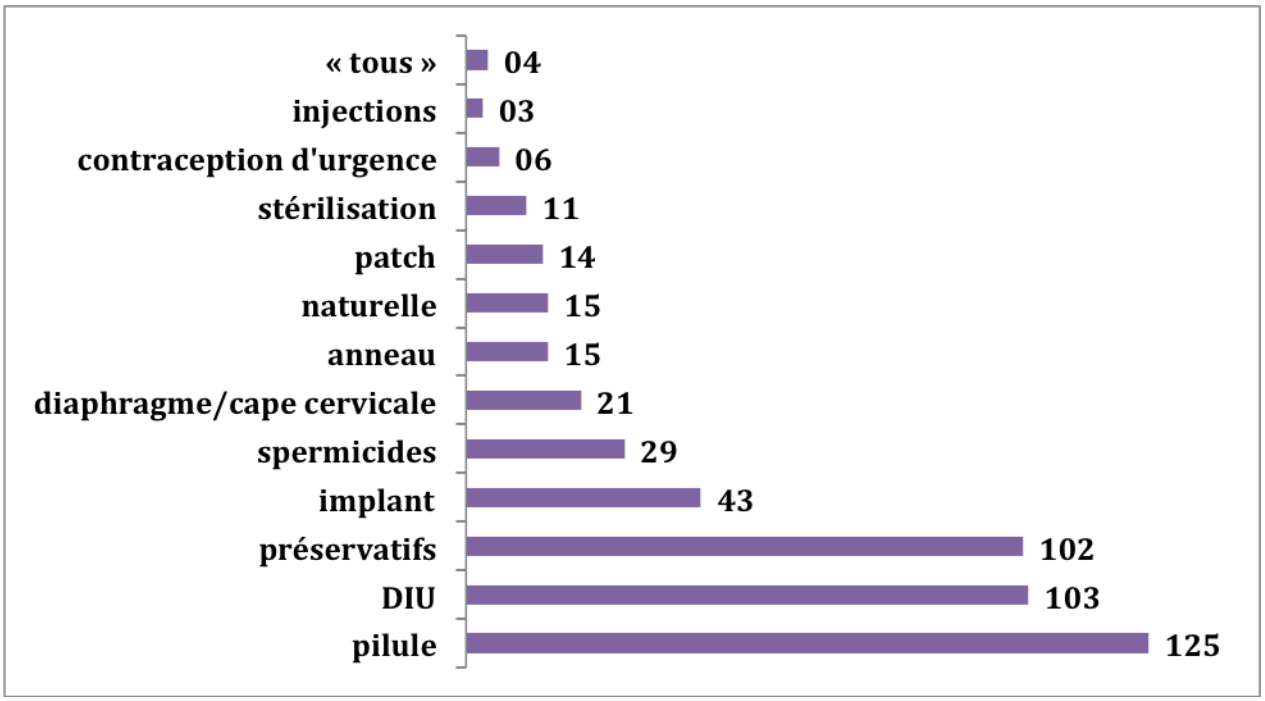


Pour 54,6% des patientes, les sages-femmes peuvent prescrire un moyen de contraception pendant toute la vie des patientes.

5.3.4. Satisfaction du suivi gynécologique

- **Quels moyens de contraception connaissez vous ?**

<u>Figure 19</u> : Moyens de contraception connus



L'effectif total est de 130 patientes. Les trois moyens de contraceptions les plus cités sont la pilule (125), le DIU (103) et le préservatif (102).

Parmi les 102 patientes qui ont cité le préservatif, 19 ont précisé préservatif masculin et 17 ont précisé préservatif féminin.

Parmi les 15 patientes qui ont cité des moyens de contraception naturels, six ont cité le retrait, sept ont cité l'abstinence périodique et neuf ont cité l'abstinence.

Parmi les 11 patientes qui ont cité la stérilisation, 10 ont précisé stérilisation féminine et deux les deux types de stérilisation (féminine et masculine).

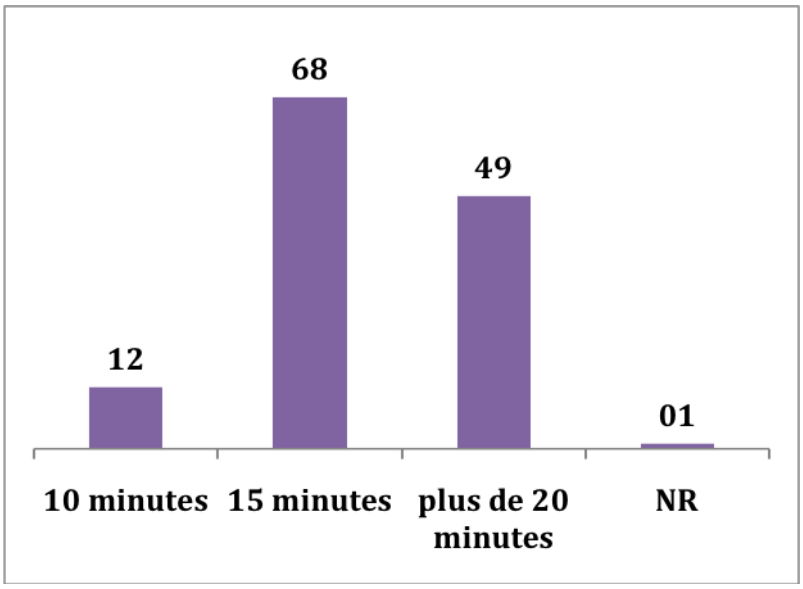
Quatre patientes ont répondu *« tous »* à la question, mais cela ne nous permet pas d'évaluer réellement quels moyens elles connaissent.

Aucune patiente n'a cité tous les moyens attendus soit : la contraception orale, les injections, le préservatif qu'il soit masculin ou féminin, le DIU qu'il soit au cuivre ou hormonal, l'anneau vaginal, le patch, l'implant, le diaphragme ou la cape vaginale, les spermicides, les méthodes naturelles, la stérilisation qu'elle soit féminine ou masculine.

La contraception d'urgence est citée par 6 patientes comme un moyen de contraception. Selon nous, la contraception d'urgence est une méthode qui doit rester une méthode de rattrapage en cas d'échec ou d'absence de contraception.

- **Quel est le temps consacré à la consultation par votre médecin ?**

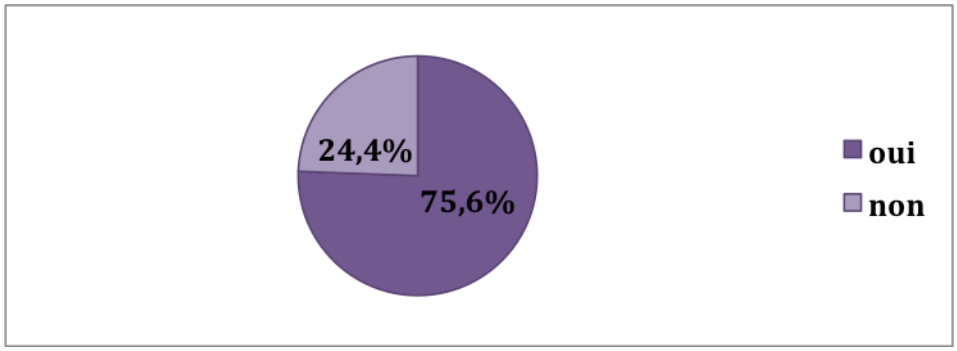
<u>Figure 20</u> : Temps consacré à la consultation de suivi gynécologique



Pour 68 patientes (52,3%), la consultation dure 15 minutes.

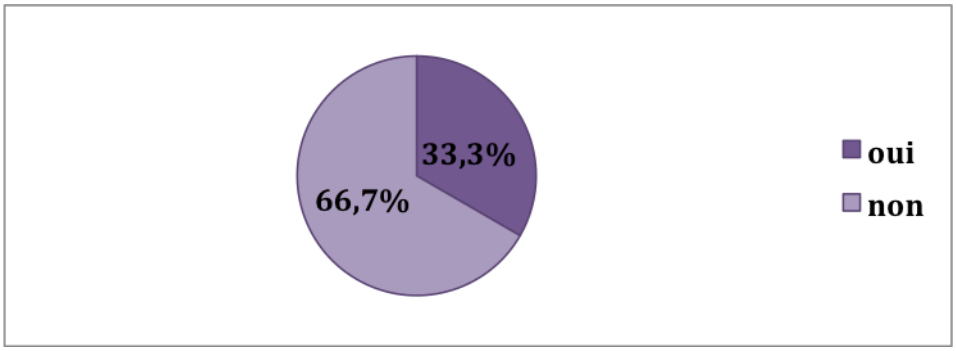
- **Estimez vous ce temps suffisant ?**

<u>Figure 21</u> : Temps suffisant quel que soit la durée de la consultation



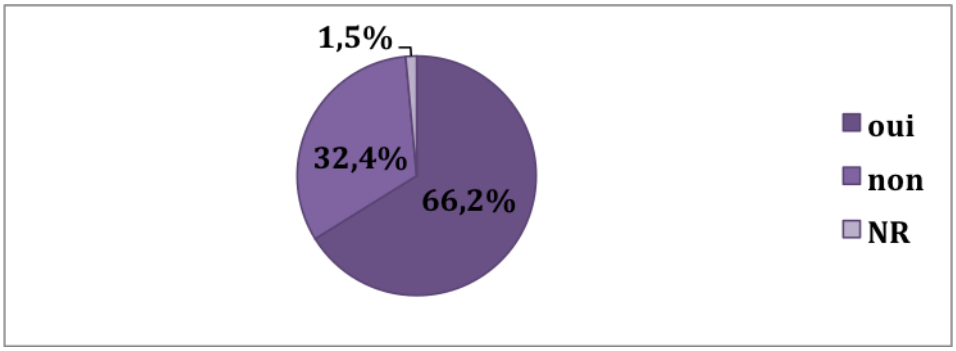
Pour 75,6% des patientes interrogées, le temps de consultation est suffisant, néanmoins si nous nous intéressons au temps de consultation par patiente, nous obtenons des différences de satisfaction en fonction de la durée de la consultation.

<u>Figure 22</u> : Temps suffisant pour une durée de consultation de 10 minutes



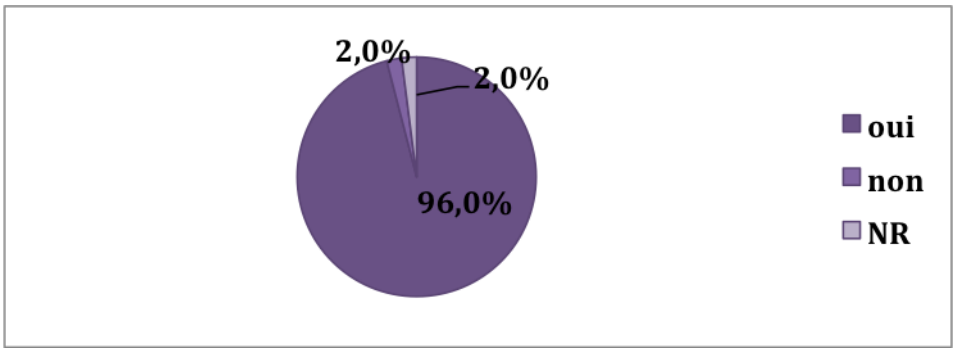
Parmi les 12 patientes dont les consultations durent 10 minutes, 33,3% estiment ce temps suffisant, contre 66,7% qui estiment que le temps est insuffisant.

<u>Figure 23</u> : Temps suffisant pour une consultation de 15 minutes



Parmi les 68 patientes dont les consultations durent 15 minutes, 66,2% estiment ce temps suffisant, contre 32,4% qui estiment que le temps est insuffisant.

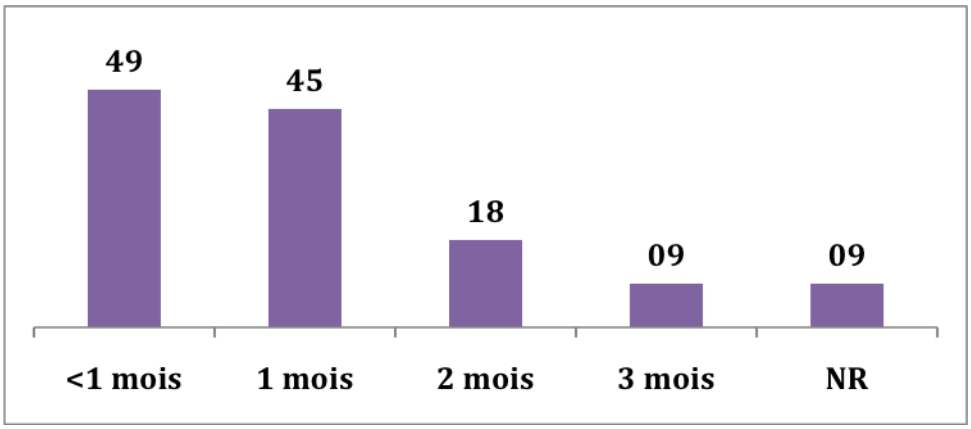
<u>Figure 24</u> : Temps suffisant pour une consultation d'une durée supérieure à 20 minutes



Parmi les 49 patientes dont les consultations durent plus de 20 minutes, 96% estiment ce temps suffisant, 2% estiment ce temps insuffisant (soit une patiente).

- **Quel est le délai pour obtenir un rendez-vous avec votre gynécologue pour votre suivi gynécologique de prévention ?**

<u>Figure 25</u> : Délai d'obtention d'un rendez vous



Pour la majorité des patientes (49 patientes), le délai d'obtention d'un rendez-vous est de moins d'un mois, avec principalement une à deux semaines (33 patientes)

- **Quels sont les sujets que vous abordez lors d'une consultation de suivi gynécologique de prévention ?**

99 patientes sur 130 ont répondu à cette question, soit un taux de réponses de 76,2%.
Nous avons regroupé les sujets abordés par les patientes par thème afin d'exploiter les résultats.

Tableau 1 : Répartition des sujets abordés par les patientes

Sujets abordés par la patiente (99 patientes)	nombre
Contraception (avantages, inconvénients, risques, différentes méthodes, tolérance, remboursement)	63 (63,6%)
Examens Complémentaires (frottis, bilans biologiques, mammographie, échographies)	43 (43,4%)
Examen clinique (général, gynécologique)	21 (21,2%)
Projet de grossesse	17 (17,2%)
Infections Urinaires / Mycoses	14 (14,1%)
Sexualité / Dyspareunie	11 (11,1%)
Etat général	9 (9,1%)
Pathologies (infertilité, endométriose, fibromes, kystes)	9 (9,1%)
IST (prévention, traitement)	7 (7,1%)
Prévention des cancers (cancer col, cancer sein)	5 (5,1%)
Règles	4 (4,0%)
Poids / Alimentation	3 (3,0%)
Vie de famille (couple, enfants)	3 (3,0%)
Etat psychologique (doutes, craintes)	3 (3,0%)
Tabac	1 (1%)
Circulation veineuse	1 (1%)
« Selon les problèmes du moment »	5 (5,1%)
« Rien » / « Pas grand chose »	5 (5,1%)
« Tous »	1 (1%)
« Je ne sais pas »	1 (1%)

- **Quels sont les sujets abordés par votre médecin lors d'une consultation de suivi gynécologique de prévention ?**

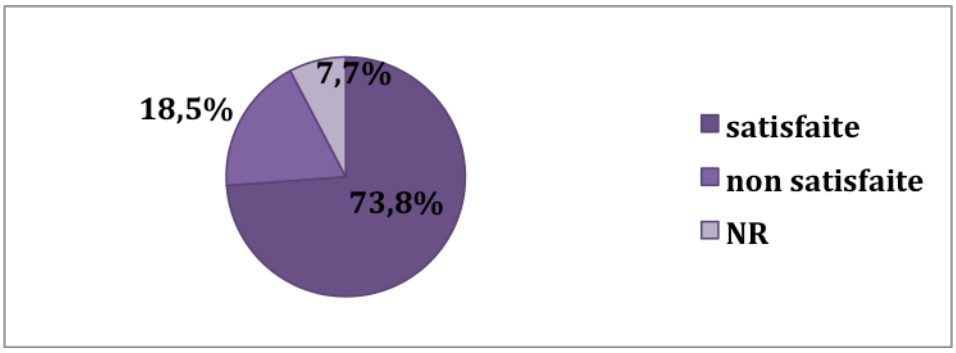
79 femmes ont répondu à cette question, soit un pourcentage de 60,8%.
Nous avons regroupé les sujets abordés par le médecin par thème afin d'exploiter les résultats et les comparer avec les sujets abordés par les patientes.

Tableau 2 : Répartition des sujets abordés par le médecin

Sujets abordés par le médecin (79 patientes)	nombre
Contraception (avantages, inconvénients, risques, différentes méthodes, tolérance, remboursement)	36 (45,6%)
Examens Complémentaires (frottis, bilans biologiques, mammographie, échographies)	28 (35,4%)
Examen clinique (général, gynécologique)	18 (22,8%)
Poids / Alimentation	10 (12,7%)
Projet de grossesse	10 (12,7%)
Infections Urinaires / Mycoses	7 (8,9%)
IST (prévention, traitement)	6 (7,6%)
Vie de famille (couple, enfants)	5 (6,3%)
Pathologies (infertilité, endométriose, fibromes, kystes)	4 (5,1%)
Prévention des cancers (cancer col, cancer sein)	4 (5,1%)
Sexualité / Dyspareunie	3 (3,8%)
Etat général	3 (3,8%)
Règles	3 (3,8%)
Etat psychologique (doutes, craintes)	2 (2,5%)
Alcool	1 (1,3%)
Tabac	5 (6,3%)
« Selon les problèmes du moment »	3 (3,8%)
« Rien » / « Pas grand chose »	4 (5,1%)
« Tous »	2 (2,5%)

- **En général, êtes-vous satisfaite de vos consultations de suivi gynécologique de prévention ?**

<u>Figure 26</u> : Satisfaction globale du suivi gynécologique



73,8% des patientes sont satisfaites de leurs consultations de suivi gynécologique.

Dix patientes n'ont pas répondu à la question, parmi elles, cinq n'ont pas de suivi gynécologique régulier.

- **Quels sujets souhaiteriez vous aborder ?**

55 patientes ont répondu à cette question, soit un taux de réponses de 42,3%.

Nous avons regroupé les réponses par thème afin d'en analyser les résultats.

<u>Tableau 3</u> : Répartition des sujets souhaités par les patientes

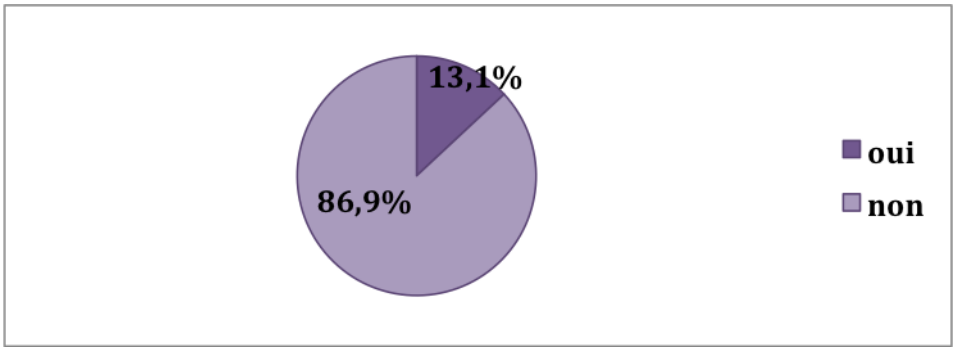
Sujets souhaités (55 patientes)	nombre
Sexualité / Dyspareunie	15 (27,6%)
Poids / Alimentation	11 (20,0%)
Vie de famille (couple, enfants)	10 (18,2%)
Contraception (avantages, inconvénients, risques, différentes méthodes, tolérance, remboursement)	7 (12,7%)
IST (prévention, traitement)	3 (5,5%)
Tabac	3 (5,5%)
Stress	2 (3,6%)
Prévention des cancers (cancer col, cancer sein)	2 (3,6%)
Etat général	2 (3,6%)
Etat psychologique (doutes, craintes)	1 (1,8%)
Examens Complémentaires (frottis, bilans biologiques, mammographie, échographies)	1 (1,8%)
« Selon les problèmes du moment »	1 (1,8%)
« Rien » / « Pas grand chose »	16 (29,1%)
« Tous »	2 (3,6%)
« Je ne sais pas »	1 (1,8%)

Parmi les 55 patientes ayant répondu à cette question, deux précisent que la consultation ne dure pas assez longtemps pour pouvoir aborder ces sujets.
Trois patientes n'ayant pas répondu de sujets spécifiques, signalent respectivement que la consultation ne dure pas assez longtemps, qu'elles se renseignent sur internet ou que ces sujets sont abordables plus facilement avec le médecin traitant.

5.3.5. Nouvelles compétences des sages-femmes

- **La loi Hôpital Patient Santé Territoire dite HPST votée en juillet 2009, dispose que « L'exercice de la profession de SF peut comporter également la réalisation de consultation 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. »**
  Le saviez-vous ? :

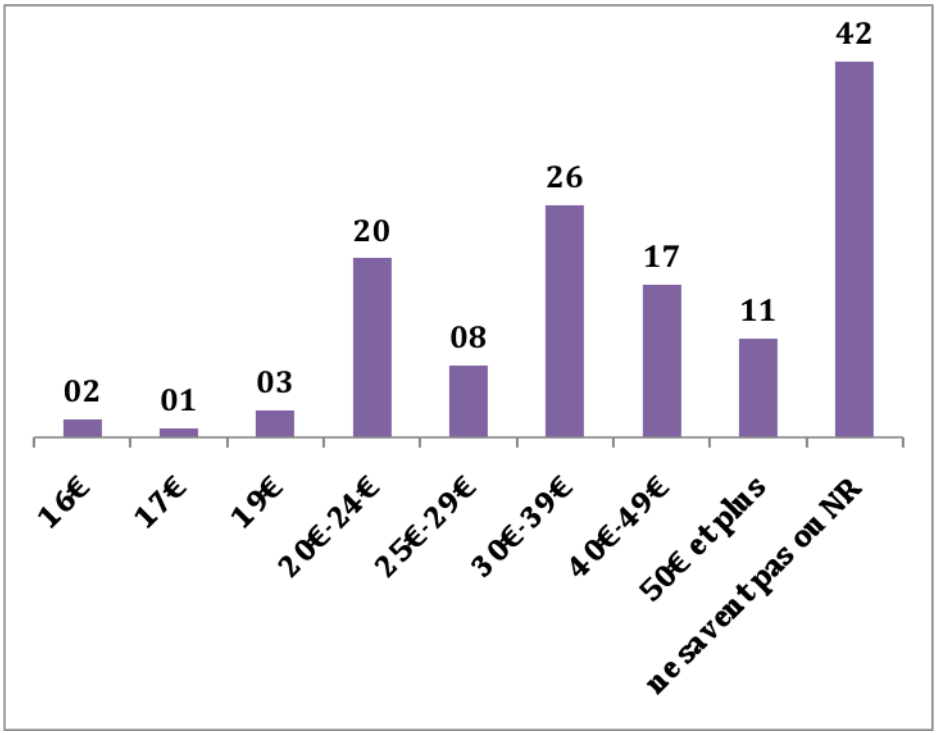
<u>Figure 25</u> : Connaissance de la loi HPST par les patientes



Seules 13,1% des patientes ont connaissance de l'élargissement des compétences des sages-femmes dans la loi HPST.

- **Quel est selon vous le tarif d'une consultation avec une sage-femme ?**

<u>Figure 26</u> : Tarif d'une consultation par une sage-femme



La majorité des patientes n'ont pas répondu à cette question parce qu'elles ne connaissaient pas le tarif d'une consultation de sage-femme.

Pour 26 patientes, le tarif d'une consultation de sage-femme est compris entre 30 et 39€.

Deux patientes pensent qu'il est de 16€

Enfin, une patiente donne le tarif de 17€ qui correspond à la nomenclature d'une consultation en cabinet de sage-femme en dehors de la grossesse (C).

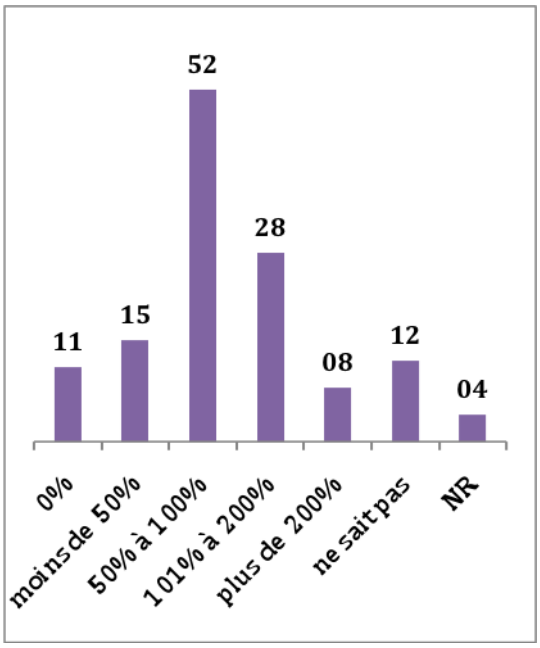
Deux patientes donnent le tarif de 19€ qui correspond à la nomenclature d'une consultation avec une sage-femme pendant la grossesse et aux consultations intercurrentes (CG).

Il n'existe pas à l'heure actuelle de nomenclature spécifique aux consultations de suivi gynécologique par les sages-femmes.

- **Quel est le tarif du médecin qui effectue votre suivi gynécologique ?**

Les consultations de suivi gynécologique ne sont pas soumises au parcours de soin.
Le tarif fixé par la sécurité sociale d'une consultation de médecin généraliste est de 23€ au 1er janvier 2011, celle d'un spécialiste en secteur 1 est de 28€, pour un spécialiste en secteur 2 il n'est pas fixé par la Sécurité sociale.
La base de remboursement d'une consultation de médecin spécialiste est de 28€, sachant que le spécialiste en secteur 2 peut facturer un dépassement d'honoraires du montant de son choix.
Nous avons regroupé les réponses des patientes à cette question en fonction du pourcentage de dépassement d'honoraires payé par les patientes.

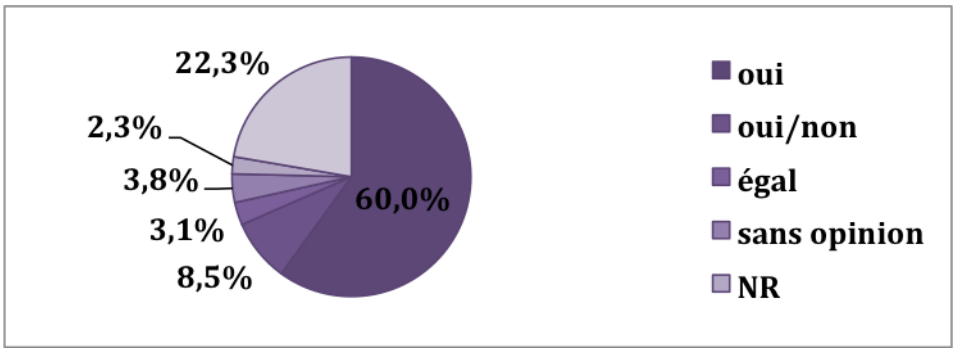
Figure 27 : Tarif d'une consultation de suivi gynécologique



La majorité des patientes (52 sur 130 patientes) paie un dépassement d'honoraires de l'ordre de 50% à 100% par rapport à la tarification de base de la Sécurité sociale, soit un tarif de consultation compris entre 40€ et 60€ environ.

- **Souhaiteriez vous consulter une sage-femme plutôt qu'un médecin pour la prescription et le suivi de votre contraception ?**

Figure 28 : Souhait de consulter une sage-femme



60% des patientes ont répondu oui à cette question soit 78 patientes. 22,3% soit 29 patientes ont répondu non.

Dans le questionnaire les choix possibles de réponse à cette question n'étaient que « oui » ou « non », néanmoins certaines patientes ont pris la liberté de cocher les deux cases, ou d'écrire dans la marge « égal » ou « sans opinion ». Nous avons tenu compte de ces avis.

- **Pourquoi?**

Egal :

Parmi les quatre patientes ayant répondu que c'était égal, une n'a pas expliqué pourquoi.

Une a répondu que pour elle le gynécologue et la sage-femme font le même travail et sont tous les deux capables d'écouter les patientes.

Une a répondu que la question ne s'était jamais posée, mais qu'elle pouvait tout aussi bien consulter une sage-femme plutôt qu'un médecin

La dernière a répondu qu'elle n'avait pas de préférence.

Oui/non :

Parmi les 11 patientes ayant répondu oui et non, quatre n'ont pas expliqué pourquoi, une indique « pas de préférence ».

Deux patientes expliquent que leur choix dépend de la personne elle-même et non de ses qualifications, mais l'une d'elles nuance car elle trouve plus pratique d'avoir le même praticien pour les problèmes gynécologiques et la prescription de la contraception.

L'une d'elle explique qu'elle connaît son gynécologue depuis dix ans donc qu'elle veut continuer à le consulter mais qu'elle pourrait consulter une sage-femme si elle devait changer de praticien.
Une patiente indique que son choix dépend de savoir si la sage-femme a les compétences d'effectuer la prescription de la contraception.
Enfin, deux patientes indiquent que si elles consultaient une sage-femme ce serait pour une question d'économie, de relationnel, d'écoute et de durée de consultation.

Pas d'opinion :

Cinq patientes ont répondu ne pas avoir d'opinion concernant le choix du professionnel prescrivant leur contraception, parmi elles, deux n'ont pas expliqué pourquoi.
Une patiente explique que d'après elle les gynécologues sont mieux formés sur la contraception mais que les sages-femmes sont plus à l'écoute des femmes.
Une patiente avance qu'elle ne voit pas d'inconvénients à consulter une sage-femme mais qu'elle ne voit pas d'avantages non plus.
Une patiente indique que si elle consultait une sage-femme ce serait pour une question d'écoute.

Non :

29 patientes ont répondu ne pas souhaiter consulter une sage-femme pour la prescription de leur contraception, parmi elles, huit n'ont pas expliqué pourquoi.
10 patientes expliquent leur choix par le fait qu'elles ont l'habitude de leur gynécologue actuel, néanmoins, trois patientes signalent qu'elles ne sont pas contre consulter une sage-femme si elles devaient changer de praticien.
Six patientes ne souhaitent pas consulter une sage-femme car elles souhaitent que la prescription de la contraception et le suivi gynécologique soient faits par la même personne, et que les consultations de contraception leur permettent d'aborder d'autres sujets médicaux.
Trois patientes refusent de consulter une sage-femme car elles considèrent le médecin comme plus compétent, une néanmoins nuance en qualifiant les sages-femmes de plus attentives et plus à l'écoute.
Une patiente ne souhaite pas consulter de sage-femme car elle ne souhaite plus de contraception.
La dernière patiente est porteuse de kystes qu'elle doit faire surveiller par un médecin.

Non Réponses :

Trois patientes n'ont pas répondu à la question précédente : l'une n'explique pas pourquoi ; la seconde dit qu'elle n'a « aucune idée » sur le fait de consulter une sage-femme plutôt qu'un médecin pour la prescription de sa contraception ; enfin la dernière indique que les sages-femmes sont plus à l'écoute et sont plus disponibles que les médecins.

Oui :

78 patientes ont répondu oui à la question précédente, parmi elles, 12 n'ont pas expliqué pourquoi.

Compte tenu du nombre de réponses, nous avons décidé de les traiter sous forme de tableaux et de comptabiliser le nombre de fois où le terme était avancé comme explication au choix. (tableaux 4,5 et 6)

Une patiente signale qu'elle n'aurait pas eu le réflexe avant d'avoir son premier enfant de consulter une sage-femme pour la prescription de sa contraception.

<u>Tableau 4</u> : Explications en lien avec la profession de sage-femme

En lien avec la profession	58
conseils (plus approfondis, différents, conseils de santé publique), explications (plus claires, plus détaillées)	16
économie	10
continuité (satisfaction du suivi pendant la grossesse)	8
suivi moins médical, moins invasif, moins interventionniste, plus global	8
plus d'expérience, expérience différente, plus ciblées, plus compétente dans la physiologie, spécialiste	8
répond mieux aux attentes, aux problèmes, consultations plus personnalisées	4
délai	3
prescription contraception pas dangereuse, SF compétente	1

<u>Tableau 5</u> : Explications en lien avec les qualités humaines

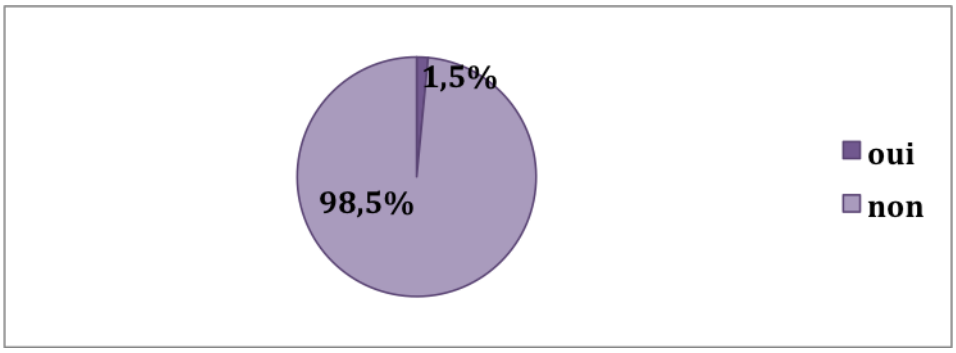
Qualité humaines	79
écoute	39
temps	19
plus disponible	7
Autre qualités humaines (pas de jugement, contact humain fort, modestie, patience, ouverture, proximité, dialogue plus ouvert)	7
plus proche des femmes, plus centrée sur les femmes, plus proche des bébés	4
douceur	3

<u>Tableau 6</u> : Autres explications

pourquoi pas	3
alternative à diminution du nombre de gynécologues obstétriciens	1

- **Cette même loi dispose que le suivi biologique de la contraception (qui consiste en dehors d'une pathologie en une prise de sang à renouveler tous les 5 ans) doit être effectué par un médecin.**
  Le saviez-vous ?

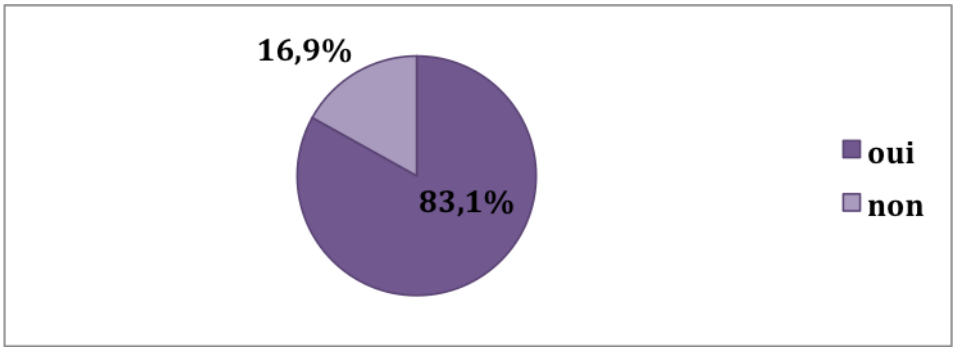
<u>Figure 29</u> : Connaissance de la restriction concernant le suivi biologique de la contraception



Dans l'ensemble, les patientes ne savent pas que le suivi biologique de la contraception doit être effectué par un médecin.

- **Seriez-vous prête dans ces dispositions à consulter une sage-femme pour votre contraception et un médecin tous les 5 ans pour en effectuer le suivi biologique ?**

<u>Figure 30</u> : D'accord dans les dispositions de la loi pour consulter une sage-femme



Les patientes sont 83,1% à être d'accord pour consulter une sage-femme pour la prescription de leur contraception et un médecin pour en effectuer le suivi biologique.

TROISIEME PARTIE

1. Analyse des résultats

1.1. Caractéristiques générales de la population étudiée

L'âge moyen des patientes interrogées est de 32 ans.
La population étudiée appartient à toutes les catégories d'âge de patientes en âge de procréer.

Le niveau socio-économique de la population est élevé, en effet, 94,6% des patientes de la population étudiée ont une profession, parmi elles, 91,9% l'exerce.
Les professions exercées par les patientes sont pour la plupart des professions d'un niveau intellectuel supérieur.

Le nombre d'enfants moyen par femme de la population étudiée est de 1,5.
L'indicateur conjoncturel de fécondité mesure le nombre d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie, si les taux de fécondité observés l'année considérée à chaque âge demeuraient inchangés : selon l'INSEE, en 2010, pour 100 femmes en France métropolitaine il était de 201,1. Ce qui correspond environ à deux enfants par femme. (36)
Selon les données du réseau sentinelle AUDIPOG (37), en 2006, sur environ 52 000 grossesses, le pourcentage de primigestes était de 33,1% contre 37,7% dans notre population, le pourcentage de multigestes était de 66,9% contre 62,3% dans notre population, soit des taux relativement proches.
Le pourcentage de femmes attendant leur premier enfant était quant à lui de 43,2% soit un taux inférieur à celui de notre population qui est de 56,9%.

21,5% des femmes de l'échantillon étudié déclarent fumer avant ou pendant la grossesse. Selon les premiers résultats du baromètre santé 2010 de l'INPES, 23,8% des femmes déclaraient fumer régulièrement en 2010 en France. (38)
La différence observée s'explique par la population étudiée, en effet, toujours selon le baromètre santé 2010, les grossesses et les enfants en bas âge sont des opportunités pour les femmes d'arrêter le tabac. Cependant, concernant la classe d'âge de notre population, soit 19

à 42 ans, elles sont entre 38,2% et 33,7% à déclarer fumer quotidiennement dans la population générale.
Compte tenu du coût humain et financier que le tabac entraîne sur la société, c'est aujourd'hui un réel enjeu de santé publique.

Certains critères de notre population se rapprochent suffisamment de la population générale pour en tirer des conclusions même si nous faisons face à une population constituée de plus de primipares que la population générale, dont le niveau socio-économique est élevé, ce dernier élément semble être un critère facilitant l'accès à la contraception selon l'INED. (39)

1.2. Information des patientes sur les nouvelles compétences des sages-femmes

1.2.1. Connaissance de la profession de sage-femme

Notre étude montre une méconnaissance de certains aspects de la profession de sage-femme en général.
La profession jouit néanmoins d'un « capital sympathie » du public malgré le caractère méconnu de cette profession en elle même, comme l'a montré Nathalie Hibrand dans son mémoire de fin d'études de sage-femme intitulé « Image de la sage-femme chez la nullipare » en 2010. (35)

Les patientes ne sont que 35,4% à savoir que les études de sage-femme durent cinq ans.
L'étude de N. Hibrand montrait un chiffre de 21% pour cinq et six années d'études, 39% pour quatre ans et 37% pour trois ans d'études. Elle n'interrogeait que des patientes nullipares, contrairement à notre population, qui connaissaient moins bien notre profession, ce qui explique les différences de résultats.

L'étude sur la contraception et le suivi gynécologique des patientes menée en 2010 par le groupe de travail « Contraception, santé des femmes », formé par des sages-femmes du Conseil inter-régional du secteur 2, interrogeant un échantillon représentatif de sages-femmes montrait que 30% des sages-femmes interrogées avaient suivi la formation initiale de trois ans

(avant 1985), la part des sages-femmes ayant bénéficié de la formation en quatre ou cinq ans était de 55% (avec un taux de non réponses de 15%). (40)
Ces résultats sont donc en faveur de l'hypothèse selon laquelle les patientes ont répondu en fonction des sages-femmes qu'elles ont rencontrées pendant leur grossesse. Ces sages-femmes ayant eu une formation initiale d'une durée de trois à cinq ans en fonction de l'année d'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme.
La formation en cinq ans existe depuis 2002. Les étudiants doivent être classés en rang utile au concours sanctionnant la PACES (Première Année Commune des Etudes en Santé), appelée avant la rentrée 2010, PCEM1 (Première année du Premier Cycle des Etudes Médicales). Cette première année, commune aux études de médecine, d'odontologie, de sage-femme et de pharmacie depuis 2010, est suivie de quatre ans en école de sage-femme.

Concernant le caractère médical de la profession, les patientes interrogées sont 77,7% à le savoir contre 21,5% qui pensent que la profession de sage-femme est une profession paramédicale.
La répartition était plus homogène dans l'étude de N. Hibrand (50% « médicale » contre 47% de « paramédicale »). Encore une fois cette différence peut s'expliquer par rapport à la différence de population interrogée.
Pour le grand public, le caractère médical d'une profession correspond au droit ou non de prescription. Nous n'avons pas interrogé les patientes sur le droit de prescription de la sage-femme en général, mais dans l'étude de N.Hibrand, 56,3% des patientes savaient que la sage-femme avait le droit de prescription d'examens complémentaires et de médicaments ce qui est en rapport avec leur connaissance du caractère médical de notre profession.

1.2.2. Connaissance du droit de prescription de la contraception par les sages-femmes

Concernant le savoir des patientes sur le droit de prescription de la contraception des sages-femmes, si elles sont 54,6% à penser que les sages-femmes peuvent prescrire un moyen de contraception durant toute la vie des femmes, elles ne sont que 13,1% à connaître l'existence de la loi HPST qui donne cette compétence aux sages-femmes.
Nous interprétons ce paradoxe comme une ignorance de la part des patientes de la date à laquelle cette nouvelle compétence est apparue dans le champ d'action des sages-femmes.

Les patientes sont 3,1% (quatre patientes) à ne pas avoir répondu à cette question, parmi elles, trois avaient rencontré une sage-femme pendant leur grossesse.
Parmi les 16 patientes n'ayant pas rencontré de sage-femme pendant la grossesse, trois de ces patientes pensent que les sages-femmes prescrivent la contraception en post-partum uniquement, une pense qu'elles prescrivent en post-partum et post-abortum et une pense que les sages-femmes ont le droit de prescription toute la vie des patientes.
Parmi les 113 patientes ayant rencontré une sage-femme pendant la grossesse, 63 savent que les sages-femmes peuvent prescrire des moyens de contraception tout au long de la vie des femmes, soit 55,8% des femmes ayant rencontré une sage-femme pendant la grossesse actuelle. 34 femmes pensent que les sages-femmes prescrivent la contraception en post-partum uniquement (30,1%) et 13 pensent que les sages-femmes la prescrivent en post-partum et en post-abortum (11,5%). 3 patientes ayant rencontré une sage-femme n'ont pas répondu à la question.

Notre première hypothèse qui est que les patientes ne sont pas informées des nouvelles compétences des sages-femmes en matière de contraception est donc infirmée.
Si les patientes n'ont pas connaissance du caractère récent de l'ajout de cette nouvelle compétence au champ d'action des sages-femmes, elles sont tout de même en majorité à penser que les sages-femmes ont la compétence de prescrire des moyens de contraception tout au long de la vie des femmes.

1.3. Attentes des patientes en matière de consultation gynécologique de prévention et d'entretien de contraception

Si l'on pose directement la question aux patientes de leur satisfaction par rapport à leurs consultations de suivi gynécologique de prévention, elles sont 73,8% à se déclarer satisfaites contre 18,5% d'insatisfaites et 7,7% de non réponses. La moitié des patientes n'ayant pas répondu ont cependant déclaré avoir un suivi gynécologique régulier.
Parmi celles-ci, une patiente explique que sa contraception (oestro-progestative) lui était prescrite par son médecin traitant qui ne lui a jamais fait faire de bilan biologique ni procédé à un examen clinique gynécologique en dehors de la grossesse, en contradiction avec les recommandations de l'ANAES. (19)

Si nous nous intéressons à la durée de la consultation, la majorité de celles ci durent de 15 à plus de 20 minutes, avec 57,5% de patientes pour qui les consultations durent 15 minutes et 37,7% pour qui les consultations durent plus de 20 minutes. Pour 9,2% des patientes, la consultation dure 10 minutes.
En 2007, la DREES a réalisé une étude auprès de médecins spécialistes et de patients afin de dresser un tableau général des consultations de spécialistes en ville. L'étude montre que la moitié des consultations de gynécologie durent entre 15 à 20 minutes, ce qui est en rapport avec nos résultats. (41)
75,6% des patientes interrogées estiment cette durée de consultation suffisante. Il existe néanmoins des variations, si nous comparons cette satisfaction en fonction de la durée de la consultation : pratiquement toutes les patientes bénéficiant de plus de 20 minutes de consultation estiment ce temps suffisant, contre seulement 33,3% des patientes pour qui la consultation dure 10 minutes.

L'insatisfaction par rapport à la durée de la consultation n'est pas corrélée à l'insatisfaction par rapport à la consultation en général. Seules neuf patientes des 31 jugeant insuffisante la durée de la consultation ne sont pas satisfaites de leur suivi gynécologique de prévention, soit 29% des patientes jugeant le temps de consultation insuffisant.
La durée de la consultation ne semble donc pas être un facteur influençant la satisfaction des patientes.

Concernant les sujets abordés par les médecins et les patientes, les trois sujets les plus abordés lors des consultations de suivi gynécologique de prévention sont :

- la contraception, par 45,6% des médecins et 63,6% des patientes ;
- les examens complémentaires, par 35,4% des médecins et 43,4% des patientes ;
- l'examen clinique, par 22,2% des médecins et 21,2% des patientes ;

Viennent ensuite pour les patientes l'évocation des projets de grossesse, et les problèmes de poids et d'alimentation pour les médecins.

Si nous considérons trois enjeux de santé publique, que sont la prévention des IST, la prévention contre le tabagisme et la prévention des cancers du col de l'utérus et du sein, nous remarquons que les patientes et les médecins sont en proportion égale à aborder ces sujets

(environ 7% de médecins et de patientes abordent les IST et environ 5% le sujet des cancers du sein et du col de l'utérus).
Le sujet du tabac n'est abordé que par 1% des patientes contre 6,3% des médecins malgré le fait que le tabac soit pour les femmes de plus de 35 ans une contre-indication aux contraceptifs oetro-progestatifs en raison du risque thrombo-embolique qu'il entraîne.
Ces pourcentages sont faibles sachant que 21,5% de notre population déclarent fumer avant ou pendant la grossesse. De plus, il est connu que le tabagisme actif est un facteur de risque pour les cancers du col de l'utérus, de l'ovaire et du sein. 23% des décès chez les femmes atteintes de cancer du col de l'utérus seraient imputables au tabac. (42)

Huit patientes de plus de 35 ans déclarent fumer avant ou pendant la grossesse ; parmi elles, quatre utilisaient comme contraception la pilule, sans mention du type de pilule. Parmi ces quatre patientes, une souhaiterait pouvoir parler du tabac lors des consultations de suivi gynécologique de prévention et une autre aborde déjà le sujet du tabac lors de ces consultations.

Intéressons nous maintenant aux sujets que les patientes souhaiteraient aborder pendant ces consultations, en dehors du suivi médical strict.
Le sujet que l'on retrouve le plus cité est le sujet de la sexualité, qui est souhaité par 27,6% des patientes ayant répondu à cette question. Ce sujet est abordé selon les patientes par 3,8% des médecins et 11,1% par elles-mêmes.
Le deuxième sujet souhaité par les patientes est le sujet de l'alimentation, du poids et donc, plus généralement, celui de la lutte contre le surpoids. (20%)
Le sujet que les patientes aimeraient aborder en troisième position est leur vie de famille, que ce soit leur vie de couple ou leurs enfants, sujet abordé en consultation par seulement 6,3% des médecins et 3% des patientes.

Notre deuxième hypothèse est donc partiellement validée, les réponses en matière de consultation gynécologie de prévention et d'entretien de contraception ne correspondent donc pas toujours aux attentes des patientes.
En effet même si les sujets abordés par les patientes sont en adéquation avec ceux abordés par les médecins, les patientes ont besoin d'aborder des sujets n'étant pas strictement médicaux.
Le frein principal à cet échange semble être le manque de temps lors de la consultation. Certaines patientes l'ont exprimé dans leur réponse « *tous ces sujets sont intéressants, mais*

pas le temps de l'aborder ». Certaines patientes expriment que ces sujets ne sont pas facilement abordables avec le consultant qui effectue leur suivi gynécologique et que cela est plus facile avec leur médecin traitant.

1.4. La sage-femme face à ses nouvelles compétences : suivi gynécologique de prévention et contraception

La loi HPST étend les compétences des sages-femmes à la contraception et au suivi gynécologique et entraîne donc une augmentation de la population pouvant être prise en charge par les sages-femmes. Actuellement, elles s'occupent d'environ 800 000 femmes enceintes et accouchées par an. Leurs nouvelles compétences vont bientôt les conduire à prendre en charge toutes les femmes en âge de procréer, soit 15 millions de femmes en France en 2006 selon l'INED. (43)

Si nous interrogeons les patientes sur leur volonté de consulter une sage-femme plutôt qu'un médecin pour leur suivi gynécologique de prévention et la prescription de leur contraception, la réponse est positive sans réserve pour 60% d'entre elles, les réponses strictement négatives concernent 22,3% des patientes.

Concernant les patientes ayant exprimé un refus ou n'ayant pas exprimé clairement la volonté de consulter une sage-femme plutôt qu'un médecin, si nous analysons pourquoi elles ont fait un tel choix, nous ne retrouvons pas de réticences franches à consulter une sage-femme.
La majorité de ces patientes avancent la raison de l'habitude de leur médecin actuel, mais expriment bien qu'elles ne sont pas contre le fait de consulter une sage-femme, si le suivi qu'elles ont avec leur médecin venait à cesser.
Certaines patientes n'ont pas bien cerné la question puisqu'elles nuancent leur réponse en avançant qu'elles trouvent plus pratique de consulter une seule personne pour le suivi gynécologique et la prescription de la contraception, mais nous ne retrouvons pas non plus de réticences à consulter une sage-femme.
Quatre patientes estiment que le médecin est plus compétent que la sage-femme dans le domaine de la contraception, mais à l'inverse huit patientes expriment que, selon elles, la sage-femme est plus expérimentée dans ce domaine dans le sens où elles estiment que son

expérience est « *différente, plus ciblée* », ou encore que la sage-femme est « *spécialiste de la physiologie* ».
Parmi les raisons qui pousseraient les patientes à consulter une sage-femme plutôt qu'un médecin pour la prescription de la contraception et le suivi gynécologique de prévention, nous retrouvons un grand nombre de qualités humaines et relationnelles, telles que l'écoute, la disponibilité mais aussi la durée de la consultation. Concernant les qualités en lien avec la profession, les sages-femmes semblent, d'après les patientes, dispenser des informations et des conseils de santé publique plus clairs, plus détaillés et différents de ceux dispensés par leur médecin.

Les patientes avancent également le critère économique, bien qu'en général, elles ne connaissent pas le tarif d'une consultation avec une sage-femme, puisqu'elles ne sont que quatre dans l'étude à donner une réponse correcte (17€ ou 19€ selon l'actuelle nomenclature générale des actes professionnels de l'assurance maladie). Globalement, elles ont néanmoins conscience d'une différence de tarif entre une consultation de sage-femme et une consultation de médecin généraliste ou spécialiste.

Un autre point avancé comme positif par les patientes, est que les sages-femmes sont moins invasives, moins interventionnistes dans leur suivi, et que le suivi est plus global car il ne prend pas exclusivement en compte les aspects médicaux.
Des études montrent en effet que lors du suivi de grossesse les sages-femmes prescrivent moins de médicaments, d'examens complémentaires et d'arrêts de travail dans le cadre de la physiologie. (44)
Cette diminution de prescriptions et d'arrêts de travail représente une économie pour l'assurance maladie, d'autant plus que la consultation d'un spécialiste coûte à l'assurance maladie plus cher que le recours à une sage-femme.
Néanmoins la réorganisation actuelle des soins de périnatalité fait qu'il n'existe quasiment plus de consultations prénatales par les sages-femmes dans les hôpitaux, entrainant une augmentation de la demande en secteur libéral qui n'est pas forcément en rapport avec l'offre.
Cette situation n'est donc pas favorable à la mise en place de consultations de suivi gynécologique de prévention et de contraception par les sages-femmes qu'elles soient hospitalières ou libérales.
Signalons également que la loi a été votée en juillet 2009 et qu'il n'existe pas à l'heure actuelle de tarification spécifique pour ces consultations de suivi gynécologique de prévention

par les sages-femmes dans la nomenclature générale des actes professionnels ni dans la tarification à l'activité.

Le renforcement de l'offre de soins qui découlerait de la mise en place de consultations de contraception et de suivi gynécologique par les sages-femmes, permettrait de renforcer l'accès à la contraception pour toutes les femmes.
De plus, d'un meilleur accès à la contraception et d'une meilleure information sur la contraception découle une meilleure prévention des IVG en France. Comme le souligne l'IGAS dans son rapport sur les politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge de l'IVG : *« La France se caractérise par une couverture contraceptive étendue, constituée à 80% par des méthodes délivrées sur prescription médicale, avec une forte prédominance de la contraception hormonale orale (pilule). Mais le niveau des échecs contraceptifs est préoccupant : 72% des IVG sont réalisées sur des femmes qui étaient sous contraception, et dans 42% des cas, cette contraception reposait sur une méthode médicale, théoriquement très efficace (pilule ou stérilet)* » (7).
En effet, les échecs de contraception sont dus, nous l'avons vu en première partie, à une mauvaise utilisation de la méthode de contraception, une mauvaise observance ou à l'arrêt et au changement de méthode. Or, ces échecs seraient dus, d'après l'IGAS, au mode de vie et aux attentes par rapport à la contraception des patientes, aux conditions de prescriptions (habitude de prescription du praticien, formation continue, technique d'entretien de contraception) et à l'information et la participation de l'utilisatrice. (7).

En décembre 2009, à l'initiative du CNOSF, un groupe de travail s'est réuni afin de définir plus précisément ce que contenait le suivi gynécologique de prévention, et de préciser les bonnes pratiques à suivre pour mettre en œuvre ces nouvelles compétences. (45)
Le groupe de travail insiste alors sur le caractère physiologique du suivi qui ne se place pas dans l'action curative mais dans la prévention. La sage-femme doit orienter sa patiente vers un médecin en cas de pathologie. Il est évident que la sage-femme doit suivre les recommandations de l'ANAES concernant la prescription de la contraception. (19)
Le Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France a édité, quant à lui, des recommandations de démarche qualité concernant ce que doit contenir un dossier de suivi gynécologique. (46)

Enfin le groupe de travail et le CNOSF insistent sur *« l'impérieuse nécessité »* de suivre

des formations afin d'effectuer les actes et les prescriptions entrant dans le champ des nouvelles compétences. Le groupe de travail estime que depuis 2001, la formation initiale dispensée en école de sage-femme permet aux sages-femmes de mettre en œuvre ces nouvelles compétences, (la formation en gynécologie comprend 280 heures de gynécologie dont 120 heures de stage et 160 heures de cours théoriques) et encourage les sages-femmes n'ayant pas bénéficié de cette formation initiale à une mise à niveau par une formation continue en gynécologie. A l'heure actuelle, outre les congrès et conférences professionnelles qui sont nombreuses à aborder le sujet de la contraception chez la femme en bonne santé, il n'existe qu'un seul Diplôme Universitaire de suivi gynécologique de prévention intitulé « suivi gynécologique de prévention, sexualité, régulation des naissances » à Brest qui soit spécifique aux sages-femmes, reconnu par le Conseil de l'Ordre des Sages-Femmes depuis septembre 2010. Néanmoins il existe en France d'autres diplômes interuniversitaires ou universitaires sur la régulation des naissances reconnus par le CNOSF. (47)

Concernant les attentes des sages-femmes à propos de ces nouvelles compétences, l'étude menée par le groupe de travail « Contraception, Santé des femmes », interrogeant un groupe significatif de sages-femmes sur les nouvelles compétences, en 2010, montre que quelque soit le nombre d'années suivies en formation initiale (selon l'année d'obtention du diplôme de sage-femme) les sages-femmes sont 80,6% en demande de formation théorique et d'apprentissage technique sur la contraception, 77,1% sur le suivi gynécologique de prévention et 60% sur une formation clinique en gynécologie.

L'étude montrait un intérêt général des sages-femmes pour ces nouvelles compétences, dans la mesure où elles ont la possibilité d'obtenir une formation de qualité sur ce sujet. Elles souhaitent que cette formation se fasse en partenariat avec les gynécologues sans que ces nouvelles compétences soient source de conflits entre les deux professions.

Les sages-femmes exprimaient aussi à travers leurs réponses à cette étude, un manque de reconnaissance de leur profession, que ce soit par leurs employeurs, les usagers, les autorités en santé ou l'assurance maladie. (40)

Ce manque de reconnaissance de la profession, qui a du mal à trouver sa place dans l'offre de soins, est d'autant plus préoccupant que son champ de compétences ne cesse de s'élargir.

Après avoir examiné les parcours de soins des femmes enceintes dans plusieurs pays du monde (comme la Nouvelle Zélande, l'Angleterre, l'Allemagne, les Pays-Bas, qui sont des pays où la sage-femme est le professionnel de premier recours des femmes enceintes) le

Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes propose un modèle de parcours de soin pour les femmes en bonne santé comportant le suivi gynécologique de prévention et la contraception dès la puberté, le suivi de la grossesse, l'accouchement, le suivi post-natal et la consultation post-natale avant un retour au suivi gynécologique de prévention. En plus de ces consultations de suivi gynécologique de prévention, les consultations préconceptionnelles seraient incluses dans ce parcours de soin. Il est évident que ce suivi se ferait en complémentarité avec le médecin traitant et que les compétences de la sage-femme s'applique à la physiologie et à la femme en bonne santé. (44)

L'HAS a édité un document d'information pour les professionnels en septembre 2009 intitulé : « Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer ». Ce document reprend les messages de prévention à faire passer aux femmes et aux couples lorsqu'ils expriment un projet de grossesse, ainsi que les informations à recueillir, les examens cliniques à réaliser, les examens biologiques à proposer, les traitements médicamenteux auquel le professionnel se doit d'être attentif et enfin, les vaccinations à proposer au couple.

Concernant la prévention à proposer pour les risques liés au mode de vie et à l'environnement, l'HAS propose plusieurs axes :

- L'alimentation et l'activité physique,
- L'automédication
- L'alcool
- Le tabac
- Le cannabis et les autres substances psycho actives
- La pénibilité du travail, les risques professionnels
- La recherche des situations de précarité
- La recherche des situations de maltraitance, de violence domestique ou d'autres facteurs de vulnérabilité pouvant être source de difficultés ultérieures.(48)

L'HAS mentionne que *« La consultation peut-être menée par un médecin généraliste, un gynécologue médical, un gynécologue obstétricien, une sage-femme, que ce professionnel suive ou non la grossesse par la suite. »*

En effet, au regard du contenu de cette consultation, et des nouvelles compétences des sages-femmes en gynécologie, il semble que les sages-femmes peuvent réaliser ces consultations

dans la mesure où elles orientent les patientes vers un médecin en cas de dépistage de situations pathologiques.

Concernant la mention ajoutée en commission mixte paritaire à la loi *« la surveillance et le suivi biologique [de la contraception] sont assurés par le médecin traitant »*, c'est un frein à l'autonomie des sages-femmes.
Rappelons que selon les recommandations de l'ANAES, *« Lorsqu'une méthode hormonale est envisagée, pour une femme sans antécédent personnel ou familial de maladie métabolique ou thrombo-embolique, qui ne fume pas et dont l'examen clinique est normal, le premier bilan biologique peut être réalisé dans les 3 à 6 mois après le début de la contraception (même œstroprogestative). Sa non-réalisation ne doit pas retarder la prescription d'une contraception œstroprogestative. Il comporte la détermination du cholestérol total, des triglycérides et de la glycémie à jeun. Le bilan sera renouvelé tous les 5 ans. Un bilan d'hémostase n'est pas nécessaire. »* (19)
L'obligation pour les patientes de faire lire ce bilan par un médecin entraîne donc une double consultation et donc une dépense supplémentaire pour elles. Or, nous l'avons vu, le niveau socio-économique est corrélé à l'accès à la contraception. Ce coût supplémentaire entraîne le risque que les patientes ayant des revenus modestes n'effectuent pas ce bilan ou ne le fassent pas lire par un médecin entrainant un risque pour la santé publique et individuelle. (39)
Ce bilan permettant de dépister des pathologies chez des femmes a priori en bonne santé, la sage-femme pourrait alors les orienter vers le médecin le cas échéant.

Notre étude posait la question aux patientes de savoir si le fait d'avoir à consulter un médecin pour l'interprétation de ce bilan était un frein ; elles sont 83,1% à penser que cela n'en est pas un, en sachant que notre population appartient à un niveau socio-économique élevé. Les résultats seraient certainement différents en interrogeant une population plus variée du point de vue socio-économique.

L'actuel mouvement de réorganisation des soins en périnatalité, l'aspect financier et les qualités humaines que requiert la profession de sage-femme, la placent comme professionnel de premier recours pour la santé périnatale et sexuelle de la femme et du couple, ce qui nous permet donc de **valider l'hypothèse selon laquelle les sages-femmes ont une place privilégiée pour répondre aux attentes des patientes en matière de consultation de contraception et de suivi gynécologique de prévention.**

2. Critique de l'étude

L'étude comporte plusieurs limites.

Tout d'abord la population étudiée n'est pas très importante, de plus l'origine géographique n'a pas été demandée, et nous l'avons vu, certains critères de notre population diffèrent de la population générale, néanmoins il nous a été possible de tirer certaines conclusions de nos résultats.

Concernant le questionnaire, certaines questions ont été mal posées, par exemple, il aurait été intéressant de connaître le devenir des grossesses lorsque la gestité n'était pas égale à la parité.

Concernant les questions ouvertes, leur analyse a été difficile compte tenu du nombre de réponses différentes obtenues.

La population choisie n'étant constituée que de femmes enceintes suivies en maternité publique ou relevant du service public, ou suivies en préparation à la naissance et à la parentalité par des sages-femmes libérales, elle n'est pas représentative de la population générale des femmes en âge de procréer. Pratiquement toutes ces femmes ont eu un contact avec une sage-femme. Il aurait été intéressant d'interroger des femmes nullipares non enceintes afin d'évaluer aussi leur intérêt pour des consultations de suivi gynécologique de prévention par des sages-femmes et d'évaluer leur connaissance de notre profession.

Néanmoins cette étude, réalisée environ un an après le vote final de la loi, a permis aux femmes ayant répondu au questionnaire de découvrir et approfondir leurs connaissances sur la profession de sage-femme. Certains professionnels de santé qui ont participé à la distribution des questionnaires ne connaissaient pas non plus l'existence de cette nouvelle compétence et cela a permis d'échanger avec eux sur ce sujet.

L'analyse et la discussion de nos résultats nous permettent de dégager des axes de réflexions sur la place de la sage-femme vis à vis de ses nouvelles compétences et des enjeux créés par la mise en place de la loi du 21 juillet 2009.

3. Nos propositions

Suite au vote de la loi HPST, pour permettre sa mise en place et replacer la sage-femme comme interlocutrice de premier recours pour la santé des femmes, il nous paraît important :

⇒ De **créer un acte spécifique à la consultation de suivi gynécologique de prévention et de contraception par une sage-femme** dans la nomenclature générale des actes professionnels mais aussi dans la cotation des actes de la tarification à l'activité.

⇒ De **valoriser le secteur libéral et renforcer l'information faite aux femmes sur la possibilité d'un suivi par une sage-femme exerçant en libéral**. D'autant que la réorganisation des soins en périnatalité entraîne un suivi gynécologique et obstétrical réalisé en majorité par des professionnels du secteur libéral.

⇒ De **faciliter l'accès des sages-femmes à une formation de qualité en gynécologie et en contraception**, pour leur permettre de prendre en charge les patientes de manière adaptée.
La formation se doit d'être théorique mais aussi pratique en gynécologie. Elle peut se faire en cabinet libéral, à l'hôpital mais aussi en centre de planification familiale, ce dernier terrain recevant des femmes en âge de procréer, population cible des compétences des sages-femmes aujourd'hui. L'accès à la formation des sages-femmes pose le problème du coût et de la disponibilité des sages-femmes pour elles-mêmes et leurs structures d'exercice, qu'il soit libéral ou hospitalier.
Les sages-femmes ont l'obligation de formation médicale continue, et le suivi gynécologique doit y être intégré.

⇒ Enfin pour permettre à la sage-femme d'exercer ses compétences de façon autonome et ainsi faciliter l'accès à la contraception pour les femmes, il nous paraît logique de **faire apparaître dans la loi que la surveillance et le suivi biologique de la contraception puissent être assurés par la sage-femme pour l'ensemble des moyens de contraception**. Notons que si, dans l'état actuel de la *loi « **la surveillance** et le suivi biologique [de la contraception] sont assurés par le médecin traitant »*, depuis le 8 aout 2004, selon le code de la santé publique, « *la sage-femme est autorisée à pratiquer notamment [...] **la surveillance** des dispositifs intra-utérins »*. (49)

Conclusion

Plus d'un an après le vote de la loi HPST, notre étude nous a permis de montrer que la majorité des patientes connaissent notre compétence de prescription de la contraception mais que leurs connaissances sur la profession de sage-femme sont incomplètes.
Globalement, elles sont satisfaites de leur actuel suivi gynécologique de prévention et de leurs entretiens de contraception, néanmoins elles montrent un certain intérêt pour des consultations avec des sages-femmes pour des raisons économiques, relationnelles, et humaines.
Elles placent souvent la sage-femme comme un professionnel proche des femmes et qui leur dispenserait plus de conseils et d'informations en matière de santé publique. Elles estiment également le suivi par une sage-femme moins invasif, moins médical et plus global, prenant en compte tous les aspects de la personne.

Nos recherches et notre réflexion sur la profession de sage-femme, et sa place vis-à-vis de la contraception, du suivi gynécologique et par extension de la santé reproductive et sexuelle des femmes, nous permettent d'affirmer que son rôle dans ce domaine doit être renforcé. La sage-femme paraît être le professionnel de premier recours pour les femmes en bonne santé puisqu'elle est spécialiste de la physiologie et à même de dépister la pathologie pour orienter les patientes vers un médecin le cas échéant.
Néanmoins, pour permettre de renforcer ce rôle, les implications sont multiples, passant par une revalorisation des actes de sages-femmes, une création de nomenclature pour les actes de gynécologie pour les sages-femmes mais également un renforcement de la formation initiale en gynécologie et une extension de l'offre de formation médicale continue en gynécologie.

L'enjeu ici est de permettre à toutes les femmes un meilleur accès à la contraception mais également un suivi gynécologique de prévention prenant en compte les aspects médicaux et humains, un meilleur accès au dépistage des pathologies et une continuité dans la prise en charge gynécologique et obstétricale.

Bibliographie

1. Winkler M. Contraceptions Mode d'Emploi. 3 éd. Paris: J'ai Lu; 2007.

2. Sarfaty D. Contraception. Masson. Paris: 2007.

3. Abrial N. Contraception et information : etat des lieux en 2008. Mémoire de fin d'étude de sage-femme. Ecole de sage-femme Baudelocque, Université Paris V. 2008; 120p.

4. Gomez C. La contraception : quel rôle pour la sage-femme ? Incidence des nouvelles dispositions légales. La revue sage-femme. 2007;(6):74-89.

5. Guillebaud J. The pill and other hormonal contraceptives: the facts. 6 éd. Oxford university press; 2005.

6. Moreau C, Lydie N, Warszawski J, Bajos N. Activité sexuelle, IST, contraception : une situation stabilisée. Dans: Baromètre santé 2005. Paris: Edition INPES; 2005. p. 329-353.

7. IGAS. Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001. Rapport de synthèse. 2009;

8. Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2006. Etudes et Résultats. DREES. 2008;(659).

9. Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortement n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans. Population et société. 2004;(407).

10. Van de Walle E. Comment prévenait-on les naissances avant la contraception moderne. Population et société. 2005;(418).

11. Régnier-loilier A, Leridon H. Après la loi Neuwirth pourquoi tant de grossesses imprévues. Population et société. 2007;(439).

12. Hassoun D. Histoire de la légalisation de la contraception et de l'avortement. disponible sur : http://www.ancic.asso.fr/textes/ressources/historique_ivg-veil.html. 1997;

13. Knibiehler Y. Accoucher, femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXeme siècle. Rennes: Edition de l'école nationale de santé publique; 2007.

14. Veil S. Les hommes aussi s'en souviennent, une loi pour l'histoire. Paris: Stock; 2004.

15. Bard C, Mossuz-Lavau J. Le Planning Familial. Histoire et mémoire. 1956-2006. Rennes: Presse universitaire de Rennes; 2006.

16. Cahen F. De la contraception clandestine à la loi Neuwirth : La France à la traîne ? Population et société. 2007;(439).

17. Article R. 4127-35 du code de la santé publique, quatrième partie : Profession de santé, livre Ier : professions médicales, titre II : organisation des profession médicales, chapitre 7, section 1, sous-section 2.

18. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et au système de santé.

19. ANAES, INPES, AFSSAPS. Stratégie de choix des méthodes contraceptives chez la femme. 2004;

20. GATHER guide to counseling. Population reports. 1998 Déc;XXVI(4).

21. INPES. Comment aider une femme à choisir sa contraception ? Repère pour votre pratique.

22. Hani B. Evaluation de l'information délivrée par les sages-femmes sur la contraception et choix éclairé des femmes en suites de couches précoces. Mémoire de fin d'étude de sage-femme. Ecole de sage-femme Baudelocque, Université Paris V. 2009; 73p

23. International Confederation of Midwives. [consulté le 23 septembre 2010]; disponible sur : http://www.internationalmidwives.org/

24. Ordre des sages-femmes. Etude des régulateurs européens de sages-femmes, 2ème édition. 2010;

25. Loi n°67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L.648 et L.649 du code de la santé publique, version en vigueur au 20 mai 1982.

26. Article L.5134-1 du code de la santé publique (version en vigueur au 22 juin 2000), Cinquième partie : Produits de santé, Livre Ier : Produits pharmaceutiques, Titre III : Autres produits et substances pharmaceutiques réglementés, Chapitre IV : Contraceptifs.

27. Article L. 4151-1 du code de la santé publique (version en vigueur au 22 juin 2000), Quatrième partie : profession de santé, Livre Ier : Profession médicale, Titre V : Profession de Sage-femme, Chapitre Ier : conditions d'exercice.

28. Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

29. Matet N, Basset B, Dab W. Sages-femmes et contraception : une opportunité à saisir. La revue sage-femme. 2005;(4):53-56.

30. Article L. 4151-1 du code de la santé publique (version en vigueur au 11 août 2004), Quatrième partie : profession de santé, Livre Ier : Profession médicale, Titre V : Profession de Sage-femme, Chapitre Ier : conditions d'exercice.

31. Article L.5134-1 du code de la santé publique (version en vigueur au 11 août 2004), Cinquième partie : Produits de santé, Livre Ier : Produits pharmaceutiques, Titre III : Autres produits et substances pharmaceutiques réglementés, Chapitre IV : Contraceptifs.

32. Article L. 4151-1 du code de la santé publique (version en vigueur au 23 juillet 2009), Quatrième partie : profession de santé, Livre Ier : Profession médicale, Titre V : Profession de Sage-femme, Chapitre Ier : conditions d'exercice.

33. Loi n° 2009-584 du 16 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

34. Article L.5134-1 du code de la santé publique (version en vigueur au 23 juillet 2009), Cinquième partie : Produits de santé, Livre Ier : Produits pharmaceutiques, Titre III : Autres produits et substances pharmaceutiques réglementés, Chapitre IV : Contraceptifs.

35. Hibrand N. Image de la sage-femme chez la nullipare. Mémoire de fin d'étude de sage-femme. Ecole de sage-femme Baudelocque, Université Paris V. 2010; 75p

36. Institut national de la statistique et des études économiques [consulté le 17 février 2011];disponible sur: http://www.insee.fr/fr/default.asp

37. AUDIPOG [consulté le 2 mars 2011] ;disponible sur: http://www.audipog.net/

38. Beck F, Guignard R, Richard J, Wilquin J, Peretti-Watel P. Premiers résultats du baromètre santé 2010 : Evolutions récentes du tabagisme en France. Dans: Baromètre santé 2010. INPES; 2010.

39. Leridon H, Oustry P, Bajos N, Equipe Cocon. La médicalisation croissante de la contraception en France. Population et société. 2002;(381).

40. Dupond C. Loi HPST : contraception et suivi gynécologique de prévention : enquête réalisée par le CIR2 : résultats complémentaires et perspectives. Contact Sage-femme. 2011;(26):4-8.

41. Gouyon M. Consulter un spécialiste libéral à son cabinet: premiers résultats d'une enquête nationale. Etudes et Résultats. DREES. 2009;(740).

42. Institut National du Cancer. Cancer et tabac chez les femmes, Plan Cancer mesure 10, Collection fiche repère.

43. Institut National Etudes Démographiques - Recherches sur la population et en démographie. [consulté le 25 septembre 2010];disponible sur: http://www.ined.fr/fr/

44. Benoit Truong-Canh M. Quelle place pour les sages-femmes dans le parcours de soins ? En quoi la NGAP influence cette place ? Contact Sage-femme. 2010;(24):5-8.

45. CNOSF. Précisions sur les nouvelles compétences. Contact Sage-femme. 2010;(23):7.

46. CNGOF. Directive qualité - Contenu minimum obligatoire d'un dossier de consultation en gynécologie. 2010;

47. Conseil national de l'ordre des sages-femmes. [consulté le 25 juillet 2010];disponible sur: http://www.ordre-sages-femmes.fr/

48. Haute Autorité en Santé. Document d'information pour les professionnels : Projet de grossesse : informations, message de prévention, examens à proposer. 2009;

49. Article R. 4127-318 du code de la santé publique, quatrième partie : Profession de santé, livre Ier : professions médicales, titre II : organisation des profession médicales, chapitre 7, section 3, sous-section 1.

Annexes

<u>Annexe 1</u> : Les différents moyens de contraception disponibles en France

Les différentes méthodes contraceptives

La méthode	Ses particularités et ses avantages	Son prix[1]	Où l'obtenir ?
Pilule contraceptive	Un comprimé à prendre quotidiennement et à heure fixe pendant les 21 jours du cycle ou 28 jours selon le type de pilule. Il en existe deux types : les pilules combinées œstroprogestatives qui contiennent deux hormones et les pilules progestatives[2] qui n'en contiennent qu'une. En cas d'oubli supérieur à 12 h pour une pilule combinée et à 3 h pour une progestative, vous n'êtes plus protégée.	De 2 € à 12 €/mois. Certaines sont remboursées à 65%. Il existe aussi des pilules génériques. Gratuite dans les CPEF[3] pour les mineures et pour les non-assurées sociales.	Prescrite par un médecin, ou une sage-femme dans certaines circonstances (après un accouchement ou une IVG). Délivrée sur ordonnance en pharmacie.
Patch contraceptif	Un patch à coller soi-même sur la peau une fois par semaine et à renouveler chaque semaine, pendant 3 semaines. Durant la 4ème semaine, on ne met pas de patch, ce qui provoque l'apparition des règles. Un geste hebdomadaire, efficace pour celles qui ont tendance à oublier leur pilule.	15 € par mois. Non remboursé.	Prescrit par un médecin, ou une sage-femme dans certaines circonstances. Délivré sur ordonnance en pharmacie.
Implant contraceptif	Un bâtonnet cylindrique de 4 cm de long et de 2 mm de large inséré sous la peau du bras, sous anesthésie locale. La pose dure quelques minutes. Il peut être retiré par un médecin dès que la femme le désire. Très fiable, il permet d'avoir l'esprit tranquille car il est efficace pendant 3 ans.	125 € Remboursé à 65%.	Prescrit et posé par un médecin. Délivré sur ordonnance en pharmacie.
Anneau vaginal	Un anneau souple à placer soi-même dans le vagin, simplement, comme un tampon. On le laisse en place pendant 3 semaines. Au début de la 4ème semaine, on enlève l'anneau soi-même, ce qui provoque l'apparition des règles. Il permet de bénéficier d'une contraception efficace sans y penser pendant 3 semaines.	16 € par mois. Non remboursé.	Prescrit par un médecin, ou une sage-femme dans certaines circonstances. Délivré sur ordonnance en pharmacie.
Stérilet	Il en existe deux types : au cuivre ou à la progestérone. Le stérilet (ou dispositif intra utérin) est placé dans l'utérus par un médecin. La pose dure 2 minutes. Il peut être enlevé par le médecin dès que la femme le désire. Il peut être gardé de 4 à 10 ans. Il a une longue durée d'action et permet d'avoir l'esprit tranquille.	DIU au cuivre : 27 € DIU hormonal : 126 € Remboursé à 65%. Gratuit dans les CPEF pour les mineures et pour les non-assurées sociales.	Prescrit et posé par un médecin. Délivré sur ordonnance en pharmacie.
Diaphragme / Cape cervicale	Le diaphragme est une coupelle en latex ou en silicone que l'on place dans le vagin. Il s'utilise associé à un produit spermicide. Cela empêche le passage des spermatozoïdes. La cape est un dôme très fin, en silicone, qui vient recouvrir le col de l'utérus. La cape cervicale ou le diaphragme peut être posé(e) au moment du rapport sexuel, mais aussi plusieurs heures avant. Il est important de la/le garder pendant 8 heures après le rapport. Elle/il est réutilisable.	Diaphragme : 40 € en latex, 45 € en silicone. Remboursé sur la base de 3,14 €. Cape cervicale : 60 €. Non remboursée.	Prescrits par un médecin, ou une sage-femme qui en déterminent la taille et vous apprennent à la/le poser. Délivrés sur ordonnance en pharmacie. Le diaphragme peut être obtenu au planning familial.
Les spermicides	Les spermicides se présentent sous forme de gel, d'ovule ou d'éponge qui se placent dans le vagin quelques minutes avant chaque rapport et détruisent les spermatozoïdes. Seule l'éponge est efficace pendant 24 h. Elle peut donc être placée bien avant le rapport sexuel et gardée plusieurs heures après. Une contraception utile de dépannage.	7 à 16 € selon le type, pour plusieurs doses. Non remboursés.	Sans ordonnance en pharmacie.
Préservatif masculin	En latex, il se déroule sur le pénis en érection avant la pénétration et retient le sperme. Avant la fin de l'érection, il faut se retirer de sa partenaire en tenant le préservatif par son ouverture, puis le nouer et le jeter à la poubelle. Le préservatif doit être changé à chaque rapport sexuel. Avec le préservatif féminin, c'est le seul moyen de contraception qui **protège du VIH et des infections sexuellement transmissibles.**	A partir de 20 cts le préservatif. Non remboursé. Gratuit dans les CPEF et les centres de dépistage du VIH.	Sans ordonnance en pharmacie, grande surface et distributeur automatique.
Préservatif féminin	Gaine en nitrile ou en polyuréthane munie d'un anneau souple aux deux extrémités qui se place dans le vagin. Il peut être mis en place plusieurs heures avant le rapport sexuel. Avec le préservatif masculin, c'est le seul moyen de contraception qui **protège du VIH et des IST.**	8,70 € la boîte de 3 préservatifs. Non remboursé. Gratuit dans les CPEF et les centres de dépistage du VIH.	Sans ordonnance en pharmacie, dans les CPEF.

[1] Prix indicatifs pratiqués en métropole en 2008. [2] Si vous utilisez déjà une pilule, reportez-vous à la notice. Sinon, votre médecin déterminera avec vous celle qui vous conviendra le mieux et vous la prescrira.
[3] Centres de planification ou d'éducation familiale.

- Il existe aussi plusieurs méthodes « naturelles » de contraception telles que le retrait ou l'abstinence périodique (méthodes Ogino, Billing et méthode des températures). Mais elles sont peu fiables.
- Par ailleurs, des méthodes contraceptives chirurgicales peuvent être envisagées chez des personnes majeures, hommes ou femmes. Consultez le site www.choisirsacontraception.fr ou www.sante.gouv.fr/rubrique Contraception (voir le livret d'information *Stérilisation à visée contraceptive*).

Quelle que soit la méthode que vous choisissez, n'oubliez pas que le préservatif (masculin ou féminin) est le seul contraceptif qui protège du sida et des autres infections sexuellement transmissibles. Il peut également être associé à un autre mode de contraception.

source : INPES, Choisir sa contraception, la meilleure contraception c'est celle que l'on choisit, 2008.

Annexe 2 : Questionnaire

Questionnaire

destiné aux patientes enceintes à partir de 6 mois de grossesse

Je m'appelle Myrtille MAURY, je suis étudiante sage-femme à Baudelocque, faculté de médecine Paris Descartes, Université Paris 5.
Dans le cadre de mes études, je réalise un mémoire de fin d'études, portant sur les attentes des patientes en matière de contraception.
En accordant quelques minutes à ce questionnaire anonyme, vous m'aiderez à accomplir ce travail. Vous seriez très aimable de le remplir seule et dans l'ordre afin que vos réponses soient les plus spontanées et objectives possibles.
Je vous remercie de votre participation et vous souhaite une bonne lecture.

I. Renseignements vous concernant

1) Quel âge avez vous ? :.....
2) Quelle est votre profession ? :.....

   L'exercez-vous ? :

   - Oui
   - Non

3) Combien avez vous d'enfants ? :.....
4) Combien avez vous eu de grossesses ? (dont IVG, fausses couches) ? :.....
5) Fumez vous ? :.....

II. A propos de la grossesse

1) Votre grossesse était-elle programmée ? :

   - Oui
   - Non

2) Quelle était votre contraception avant la grossesse ? :.....

3) Aviez vous un suivi gynécologique régulier (au moins 1 fois par an) ? :

- Oui
- Non

a) Vous n'avez pas de suivi régulier : avez vous déjà consulté un médecin pour une question de gynécologie (en dehors de la grossesse) ? :

- Oui
- Non

b) Vous consultez :

- 1 fois par an
- 2 fois par an
- plus de 2 fois par an

c) Vous consultez :

- Un gynécologue-obstétricien
- Un gynécologue médical
- Votre médecin traitant/Généraliste

4) A quel terme de la grossesse êtes vous ? :.....

5) Au cours de votre grossesse vous êtes suivie par ? : (plusieurs réponses possibles)

- Votre médecin traitant/Généraliste
- Un gynécologue-obstétricien en ville
- Un gynécologue médical en ville (en début de grossesse par exemple)
- Un gynécologue-obstétricien à l'hôpital
- Une sage-femme en ville
- Une sage-femme à l'hôpital

6) Dans quelle maternité allez-vous accoucher ? :.....

III. Connaissance sur la profession de Sage-Femme et le droit de prescription

1) Quel est le niveau d'étude des Sages-Femmes ? :

- Baccalauréat
- Bac + 3
- Bac + 4
- Bac + 5

2) Selon vous la profession est classée comme :

- Médicale
- Paramédicale

3) D'après vous les sages-femmes ont le droit de prescription de la contraception :

- en post-partum (après l'accouchement)
- en post-abortum (après un avortement)
- durant toute la vie reproductive

IV. Satisfaction du suivi gynécologique

1) Quels moyens de contraception connaissez vous ? :.....
.....
.....
.....
.....

2) Quel est le temps consacré à la consultation par votre médecin ? :

- 10 minutes
- 15 minutes
- Plus de 20 minutes

Estimez-vous ce temps suffisant ? :

- Oui
- Non

3) Quel est le délai pour obtenir un rendez-vous avec votre gynécologue pour votre suivi gynécologique de prévention ? :.....

4) Quels sont les sujets que vous abordez lors d'une consultation de suivi gynécologique de prévention ? :.....
.....
.....
.....
.....

5) Quels sont les sujets abordés par votre médecin lors d'une consultation de suivi gynécologique de prévention ? :.....
….....
.....
.....
.....

6) En général êtes-vous satisfaite de vos consultations de suivi gynécologique de prévention ? :

- Oui
- Non

7) Quels sujets souhaiteriez-vous aborder lors d'une consultation de suivi gynécologique de prévention en dehors du suivi médical strict (sexualité, alimentation, vie de couple, vie de famille, tabac, alcool, etc...) ? :.....
.....
.....
.....
.....

V. Nouvelles compétences des Sages-Femmes

➔ La loi Hôpital Patient Santé Territoire dite HPST votée en Juillet 2009, dispose que « L'exercice de la profession de SF peut comporter également la réalisation de consultation 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. »

1) Le saviez-vous ? :

- Oui
- Non

2) Quel est selon vous le tarif d'une consultation avec une sage-femme ? :.....

3) Quel est le tarif du médecin qui effectue votre suivi gynécologique ? :.....

4) Souhaiteriez-vous consulter une sage femme plutôt qu'un médecin pour la prescription et le suivi de votre contraception ? :

- Oui
- Non

5) Pourquoi (critère du temps, de l'écoute, des conseils de santé publique, économique etc...) ? :.....
.....
.....
.....
.....

➔ Cette même loi dispose que le suivi biologique de la contraception (qui consiste en dehors d'une pathologie en une prise de sang à renouveler tous les 5 ans) doit être effectué par un médecin.

6) Le saviez-vous ? :

- Oui
- Non

7) Seriez vous prête dans ces dispositions à consulter une sage-femme pour votre contraception et à consulter un médecin tous les 5 ans pour en effectuer le suivi biologique ? :

- Oui
- Non

Résumé

La loi du 21 juillet 2009 dite Hôpital Patients Santé Territoires, permet aux sages-femmes de prescrire des moyens de contraception à des femmes en bonne santé tout au long de leur vie et d'effectuer leur suivi gynécologique de prévention.

Nous avons réalisé une étude par questionnaire auprès de patientes enceintes, en maternité ou en cabinet libéral afin d'évaluer les attentes et les intérêts qu'elles portent sur ces nouvelles compétences en gynécologie et contraception, mais également de vérifier la place de la sage-femme dans la santé sexuelle et reproductive des femmes.

Nous avons montré que les connaissances des patientes sur notre profession sont imparfaites, bien qu'elles soient nombreuses à savoir que nous pouvons leur prescrire une contraception tout au long de leur vie. Nous avons également montré leur intérêt pour des consultations de gynécologie par les sages-femmes dans le cadre de la physiologie.

Nous avons, ainsi, replacé la sage-femme comme professionnelle de premier recours dans la santé sexuelle et reproductive des femmes, sous réserve d'une formation initiale et continue adaptée à ces nouvelles compétences.

Mots-clés : contraception, gynécologie, sage-femme, compétences, santé sexuelle et reproductive

On the 21st of July 2009, a law called the Hospital Patient Health Territorial was passed which gives midwives autonomy to prescribe methods of contraception to all women that have a history of continued good health, and also to perform well woman health checks.

We have established a study directed at pregnant women under both public and private health care. The purpose of this study was to record and evaluate their expectations and opinions towards this new service, but also to check patients opinions of what role of the midwife should take within the sexual and reproductive health of women.

This study has shown that patient knowledge regarding the midwifery profession is not clear, even though many of them know that midwives can prescribe contraception, they were unaware that a midwife can carry out full gynecological health screening. During the study, we have made women aware that it is in their interest, assuming they are healthy, to be seen by midwives for their gynecological consultations.

We have therefore re-positioned the midwife to be the first point of contact, within the medical professional, for the sexual and reproductive health of women, based on the conditions of an initial assessment and the continued professional development of the midwife.

Keywords : contraception, gynecology, midwifery, professional competence, reproductive health