



HAL
open science

Évaluation des connaissances et des pratiques professionnelles des sages-femmes sur le frottis cervico-utérin et sur le suivi gynécologique

Sophie dos Santos

► **To cite this version:**

Sophie dos Santos. Évaluation des connaissances et des pratiques professionnelles des sages-femmes sur le frottis cervico-utérin et sur le suivi gynécologique. Gynécologie et obstétrique. 2012. dumas-00724770

HAL Id: dumas-00724770

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00724770>

Submitted on 22 Aug 2012

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

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

AVERTISSEMENT

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

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

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

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 Descartes

ECOLE DE SAGES-FEMMES BAUDELOCQUE

Mémoire pour obtenir le
Diplôme d'État de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

le : 12 avril 2012

par

Sophie DOS SANTOS

Née le 29 mars 1988

**Évaluation des connaissances et des
pratiques professionnelles des sages-femmes
sur le frottis cervico-utérin et sur le suivi
gynécologique**

DIRECTEUR DU MEMOIRE :

Dr ANSELEM Olivia

Gynécologue obstétricien, Maternité Port-Royal

JURY :

Mr le Pr CABROL

Mme DUQUENOIS

Mr le Dr SERREAU

Mr DUTRIAUX

Mme PRUDHOMME

Directeur technique de l'ESF Baudelocque

Représentante de la directrice de l'ESF Baudelocque

Gynécologue obstétricien

Sage-femme

Co-directrice du mémoire, sage-femme enseignante

Mémoire N° 2012PA05MA10

Je remercie,

Madame le Docteur Anselem pour avoir dirigé ce mémoire, et Madame Prudhomme pour l'avoir guidé, ainsi que pour leur disponibilité, leurs encouragements, leur patience et leurs conseils avisés.

Je remercie également l'ensemble des professionnels de santé qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de ce travail, ainsi que le Pr Cabrol et l'ensemble de l'équipe enseignante de l'école de sages-femmes de Baudelocque pour l'enseignement dispensé durant ces quatre années.

Enfin je remercie mes amis, ma famille, mes parents et plus particulièrement Jérôme pour m'avoir toujours soutenue et avoir cru en moi.

Table des matières

Liste des tableaux	I
Liste des figures.....	II
Liste des annexes	IV
Lexique	V
Introduction.....	1
PREMIÈRE PARTIE	2
1. Généralités.....	2
1.1 Histoire du cancer du col	2
1.1.1 Définition du cancer du col.....	2
1.1.2 La découverte du cancer du col	3
1.1.3 Anatomie et histologie.....	4
1.1.4 Évolution des dysplasies cervicales	5
1.2 Épidémiologie et dépistage.....	7
1.2.1 État des lieux au niveau international	7
1.2.2 État des lieux en France	8
1.2.3 Place du dépistage et de la prévention	9
1.3 Le frottis cervico-utérin.....	13
1.3.1 Recommandations de dépistage	13
1.3.2 Méthodes.....	13
1.3.3 Interprétation.....	15
1.4 Cancer du col et grossesse	16
2. Suivi gynécologique de prévention.....	17
2.1 Législation.....	17
2.1.1 Compétences des sages-femmes	17
2.1.2 Formation continue	18
2.2 Consultation de gynécologie préventive et de contraception .	19
2.2.1 Consultation de gynécologie préventive	19
2.2.2 Consultation de contraception	20
2.2.3 Valorisation salariale.....	21
2.3 Évolution des études de sage-femme	21
2.3.1 De 1917 à 2001	21
2.3.2 Arrêté du 11 décembre 2001	22
2.3.3 Formation en sciences maïeutiques	23
DEUXIÈME PARTIE	24

1. Problématique, hypothèses, objectifs	24
2. La méthodologie.....	25
3. Exploitation des résultats.....	27
3.1 Description des résultats des questionnaires destinés aux sages-femmes	27
3.1.1 Renseignements généraux concernant les sages-femmes	27
3.1.2 Pratiques lors du suivi obstétrical	29
3.1.3 Connaissances sur la pratique du FCV	36
3.1.4 Formation des sages-femmes	40
3.1.5 Compétences sur le suivi gynécologique de prévention	41
3.1.6 Opinion des sages-femmes.....	46
3.2 Description des résultats des questionnaires destinés aux étudiants sages-femmes.....	48
3.2.1 Pratiques des étudiants sages-femmes	48
3.2.2 Connaissances des étudiants sages-femmes	50
3.2.3 Formation des étudiants sages-femmes	52
3.2.4 Opinion des étudiants sages-femmes.....	55
TROISIÈME PARTIE	58
1. Analyse des résultats	58
1.1 Caractéristiques générales des populations étudiées	58
1.2 Évaluation des pratiques sur le FCV.....	59
1.3 Évaluation des connaissances sur le FCV	61
1.4 Évaluation de la formation sur le FCV	62
1.5 État des lieux sur le suivi gynécologique	63
1.6 Évaluation de la formation des étudiants sages-femmes	64
1.7 Besoins, attentes et réticences.....	66
2. Critiques de l'étude	68
3. Propositions	69
CONCLUSION	71
Bibliographie	72
Annexes.....	76

Liste des tableaux

Tableau 1 : Causes des difficultés d'interprétation	40
Tableau 2 : Arguments donnés sur leur statut de pour ou contre ce lien entre profession et nouvelles compétences	42
Tableau 3 : Arguments pour appliquer ou non ces nouvelles compétences	43
Tableau 4 : Arguments pour pratiquer ou non le suivi gynécologique	48
Tableau 5 : Arguments pour ne pas réaliser de FCV pendant la grossesse	49
Tableau 6 : Arguments pour un lien entre les nouvelles compétences et la profession de sage-femme	56
Tableau 7 : Arguments pour réaliser ou non le suivi gynécologique	56

Liste des figures

Figure 1 : Population des sages-femmes étudiée	27
Figure 2 : Niveaux de maternité où exercent les sages-femmes hospitalières.....	27
Figure 3 : Services exercés par les sages-femmes hospitalières.....	28
Figure 4 : Activités déjà exercées.....	28
Figure 5 : Durée de formation initiale	29
Figure 6 : Taux de sages-femmes demandant systématiquement si un suivi gynécologique régulier est réalisé	29
Figure 7 : Taux de sages-femmes demandant la date du dernier FCV	30
Figure 8 : Taux de sages-femmes demandant à voir le résultat du dernier FCV	30
Figure 9 : Taux de sages-femmes indiquant le dernier FCV dans le dossier	31
Figure 10 : Taux de réalisation de FCV pendant le suivi obstétrical.....	31
Figure 11 : Arguments pour lesquelles il n'est pas réalisé de FCV pendant la grossesse	32
Figure 12 : Méthode utilisée	32
Figure 13 : Taux de FCV réalisés au cours des six derniers mois.....	33
Figure 14 : Taux de contraintes à réaliser un FCV	33
Figure 15 : Arguments pour lesquels le FCV représente une contrainte	34
Figure 16 : Taux de réalisation de FCV dans le post-partum	34
Figure 17 : Indication de l'âge gestationnel sur le bon d'examen	35
Figure 18 : Réalisation de FCV	35
Figure 19 : Limites de terme pour le FCV.....	36
Figure 20 : Connaissances sur le terme de réalisation du FCV.....	36
Figure 21 : Classification utilisée	37
Figure 22 : Date du premier FCV	37
Figure 23 : Fréquence des FCV	38
Figure 24 : Intérêt de la pratique du FCV pendant la grossesse	38
Figure 25 : Fréquence de dépistage des dysplasies par les sages-femmes	39
Figure 26 : Difficultés d'interprétation	39
Figure 27 : Formation reçue	40
Figure 28 : Type de formation reçue	41
Figure 29 : Lien entre nouvelles compétences et profession.....	41
Figure 30 : Compétences applicables au sein de leur profession	42

Figure 31 : Pratique des activités liées à la gynécologie	43
Figure 32 : Domaines de formation insuffisante	44
Figure 33 : Demande de formation.....	45
Figure 34 : Domaines d’approfondissement de formation	45
Figure 35 : Attentes de ces nouvelles compétences	46
Figure 36 : Réticences face à ces compétences	46
Figure 37 : Place des nouvelles compétences dans la profession	47
Figure 38 : Souhait d’exercer le suivi gynécologique de prévention.....	47
Figure 39 : Taux d’ESF ayant déjà effectué un FCV	49
Figure 40 : Stages d’apprentissage du FCV.....	50
Figure 41 : Connaissances sur la date de réalisation du FCV.....	50
Figure 42 : Connaissances sur la date du premier FCV.....	51
Figure 43 : Connaissances sur la date du deuxième FCV	51
Figure 44 : Connaissances sur la fréquence du FCV	52
Figure 45 : Type de formation reçue sur le dépistage des dysplasies.....	52
Figure 46 : Pratique des différentes activités gynécologiques lors des stages.....	53
Figure 47 : Activités dont la formation est insuffisante	53
Figure 48 : Type de formation souhaitée.....	54
Figure 49 : Formation suffisante en contraception	54
Figure 50 : Formations reçues sur la pose de moyens contraceptifs	55

Liste des annexes

Annexe I : Le système de Bethesda de 2001	77
Annexe II : Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus par la HAS	78
Annexe III : Référentiel métier	79
Annexe IV : Questionnaire destiné aux sages-femmes.....	80
Annexe V : Questionnaire destiné aux étudiants sages-femmes	85

Lexique

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
AMP : Aide Médicale à la Procréation
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
CIN : *Cervical Intra Neoplasia*
CNGOF : Conseil National des Gynécologues et Obstétriciens de France
CNOSF : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes
CIR2 : Conseil Inter-Régional de l'ordre des sages-femmes du secteur 2
CSP : Code de Santé Publique
DE : Diplôme d'État
DIU : Diplôme Inter-Universitaire
DIU : Dispositif Intra-Utérin
DOM : Département d'Outre-Mer
DPC : Développement Professionnel Continu
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DU : Diplôme Universitaire
ESF : Étudiant Sage-Femme
FCU : Frottis Cervico-Utérin
FCV : Frottis Cervico-Vaginal
HAD : Hospitalisation À Domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
HCSP : Haut Conseil de Santé Publique
HPST : Hôpital Patients Santé Territoires
HPV : *Human Papilloma Virus*
IARC : *International Agency for Research on Cancer*
INCa : Institut National du Cancer
INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
InVS : Institut National de Veille Sanitaire
IST : Infection Sexuellement Transmissible
JPU : Journées Post-Universitaires
MST : Maladie Sexuellement Transmissible

NR : Non Renseigné

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONSSF : Organisation Nationale des Syndicats de Sages-Femmes

RS : Rapport Sexuel

SA : Semaines d'Aménorrhées

SF : Sage-Femme

UNSSF : Union Nationale des Syndicats de Sages-Femmes

Introduction

Dixième cancer chez la femme en France, le cancer du col de l'utérus représente aujourd'hui une mesure de santé publique au vu des inégalités d'accès des femmes à son dépistage, qui se réalise par l'intermédiaire du frottis cervico-utérin.

Depuis 2006, la sage-femme se voit le droit de pratiquer celui-ci, et depuis la loi Hôpital Patients Santé Territoires du 21 juillet 2009, le champ de compétences des sages-femmes s'est élargi au suivi gynécologique de prévention tout au long de la vie des femmes en bonne santé. Cet élargissement permet ainsi de renforcer leur place d'actrices de santé publique pour la santé des femmes. La grossesse serait donc une période de la vie propice au dépistage du cancer du col chez les femmes n'ayant jamais eu l'occasion d'y participer.

Pour cette étude il a été choisi de travailler sur l'évaluation des pratiques, connaissances et formations des sages-femmes et étudiants sages-femmes sur le dépistage du cancer du col et sur le suivi gynécologique en général.

Dans une première partie il sera tout d'abord traité de l'histoire du cancer du col de l'utérus ainsi que de l'état des lieux concernant l'épidémiologie et le dépistage. Puis il sera abordé la place de la sage-femme dans le suivi gynécologique de prévention.

Il sera présenté dans une seconde partie la méthodologie de l'enquête ainsi que ses résultats sur les pratiques, connaissances et formation des sages-femmes et étudiants sages-femmes.

Enfin, la troisième et dernière partie, concernera l'analyse et la discussion des résultats afin de vérifier les hypothèses, et quelques propositions seront émises afin d'améliorer le dépistage et la pratique du suivi gynécologique par les sages-femmes.

PREMIÈRE PARTIE

1. Généralités

1.1 Histoire du cancer du col

1.1.1 Définition du cancer du col

Le cancer du col de l'utérus est le deuxième cancer le plus fréquent chez la femme dans le monde et le premier en terme de mortalité. Ce cancer est lié à une infection virale persistante, dont le virus en cause est à 99,7% le papillomavirus humain (HPV) (1). Il s'agit d'une infection sexuellement transmissible.

Un certain nombre de papillomavirus est retrouvé dans la sphère uro-génitale (2). Toutes les femmes ayant une infection ne présentent pas un cancer du col de l'utérus : les infections sont pour la plupart transitoires et spontanément résolutive, principalement chez la femme jeune, et la prévalence de l'infection diminue avec l'âge. En effet cette pathologie met en général plus de 20 ans à se développer, depuis la primo-infection par un papillomavirus oncogène à tropisme génital jusqu'aux différentes lésions histologiques précancéreuses (3) comme le carcinome épidermoïde et l'adénocarcinome.

La persistance et l'évolution de l'infection dépendent de facteurs liés à la fois au virus, comme une charge virale élevée, et à l'hôte, notamment chez les femmes immunodéprimées, les fumeuses, et les femmes ayant une contraception orale (4).

Le risque d'infection à HPV est donc étroitement lié au comportement sexuel. Les facteurs de risque étant les premiers rapports sexuels, les partenaires sexuels multiples, ou un nouveau partenaire (4). Il s'agit de facteurs de risque d'infection à HPV et non des facteurs favorisant la persistance du virus.

Les HPV génitaux sont à l'origine des IST les plus communes (4), qui pour la plupart sont asymptomatiques. Cependant la prévention de la transmission reste

difficile car l'utilisation des préservatifs ne protège que partiellement des infections à HPV (1).

1.1.2 La découverte du cancer du col

C'est un cytologiste, Alexandre Meisels qui a découvert l'association fréquente entre koïlocytes et dysplasies cervicales, et donc ainsi le lien avec les carcinomes in-situ : il a montré que les koïlocytes sont les stigmates de la réplication des papillomavirus dans l'épithélium cervical. Puis des virologistes ont confirmé le lien de causalité entre certains papillomavirus et le cancer du col (4).

Les HPV sont des virus à ADN double brin circulaire d'environ 8 000 paires de nucléotides et de 55 nm de diamètre (de petite taille) à capsidie icosaédrique non enveloppée, très résistants (5).

Il existe plus de 120 génotypes d'HPV. La majorité d'entre eux infecte spécifiquement la peau (certains patients développent des cancers cutanés) et environ 40 infectent les voies génitales. Certains sont oncogènes et peuvent être à l'origine de cancers du col, de la vulve et de l'anus (huit génotypes sont impliqués dans près de 90% des cancers du col selon l'étude française EDITH de 2008, par ordre de fréquence : 16, 18, 31, 33, 68, 45, 52,58 (6)), d'autres non oncogènes (HPV : 6,11,42,43,44) sont à l'origine des condylomes aussi bien chez l'homme que chez la femme, avec une incidence de 10^7 pour 100 000 habitants dont 40% de femmes (1).

En Europe, les HPV de types 16 et 18 sont à l'origine d'environ 73% des cancers du col, 57% des lésions de haut grade, et de 24% des lésions de bas grade (1), et ont été classés agents carcinogènes par l'OMS et l'IARC (7).

Les HPV ont un tropisme pour les cellules de la couche basale de l'épithélium malpighien (4,5), et plus particulièrement pour les kératinocytes qui sont les constituants majeurs de cet épithélium et sont responsables de leur renouvellement, de leur cohésion, de leur fonction de barrière et qui contribuent au système immunitaire. Il a été observé que ces virus étaient présents dans les épithéliums malpighiens et cylindriques avec une prévalence similaire. Ainsi, le virus s'exprime au niveau de la zone de transformation, à la jonction entre l'endocol et l'exocol (4).

Il existe une infection latente et une infection productive, mais les mécanismes sont encore mal connus. L'infection persistante d'un HPV oncogène est un facteur de risque nécessaire mais non suffisant. Il n'existe pas de définition consensuelle pour cette persistance mais elle peut être définie par deux prélèvements positifs entre 12 à 18 mois d'intervalle (6).

1.1.3 Anatomie et histologie

Deux épithéliums composent le col de l'utérus : au niveau de l'exocol l'épithélium est de type malpighien, aussi appelé pluristratifié, pavimenteux, ou non kératinisé, il est en continuité avec l'épithélium de la muqueuse vaginale. Au niveau de l'endocol l'épithélium est de type cylindrique, glandulaire et muco-sécrétant. Entre les deux épithéliums se trouve la jonction pavimento-cylindrique (5).

La définition d'un col normal se base sur l'aspect et le siège des différentes muqueuses du col en fonction de l'âge et des différents états hormonaux (notamment la grossesse et la prise d'œstro-progestatifs) (5). Est également considéré comme normal l'ectropion périorifical ainsi que l'extériorisation de la jonction pavimento-cylindrique au-delà de cinq millimètres de l'orifice externe du col (5). Ainsi, suivant le climat hormonal (fonction des taux circulants d'œstrogènes, progestérone et androgènes), l'aspect de l'épithélium varie (8).

L'examen sous colposcopie permet de déterminer les limites des épithéliums en utilisant le test au Lugol ou le test à l'acide acétique à 2% ou 3%.

En colposcopie, l'épithélium malpighien est lisse, de couleur rosée voire translucide, et sans orifice glandulaire. Pendant la période d'activité génitale, l'épithélium est épais, et ne change pas de coloration sous l'effet de l'acide acétique. En revanche il est chargé en glycogène ce qui lui donne sa couleur brun acajou avec le Lugol.

L'épithélium glandulaire quant à lui est recouvert d'un revêtement plus ou moins granuleux et de mucus plus abondamment présent lorsque l'on se situe près de la période ovulatoire. Il présente une couleur rouge qui correspond à la vascularisation du tissu conjonctif sous-jacent vu à travers cet épithélium, très mince. Lorsqu'on y applique de l'acide acétique à 2% ou 3%, l'épithélium cylindrique pâlit, il

est alors mis en évidence des orifices glandulaires, ainsi que des papilles qui ont un aspect en « grain de raisin » (5).

Ces deux épithéliums sont donc histologiquement opposés.

Pour localiser avec certitude la jonction pavimento-cylindrique, il faut appliquer de l'acide acétique : les papilles sont surplombées par l'épithélium malpighien, ainsi que par un liseré blanc transitoire à la partie interne de l'épithélium pavimenteux. Cependant le siège de cette jonction varie au cours de la vie, notamment en fonction du climat hormonal. Pendant la puberté et la grossesse la jonction déborde sur l'exocol et forme un ectropion qui apparaît plus fréquemment au niveau de la lèvre antérieure du col, alors qu'elle s'ascensionne à la ménopause. Il y a également une extériorisation de la jonction pendant la phase ovulatoire, ce qui est idéal pour pratiquer une colposcopie. La jonction s'ascensionne également en cas d'intervention sur le col comme une conisation chirurgicale ou un laser (5).

Il est donc important d'avoir sur le frottis à la fois des cellules pavimenteuses exocervicales et des cellules cylindriques endocervicales : la jonction pavimento-cylindrique a alors été correctement explorée.

La jonction marque la limite interne de la zone de transformation métaplasique. D'autant plus que 90% des lésions pré-cancéreuses du col se développent dans cette zone (5).

Une métaplasie se définit par une transformation réversible par laquelle une cellule épithéliale ou mésenchymateuse va être remplacée par une cellule épithéliale ou mésenchymateuse d'une autre nature, de morphologie et de fonctions différentes (5). Il s'agit de la zone de transformation qui est donc un point de départ privilégié des infections à HPV.

1.1.4 Évolution des dysplasies cervicales

La fréquence de détection d'un HPV dans les prélèvements cervico-utérins varie de 25% à 50% chez les femmes de 15 ans à 25 ans ayant une activité sexuelle. Mais cette prévalence diminue avec l'âge et varie de 5% à 15% chez les femmes de plus de 35 ans (4).

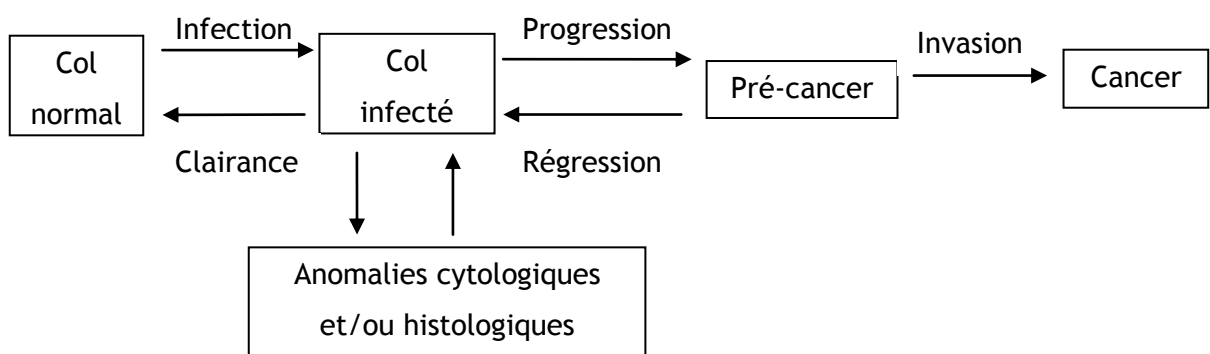
Le risque d'une première infection deux ans après le début de l'activité sexuelle est de l'ordre de 39%. Une infection multiple par plusieurs HPV est mise en évidence dans plus de 25% des cas. Le génotype 16 est le plus fréquent : sa prévalence varie de 1% à 5% dans la population générale et le risque d'infection par le HPV 16 serait de 10% à deux ou trois ans (4).

La plupart des infections sont éliminées en une ou deux années (4) : le taux de disparition d'une infection cervicale est de 70% à 12 mois et de 91% à 24 mois. La durée médiane de l'infection varie en général de 8 mois à 14 mois. L'HPV de type 16 a la plus grande aptitude à persister et son infection persistante entraîne un risque plus élevé de développer un pré-cancer voire un cancer (20%).

Diverses classifications histologiques des lésions précancéreuses du col ont été décrites depuis 50 ans (9). La première regroupait quatre groupes : la dysplasie légère, modérée et sévère et le carcinome in situ. Puis Richart a introduit le terme de néoplasie cervicale intra-épithéliale (CIN), classée en trois grades en fonction de leur sévérité (CIN 1 = dysplasie légère, CIN 2 = dysplasie modérée, CIN 3 = dysplasie sévère et carcinome).

Puis vint la classification de Bethesda qui propose deux groupes : les lésions malpighiennes de bas grade regroupant les infections à HPV et CIN 1 et de haut grade (comprenant les CIN 2 et CIN 3), ainsi que les lésions touchant les cellules glandulaires. Cette classification est plus amplement détaillée dans l'annexe I.

Les lésions intra-épithéliales cervicales de bas grade régressent souvent mais peuvent aussi persister et progresser vers un carcinome in situ voire un cancer invasif du col utérin (8). Les atypies des cellules glandulaires peuvent évoluer en adénocarcinome in situ ou invasif. Schiffman et Krüger Kjaer ont décrit l'histoire naturelle de l'infection et du cancer selon le schéma suivant (7) :



Des études cas-témoins (4) ont permis d'identifier plusieurs facteurs qui augmentent le risque de développement d'un cancer invasif chez une femme infectée par un HPV : tabac, utilisation prolongée d'une contraception orale, nombre élevé de grossesses menées à terme, présence d'autres IST (Virus de l'Immunodéficience Humaine, Chlamydiae, Herpes Simplex Virus), ainsi que des facteurs alimentaires (carence en caroténoïdes, acide folique ou vitamines anti-oxydantes).

1.2 Épidémiologie et dépistage

1.2.1 État des lieux au niveau international

Plus de 500 000 cas de cancers du col ont été répertoriés en 2005 dans le monde (6), plaçant ce cancer au premier rang en terme de mortalité, et ce, principalement dans les pays en voie de développement (8).

Le risque d'être atteint d'un cancer du col utérin au cours de la vie est estimé à 4% dans les pays en voie de développement et est inférieur à 1% dans les pays industrialisés (6). De plus, dans ces derniers on observe régulièrement depuis 50 ans une baisse de l'incidence mais aussi de la mortalité de ce cancer, notamment grâce au dépistage par le FCU, mais cette décroissance a tendance à se ralentir depuis l'an 2000.

En ce qui concerne l'Europe, la situation est hétérogène : le taux d'incidence de cancer invasif varie selon les pays. En 2004, par exemple, en Finlande le taux était de 4,7 pour 100 000 et en Slovénie de 18,6 pour 100 000 femmes (3). Parmi les 25 états membres de l'Union Européenne, la France est en position moyenne en termes d'incidence (onzième) et de mortalité (neuvième).

1.2.2 État des lieux en France

En 2010, le cancer du col utérin était classé dixième cancer chez la femme par sa fréquence (3 068 cas dépistés en 2005) et quinzième cause de décès par cancer (1 067 en 2005) (3).

Le pic d'incidence est à 40 ans, avec un âge médian de découverte à 51 ans (1) et un pic de mortalité à 50 ans (6). Le pic de prévalence se situe à 20-24 ans et est d'environ 20% (6).

Selon les registres du cancer du réseau Francim de 2007 qui a publié des résultats relatifs à la survie à cinq ans de patients atteints de cancer diagnostiqué entre 1989 et 1997 (6), la résistance du cancer du col de l'utérus diminuait rapidement les trois premières années jusqu'à 75% et plus lentement les années suivantes jusqu'à atteindre 70% à cinq ans. Elle variait en fonction de l'âge. Le cancer du col de l'utérus était un cancer de la femme jeune, 67% des cancers étant diagnostiqués chez des femmes de moins de 65 ans.

Il est essentiel que les femmes en âge de procréer soient dépistées puisque durant leur vie, 70% des femmes seront exposées au moins une fois au HPV, et sur cinq femmes exposées une gardera le virus persistant et 80% vont l'éliminer spontanément (9). Selon la Haute Autorité de Santé (10), on compte 17,5 millions de femmes de 25 à 65 ans qui sont concernées par ce dépistage. Chaque année, plus de six millions de FCU sont réalisés par différents acteurs (gynécologues, médecins traitants et sages-femmes).

En moyenne 10% des femmes après 30 ans sont positives pour les HPV (9).

D'après les données de l'échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) de l'assurance maladie (3), le taux de couverture global (c'est-à-dire avec des FCU à un rythme triennal) était estimé à 56,6% chez les femmes âgées de 25 à 65 ans sur la période 2006-2008. Ce taux est stable depuis six ans. Mais ce taux est sous-estimé car il ne tient compte que des FCU pratiqués dans le secteur libéral, ainsi que des femmes inscrites au régime général de la sécurité sociale. De plus, les enquêtes déclaratives montrent un taux global en France métropolitaine bien plus élevé, de l'ordre de 80-85% (3).

Concernant le dépistage individuel en France, selon la HAS en 2010 (10), plus de 50% des femmes ne sont pas ou trop peu souvent dépistées, 40% le sont trop fréquemment, et 10% seulement des femmes sont dépistées dans l'intervalle recommandé.

Le taux de couverture varie également avec l'âge des femmes : il est de 45,7% avant 25 ans, atteint un plateau autour de 60% entre 25 et 49 ans puis chute très rapidement à partir de 50 ans (42% chez les 60-64ans, et 35% chez les 65-69 ans) (3).

Les deux facteurs étant identifiés principaux déterminants de la participation au dépistage sont le suivi par un gynécologue et le fait de bénéficier de la couverture maladie universelle complémentaire. Les femmes suivies par un gynécologue font en moyenne des FCU tous les 21 mois (3).

La HAS note également de fortes inégalités territoriales en France sur la pratique du FCU (3), et plus particulièrement pour les DOM (il y a un écart d'environ 10% par rapport à la France métropolitaine). Cette variabilité entre les départements est expliquée par la densité des gynécologues et par le niveau socio-économique de la population.

1.2.3 Place du dépistage et de la prévention

1.2.3.1 Le frottis cervico-utérin

Le FCU est un examen cytologique réalisé sur le col utérin par des professionnels spécifiquement formés pour ce geste : les gynécologues-obstétriciens, les médecins généralistes, et les sages-femmes.

L'objectif n°48 de la Loi de Santé Publique du 9 août 2004 a comme objectif concernant le cancer du col de « *poursuivre la baisse de l'incidence de 2,5 % par an, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80% pour les femmes de 25 à 69 ans et l'utilisation du test HPV* » (11), et la mesure 26 du Plan Cancer 2003 visait à « *renforcer les actions en faveur du dépistage du cancer du col de l'utérus auprès des femmes à risque ; élargir l'offre de frottis à de nouveaux acteurs de proximité (Planning familial, médecine du travail...) pour mieux atteindre*

les femmes non suivies par un gynécologue : développer les actions d'informations auprès des femmes ; faciliter l'utilisation du test papillomavirus » (12). Il s'agit donc ici d'un problème de santé publique.

Compte tenu de son évolution lente, et notamment du fait qu'il existe des lésions précancéreuses curables, le cancer du col de l'utérus est un candidat idéal au dépistage d'après les critères de l'OMS (6).

Dans certains pays d'Europe du Nord, le dépistage du cancer du col est organisé ce qui a permis de réduire l'incidence et la mortalité de 80% (1). En France il n'existe pas de programme national de dépistage organisé comme pour les cancers du sein et du colon. En effet, le dépistage est spontané et individuel c'est-à-dire que la population est recrutée lors d'un recours au soin comme une consultation médicale ou une hospitalisation.

Depuis les années 90, cinq départements français ont mis en place des initiatives locales de dépistage organisé : le Bas-Rhin, le Doubs, l'Isère, le Haut-Rhin et la Martinique. En 2009, les structures continuaient toujours ce dépistage sauf le Doubs (qui a arrêté son programme en 2004 pour des questions organisationnelles). Chaque département avait une structure de gestion chargée de la coordination au niveau local, et chaque structure avait une organisation différente (6). En 2007, l'InVS a réalisé une évaluation sur ces départements et en a conclu que malgré la participation assez faible au dépistage organisé, le pourcentage de femmes ayant eu au moins un frottis sur une période de trois ans était plus élevé que le pourcentage national.

Cependant, plus de la moitié des nouveaux cas de cancer diagnostiqués le sont chez des femmes n'ayant pas effectué de test de dépistage dans les trois années précédentes. Ainsi le dépistage organisé permettrait d'atteindre toute la population cible.

En France, plus de 90% des FCU sont pratiqués par un gynécologue. Cependant leurs effectifs sont en constante diminution, ce qui engendre des disparités géographiques dans les accès aux soins. Ainsi il paraît nécessaire de diversifier les lieux de réalisation des FCU mais aussi et surtout les acteurs comme les médecins généralistes, les sages-femmes ou même les laboratoires d'analyses

(6). Et ce d'autant plus que les femmes n'ayant pas de suivi gynécologique sont rarement voire jamais dépistées.

De plus, les sages-femmes sont au centre de cette sensibilisation, notamment pendant la grossesse et le post-partum, puisque ce sont des périodes favorables à une réceptivité de la part des femmes, mais aussi parce que depuis 2009 la profession de sage-femme a les compétences pour réaliser le suivi gynécologique de prévention.

En 2011, la HAS propose d'instaurer un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (13) : ce dispositif s'appuierait sur les professionnels de santé déjà impliqués dans ce dépistage. Un courrier serait envoyé aux femmes insuffisamment dépistées, notamment les femmes qui n'ont pas de médecin traitant ou qui ne consultent pas de façon régulière. La fiche d'information de la HAS est présente dans l'annexe II.

À l'opposé du FCU qui s'inscrit dans une démarche de prévention secondaire pour détecter les lésions préexistantes, le vaccin quant à lui s'inscrit dans une démarche de prévention primaire afin de prévenir l'apparition de lésions.

1.2.3.2 Le vaccin

Deux vaccins prophylactiques dirigés contre le papillomavirus ont reçu l'AMM en France : le Gardasil® qui est un vaccin quadrivalent, recombinant, et dirigé contre les HPV de génotypes 6, 11, 16 et 18 (AMM en 2006) et le Cervarix® qui est un vaccin bivalent, recombinant, et dirigé contre les HPV de génotypes 16 et 18 (AMM en 2007). Ces deux vaccins sont inscrits sur la liste des spécialités remboursables et pris en charge par l'Assurance Maladie à 65%.

Il est recommandé par le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) que le vaccin soit réalisé chez les jeunes filles de 14 ans avant un risque d'exposition au HPV, ainsi que chez les jeunes filles de 15 ans à 23 ans qui n'auraient soit pas eu de rapport sexuel soit ayant eu le premier rapport sexuel dans l'année qui précède le vaccin (1).

Le schéma vaccinal est de trois doses pour chaque vaccin : pour le vaccin quadrivalent les injections sont à 0, 2 mois et 6 mois (en respectant un intervalle de deux mois entre la première et la deuxième injection, et un intervalle de quatre mois entre la deuxième et la troisième injection) et pour le vaccin bivalent les injections sont à 0, 1 mois et 6 mois (respectant un intervalle d'un mois après la première injection et de cinq mois après la deuxième) (14).

Il est important de rappeler que ces deux vaccins ne sont pas interchangeables. Ces vaccins ne sont pas efficaces pour environ 30% des cancers (1) mais permettraient une réduction de 50% des lésions précancéreuses et de 70% des cancers invasifs dans la population des femmes ayant respecté le schéma vaccinal (6).

En 2010, le HCSP rappelle la nécessité du dépistage en plus de la vaccination car celle-ci ne pourrait s'y substituer (1). De même, le HCSP considère qu'il n'y a plus lieu de recommander de façon préférentielle l'un des deux vaccins.

Concernant la durée de protection du vaccin, elle ne peut être encore connue à long terme, mais selon les études elle serait au minimum de cinq ans (1). Cependant l'impact du vaccin sur l'incidence et la mortalité du cancer du col ne sera visible que dans 15 ans - 20 ans (1).

1.2.3.3 Le test HPV

Comme les lésions précancéreuses et cancéreuses du cancer sont presque en totalité liés aux HPV, il a été proposé de mettre en place un test HPV afin de rechercher l'ADN de ces virus par des techniques de biologie moléculaire, sur un prélèvement réalisé en plus du FCU. Ce test est appelé Hybrid Capture® 2, et il est également possible de réaliser une PCR afin d'avoir un typage viral (7).

Des études menées dans différents pays d'Europe au début des années 2000 ont permis d'affirmer que la pratique du test HPV combiné au FCU permet un meilleur dépistage du cancer du col (4).

1.3 Le frottis cervico-utérin

1.3.1 Recommandations de dépistage

La HAS recommande le dépistage fondé sur la réalisation d'un FCU à un rythme triennal, après deux FCU normaux réalisés à un an d'intervalle, chez les femmes entre 25 et 65 ans (10). La HAS rappelle également qu'un examen gynécologique régulier est nécessaire même lorsque ce rythme est respecté.

Pour améliorer la qualité du FCU il faut respecter certaines recommandations (15) comme le réaliser à distance d'un rapport sexuel (48h), mais aussi en dehors de tout saignement, de toute thérapeutique locale ou de toute infection. Il est également recommandé d'éviter de faire un toucher vaginal avant, ou d'utiliser un lubrifiant. Il est nécessaire d'exposer correctement le col à l'aide d'un spéculum et le prélèvement doit concerner la totalité de l'orifice externe du col ainsi que l'endocol.

Une feuille de demande d'examen doit être transmise avec le FCU, comprenant l'identité complète de la femme (nom, prénom, date de naissance), ainsi que le nom du préleveur, et la date du prélèvement. Elle doit également comporter plusieurs renseignements cliniques indispensables à l'interprétation par le cytologiste : la date des dernières règles, le terme de la grossesse, si la femme est ménopausée, le motif de l'examen (dépistage ou contrôle), les éventuels antécédents gynécologiques et thérapeutiques (chirurgie, hormonothérapie, radiothérapie ou chimiothérapie), le type de contraception utilisée, ainsi qu'éventuellement l'aspect clinique du col (8,15).

1.3.2 Méthodes

Le FCU correspond à un prélèvement de cellules au niveau du col utérin qui subissent ensuite un examen histologique.

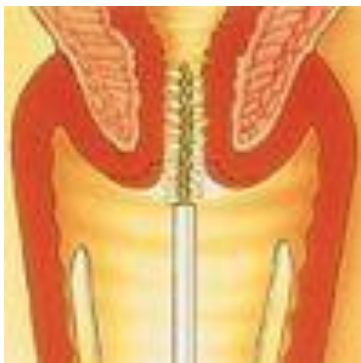
Il existe deux techniques de FCU : le FCU conventionnel sur lame, et celui en milieu liquide. Il se réalise sous spéculum, le col doit être visualisé et la zone de

jonction repérée. La qualité du prélèvement est essentielle et il est estimé qu'un à deux tiers des faux-négatifs de la cytologie sont dus à un mauvais prélèvement (4).

1.3.2.1 Le FCU conventionnel

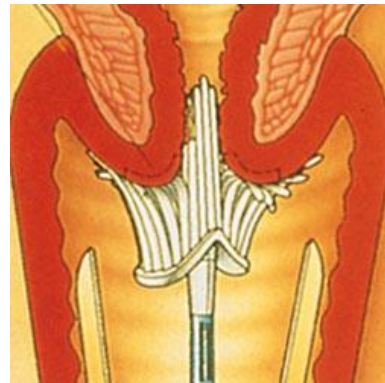
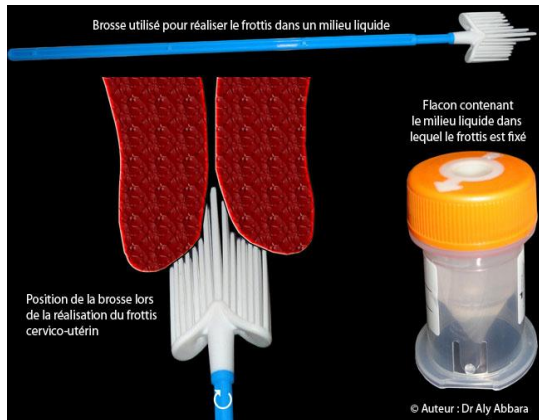
Il est réalisé à l'aide d'une spatule ou bien de brosses en plastique. Généralement il est utilisé une spatule d'Ayre mais son utilisation peut provoquer des saignements. La technique consiste à pratiquer plusieurs rotations de 360° sur la surface du col, ainsi qu'à l'intérieur du col et il est recommandé de réaliser en premier lieu le prélèvement de l'exocol puis de l'endocol car cette dernière manœuvre peut entraîner un léger saignement (8).

Le prélèvement est ensuite étalé uniformément sur deux lames : l'une pour l'endocol, l'autre pour l'exocol. Il est important ensuite de renseigner sur chaque lame la nature des cellules. Le prélèvement est immédiatement fixé à l'aide d'un spray fixateur en maintenant une distance d'environ 30 cm entre la lame et la bombe afin de ne pas endommager les cellules.



1.3.2.2 Le FCU en milieu liquide (ou couche mince)

Cette technique utilise différents modèles de brosses en plastique, dont la plus connue est la CervexBrush®. La procédure de prélèvement est la même que pour le FCU conventionnel. Cette technique permet de prélever à la fois des cellules de l'endocol et des cellules de l'exocol notamment grâce à leur forme conique. La brosse est ensuite agitée dans un liquide fixateur afin de recueillir le maximum de cellules (8).



La technique en milieu liquide n'améliore pas les performances du FCU. Cependant elle a pour principal intérêt de diminuer le nombre de FCU ininterprétables, et elle permet de réaliser sur le même prélèvement un test HPV (3).

1.3.3 Interprétation

Un FCU est dit satisfaisant (en France, les frottis considérés comme non satisfaisants correspondent à 1% ou 2% de la totalité des frottis (4)), lorsqu'il est constitué de cellules provenant de la zone de transformation, c'est-à-dire lorsqu'il y a présence de cellules exocervicales et de cellules endocervicales. Cependant l'absence de ces dernières ne veut pas dire que le FCU soit ininterprétable (8).

À l'opposé il est dit ininterprétable lorsque sur la lame il y a moins de 10% de cellules malpighiennes ou bien lorsqu'il y a plus de 70% des cellules épithéliales ininterprétables parce que masquées par du sang, une inflammation, des superpositions cellulaires, des contaminations ou des artefacts (15).

La HAS (10) rappelle qu'en France, le système Bethesda de 2001 revu en 2004, est le seul recommandé pour formuler le compte rendu cytologique car il juge du caractère interprétable du frottis. Ce système s'applique quelque soit la technique de prélèvement. Ainsi la classification de Bethesda juge de la qualité du prélèvement, et interprète celui-ci.

Il existe également la classification de Papanicolaou datant de 1943 qui doit être abandonnée car obsolète.

1.4 Cancer du col et grossesse

Un cancer invasif du col est décrit dans environ une grossesse sur 2 000 à 10 000, et l'incidence des dysplasies cervicales lors de la grossesse est de 1% à 3% (16,17). Ce cancer est ainsi l'une des pathologies malignes les plus diagnostiquées pendant la grossesse avec les hémopathies, le mélanome et le cancer du sein, mais sa prise en charge reste difficile et discutée (18). Heureusement la découverte du cancer du col pendant la grossesse reste un phénomène rare.

Cette incidence de découverte va probablement augmenter du fait des recommandations concernant le FCU systématique en période anténatale lorsque celui-ci date de plus de trois ans (18,19) ; d'autant plus qu'il y a une nette augmentation du nombre de grossesses tardives. La grossesse peut être ainsi l'occasion de diagnostiquer un cancer du col.

La cytologie cervicale pendant la grossesse garde toute sa valeur, et le frottis est d'autant plus intéressant que la zone de jonction est plus accessible du fait de l'éversion du col lors de la grossesse. L'imprégnation hormonale importante entraîne des modifications cytologiques : il y a présence de cellules cervicales dites naviculaires. De plus, il y a une hyperplasie des cellules endocervicales ainsi qu'une inflammation. Il est donc bien important de préciser au cytologiste l'état gravidique de la patiente. Il est à noter que lors du post-partum, la carence hormonale entraîne une atrophie importante.

Le taux d'anomalies cytologiques pendant la grossesse est estimé entre 1% et 8%, pour une présence de lésions dysplasiques entre 0,5% et 3% (17). D'après les données de la littérature, il est estimé que la valeur de la cytologie au cours de la grossesse est comparable à celle réalisée hors grossesse. De plus, le taux de faux négatifs ne semble pas être modifié par l'état de grossesse, et le taux de faux positifs reste exceptionnel (mais peuvent exister du fait de l'imprégnation hormonale).

Ainsi le FCU peut être pratiqué à tout moment de la grossesse lorsqu'il est indiqué. D'après les données de la littérature, il n'y a pas d'indication à réaliser le test HPV au cours de la grossesse.

Si le FCU réalisé pendant la grossesse révèle la présence de lésions intra-épithéliales, une colposcopie avec biopsie est indispensable (16,20), d'autant plus

que l'éversion de l'épithélium cylindrique facilite la vision de la zone de transformation. Cependant la biopsie peut être plus hémorragique du fait de l'augmentation de la vascularisation (21).

La prise en charge thérapeutique des lésions dépend du stade de celles-ci, du statut ganglionnaire et histologique, du terme de la grossesse et du désir du couple de la conserver (18). La voie d'accouchement recommandée est alors la césarienne.

Selon le CNGOF (20), la conduite à tenir est l'abstention en cas de lésion non invasive, et un contrôle devra être fait au sixième mois de grossesse : s'il n'y a pas de cancer invasif, l'accouchement par voie basse est alors possible. À l'inverse, s'il y a un doute sur une invasion, une conisation devra être pratiquée. Ainsi le CNGOF, en 2007 (20), recommande un FCU lors des consultations prénatales. Si les examens complémentaires (colposcopie, biopsie) permettent de diagnostiquer un état précancéreux, le traitement pourra être différé en post-partum.

2. Suivi gynécologique de prévention

2.1 Législation

2.1.1 Compétences des sages-femmes

L'article L2122-1 du Code de la Santé Publique (CSP) du 9 août 2004 décrit (22) que « *toute femme enceinte bénéficie d'une surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement qui comporte, en particulier, des examens prénataux et postnataux obligatoires pratiqués ou prescrits par un médecin ou une sage-femme. [...]. Lorsque, à l'issue du premier examen prénatal, la sage-femme constate une situation ou des antécédents pathologiques, elle adresse la femme enceinte à un médecin. [...]. À l'occasion du premier examen prénatal [...] le médecin ou la sage-femme propose également un frottis cervico-utérin, dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé* ».

De plus, les sages-femmes ont depuis la loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST) du 21 juillet 2009 développé leurs compétences.

L'article L4151-1 modifié par la loi n°2011-814 du 7 juillet 2011 (23) décrit que « [...] *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.* »

Ainsi, en réalisant le suivi gynécologique de la femme en âge de procréer, la sage-femme est habilitée selon l'article L5134-1 de la loi HPST à prescrire des dispositifs intra-utérins (DIU) ainsi que diaphragmes et capes, et de même, elle est autorisée à pratiquer l'insertion du DIU et de l'implant progestatif (24). Les sages-femmes sont également habilitées « *à prescrire les contraceptifs locaux et les contraceptifs hormonaux. La surveillance et le suivi biologique sont assurés par le médecin traitant* ». Ce dernier point sur le suivi biologique a été supprimé le 29 décembre 2011 par la loi n° 2011-2012 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé (25), ce qui permet de supprimer l'ambiguïté quant à ces nouvelles compétences.

La sage-femme est autorisée depuis 2006 à réaliser le FCU (26). Selon l'arrêté du 3 février 2010 (19), le FCU est systématiquement proposé « *à l'occasion du premier examen prénatal et s'adresse à toutes les femmes et spécialement aux femmes qui ne bénéficient pas d'un suivi gynécologique régulier en dehors de la grossesse. Il est systématiquement précédé d'une information* » et « *s'il ne peut être réalisé lors de cet examen prénatal, le frottis cervico-utérin sera proposé lors de l'examen post-natal* ».

2.1.2 Formation continue

L'article L4153-1 du CSP modifié par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 prévoit que « *le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il constitue une obligation pour les sages-femmes* » (27).

De plus, le décret n°2011-2117 publié au Journal Officiel le 1^{er} janvier 2012 prévoit que les sages-femmes doivent participer annuellement à un programme de développement professionnel continu (DPC). Ce décret définit également le contenu, l'organisation et le financement de ce DPC, ainsi que le contrôle du respect de cette obligation par le CNOSF (28).

Le CNOSF définit une liste de six Diplômes Universitaires (DU) ou Inter-Universitaires (DIU) pouvant être réalisés en France par les sages-femmes.

Chaque année des Journées Post-Universitaires (JPU) sont réalisées et traitent de différents sujets, dont le suivi gynécologique de prévention par les sages-femmes comme ce fut le cas en octobre 2010. Le CNOSF propose depuis janvier 2012 via l'Institut National du Cancer (INCa) un module d'e-learning pour une auto-formation individuelle de deux heures portée sur le cancer du col ainsi que son dépistage (29).

2.2 Consultation de gynécologie préventive et de contraception

2.2.1 Consultation de gynécologie préventive

Au vu de l'article L4151-1 du CSP, la sage-femme peut donc exercer seule le suivi gynécologique de prévention des femmes en bonne santé, ainsi que des consultations de contraception. Le but est donc de détecter et de prévenir les situations à risque, et de dépister des situations pathologiques. Les objectifs sont notés dans le référentiel métier établi par le CNOSF (30), situé en annexe III.

Parmi ces consultations il peut y avoir des consultations pré-conceptionnelles dont le but principal est d'améliorer l'identification des situations à risque pouvant potentiellement compliquer une grossesse (31). Un autre but est de fournir les informations nécessaires sur le déroulement et le suivi d'une grossesse.

Cette consultation concerne également la prévention et le dépistage des IST, notamment l'infection à Chlamydiae Trachomatis et à HPV. En effet selon l'arrêté du 12 octobre 2011 la sage-femme se voit le droit de prescrire et de réaliser le vaccin préventif contre les lésions à HPV (32). De même elle peut réaliser le dépistage du

cancer du col et du sein. La consultation permet aux sages-femmes de lutter contre les addictions et de sensibiliser les femmes à leurs effets pendant la grossesse. Il y est également inclus l'éducation à la sexualité.

Comme toute consultation médicale, un dossier doit être réalisé pour chaque patiente. Il contient l'anamnèse qui pourra permettre d'identifier d'éventuelles contre-indications qui nécessitent un suivi particulier que la sage-femme ne peut exercer. Le dossier de consultation de gynécologie doit avoir un contenu minimum obligatoire décrit par le CNGOF en 2010 (33).

La consultation comporte un examen général de la patiente ainsi qu'un examen gynécologique dont l'examen des seins et les éventuels examens complémentaires comme un prélèvement vaginal ou le FCU. Le toucher vaginal n'est pas réalisé systématiquement sauf si la patiente décrit des douleurs pelviennes, dyspareunie, ou si le col semble pathologique.

La sage-femme planifie alors le suivi gynécologique de la patiente.

2.2.2 Consultation de contraception

En l'état actuel de la législation la sage-femme est habilitée à prescrire les « *contraceptifs sous toutes leurs formes et voies d'administration* » (32), ainsi qu'à réaliser et surveiller les examens complémentaires éventuellement nécessaires.

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, la sage-femme peut conduire l'entretien de contraception grâce à des outils de communication que sont le « *counseling* » et la « *démarche éducative* ». Cela permet ainsi d'adapter la contraception à la situation de chaque femme afin de se rapprocher au maximum de l'efficacité optimale de la contraception prescrite (34).

Notamment l'ANAES souligne l'intérêt de la méthode BERCER de l'OMS pour conduire la consultation de contraception, dont les six lettres de cet acronyme correspondent à six étapes (34) : Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix,

Explication, Retour. Ainsi cet entretien de contraception est avant tout une démarche de partenariat pédagogique.

2.2.3 Valorisation salariale

La consultation de grossesse par une sage-femme est fixée à 18,55 € et la consultation de gynécologie à 17 € (35) et le tarif des consultations des médecins à 23 €.

Souhaitant donc s'aligner sur les médecins, c'est à la convention nationale des sages-femmes du 9 janvier 2012 que l'ONSSF et l'UNSSF, ont obtenu une revalorisation des tarifs des actes à compétence partagée avec les médecins : le tarif des consultations de gynécologie et de suivi de grossesse passera à 21 € courant 2012 puis à 23 € en 2013 au même titre que les médecins (37).

2.3 Évolution des études de sage-femme

2.3.1 De 1917 à 2001

D'après le décret du 9 janvier 1917, les études de sage-femme duraient deux ans. L'enseignement de gynécologie n'y était pas abordé (37). Un arrêté du 14 juin 1944 fixe les études de sage-femme à trois ans, et il y était enseigné la physiologie et la pathologie en gynécologie. Les stages dans les services de gynécologie n'étaient pas inclus dans le programme (38). L'arrêté du 23 mai 1973 du CSP, permet de classer la profession de sage-femme comme étant une profession médicale. La durée de formation est toujours fixée à trois ans. L'enseignement gynécologique s'étend sur les trois années d'études : il est basé sur la physiologie et la pathologie gynécologique, dont l'examen clinique, les MST, et la contraception. Concernant les stages, il était préconisé d'en réaliser dans les services d'hospitalisation de gynécologie mais également dans les services de consultation de gynécologie et de régulation des naissances (39).

Le décret du 27 septembre 1985 porte la durée des études de sage-femme de trois à quatre ans à compter de la rentrée scolaire 1985-1986. L'arrêté du 27 décembre 1985 fixe donc un nouveau programme d'enseignements (40). Il y est

abordé un enseignement centré sur la gynécologie, la reproduction et la stérilité. L'enseignement est principalement réalisé en deuxième phase et comporte des cours sur l'examen clinique, la physiologie et les pathologies gynécologiques (dont les IST), et sur la régulation des naissances. Plusieurs stages sont effectués dans les services d'hospitalisation en gynécologie-obstétrique, au bloc opératoire gynécologique, et dans des centres d'AMP.

2.3.2 Arrêté du 11 décembre 2001

L'arrêté du 11 décembre 2001 (41) abroge l'arrêté du 27 décembre 1985 et définit un nouveau programme applicable aux étudiants inscrits en première année d'études à compter de l'année 2001-2002. L'arrêté du 13 novembre 2002 impose la nécessité d'être classé en rang utile lors de la première année du premier cycle d'études médicales (42) : les études de sage-femme durent donc cinq ans depuis la rentrée 2003. Lors des quatre années en école de sage-femme, il est dispensé aux étudiants un enseignement à la fois théorique et pratique de gynécologie.

En effet en première phase, l'enseignement de gynécologie correspond à 6% (soit 60h) de la totalité des enseignements. Il comprend notamment l'examen clinique en gynécologie, la physiologie des étapes de la vie génitale, ainsi que la régulation des naissances (dont la contraception et l'interruption volontaire de grossesse) et la prévention des maladies sexuellement transmissibles. Plusieurs stages sont prévus notamment ceux permettant l'acquisition des soins généraux dans le domaine de la gynécologie ainsi que ceux permettant de développer des actions de prévention auprès des femmes (services d'hospitalisation de gynécologie-obstétrique et en Protection Maternelle et Infantile par exemple).

En deuxième phase, il correspond à 10% (soit 78h) de l'ensemble des cours. L'enseignement est plus axé sur les pathologies gynécologiques ainsi que leur prise en charge, et sur la sexologie. Il est de nouveau abordé la régulation des naissances, mais aussi l'infertilité et l'aide médicale à la procréation. Concernant l'apprentissage pratique, des stages permettant de participer à la prise en charge des pathologies gynécologiques et permettant d'informer les femmes sur la régulation des naissances sont prévus (par exemple en planification familiale, ou consultations de gynécologie).

2.3.3 Formation en sciences maïeutiques

Depuis l'année scolaire 2010-2011 il a été mis en place la Première Année Commune aux Études de Santé regroupant les études médicales, odontologique, pharmaceutique et de maïeutique, le premier semestre étant commun à toutes les formations, et le deuxième comprenant des unités d'enseignements spécifiques à chacune des filières (43). Cela a donc nécessité de créer un nouveau programme des études de sage-femme, permettant à cette formation de s'inscrire dans un système universitaire licence-master-doctorat.

Ainsi l'arrêté du 19 juillet 2011 (44) abroge celui du 11 décembre 2001, et se met en place lors de l'année universitaire 2011-2012 en ce qui concerne la L2MA, c'est-à-dire la deuxième année de licence des études en sciences maïeutiques. La licence en sciences maïeutiques sera donc délivrée à partir de la fin de l'année scolaire 2012-2013. En ce qui concerne la formation en gynécologie, les items sont les mêmes que lors de l'arrêté de 2001.

Une nette évolution des programmes des études de sage-femme est observée en accord avec le développement des compétences des sages-femmes en matière de gynécologie.

DEUXIÈME PARTIE

1. Problématique, hypothèses, objectifs

Depuis toujours la sage-femme joue un rôle essentiel dans la vie des femmes en suivant leur grossesse, en les accompagnant pendant leur accouchement mais aussi en étant présente dans les suites de couches, tout en restant dans le domaine de la physiologie. Ainsi les sages-femmes ont des connaissances sur la physiologie de la femme, d'où l'étymologie du terme « *sage-femme* » qui signifie en grec ancien « *connaissance de la femme* ».

Compte tenu de l'enjeu de santé publique que représente l'accès à un suivi gynécologique régulier, la grossesse serait un moment propice au dépistage du cancer du col. La sage-femme pourrait donc être un acteur principal dans ce domaine.

Cependant, les sages-femmes ont-elles les connaissances suffisantes, aussi bien en théorie qu'en pratique pour réaliser le suivi gynécologique de prévention ? Leurs pratiques sont-elles en accord avec les recommandations actuelles en terme de dépistage des dysplasies cervicales ? Souhaitent-elles exercer ces compétences ?

Pour répondre à cette problématique, plusieurs hypothèses ont été posées :

- Lors du suivi obstétrical, les sages-femmes réalisent le FCV si indication et selon les recommandations.
- Les étudiants sages-femmes ont une formation suffisante pour réaliser le suivi gynécologique de prévention.
- Les sages-femmes ont un rôle primordial dans le suivi gynécologique (dont la pratique du FCV) or elles n'y sont pas suffisamment formées.

Pour répondre à ces hypothèses, les objectifs suivant ont été décrits :

- Évaluer les pratiques et les connaissances actuelles des sages-femmes quant au dépistage du cancer du col, et ainsi définir les compétences requises au terme de leur formation (initiale ou continue).
- Évaluer la formation initiale des étudiants sages-femmes.
- Recueillir l'opinion des sages-femmes et des étudiants sages-femmes concernant les nouvelles compétences en matière de suivi gynécologique.
- Évaluer l'intérêt et la faisabilité de ce suivi au sein de leur (future) activité professionnelle.

2. La méthodologie

L'enquête a été réalisée par questionnaires destiné aux sages-femmes (annexe IV) de quatre maternités de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (deux maternités de type III réalisant chacune 3000 accouchements par an et deux maternités de type II réalisant environ chacune 2300 accouchements par an) effectuant préférentiellement des consultations obstétricales, ainsi qu'à l'ensemble des sages-femmes libérales de Paris.

L'étude portant également sur la formation actuelle des étudiants sages-femmes, un questionnaire différent de celui des sages-femmes leur était destiné (annexe V). Il a été remis aux étudiants de deuxième année de deuxième phase des quatre écoles de sages-femmes d'Ile-de-France.

L'enquête a été réalisée entre juillet 2011 et janvier 2012. Le recueil de données a été réalisé à l'aide du logiciel Excel, et quatre tests du Khi 2 ($p < 0,05$) ont été réalisés afin d'évaluer l'existence de liens entre certains items.

Au total il a été envoyé 142 questionnaires aux sages-femmes libérales de Paris, par voie postale avec une enveloppe pré-timbrée pour faciliter le retour. Les coordonnées ont été obtenues grâce à la direction de l'HAD de Paris et via le site

internet du CNOSF. Il y a eu un taux de 43,7% de questionnaires renvoyés dont 57 exploitables (40,1%), et cinq non exploitables. Parmi les questionnaires exploitables, la totalité des SF exerce actuellement la profession de sage-femme, au contraire des non exploitables où il s'agit de SF n'exerçant plus cette activité soit parce qu'elles sont à la retraite soit parce qu'elles se sont tournées vers une autre profession. Par ailleurs, 17 questionnaires sont revenus, l'adresse initiale étant caduque.

En ce qui concerne les sages-femmes hospitalières, les questionnaires ont soit été remis en main propre aux sages-femmes, soit mis à disposition des sages-femmes dans les services, soit envoyés par courriel. Trente-cinq questionnaires ont été récupérés sur 89 distribués (soit un taux de réponses à 39,3%) et tous étaient exploitables.

Les questionnaires destinés aux étudiants ont été remis soit en main propre soit via courriel. Il a été récupéré 78 questionnaires sur les 130 envoyés, soit un taux de réponses de 60%. La totalité des questionnaires étaient exploitables.

Donc au total, 57 questionnaires de sages-femmes libérales, 35 de sages-femmes hospitalières et 78 d'étudiants sages-femmes ont été exploités.

3. Exploitation des résultats

3.1 Description des résultats des questionnaires destinés aux sages-femmes

3.1.1 Renseignements généraux concernant les sages-femmes

- **Dans quel secteur travaillez-vous ?**

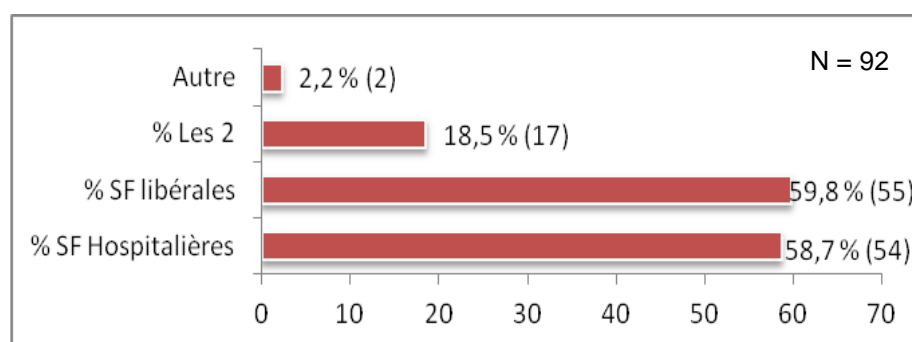


Figure 1 : Population des sages-femmes étudiée

La population étudiée comporte 92 sages-femmes réparties de façon homogène : 54 sages-femmes hospitalières et 55 sages-femmes libérales réparties dans toute catégorie d'âge et de nombre d'années de diplôme. Parmi celles-ci 17 travaillent à la fois en libéral et à l'hôpital, et deux travaillent également dans le secteur privé.

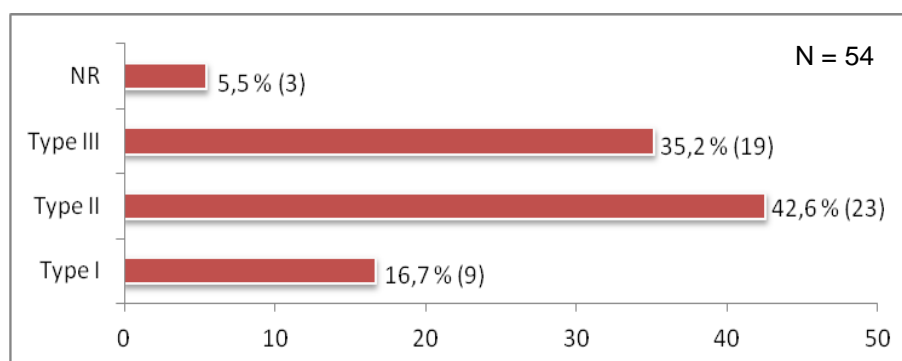


Figure 2 : Niveaux de maternité où exercent les sages-femmes hospitalières

La majorité des sages-femmes hospitalières travaille en maternités de niveau II et III.

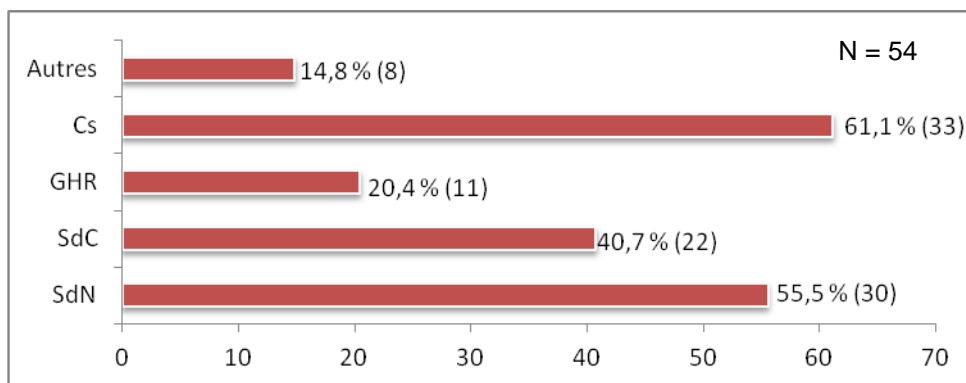


Figure 3 : Services exercés par les sages-femmes hospitalières

Parmi les 54 sages-femmes hospitalières, 33 exercent dans les services de consultations obstétricales. Dans les autres activités exercées il y a la pratique des échographies, le diagnostic anténatal et les cours de préparation à la naissance et à la parentalité.

- ***Dans quels secteurs avez-vous déjà travaillé ?***

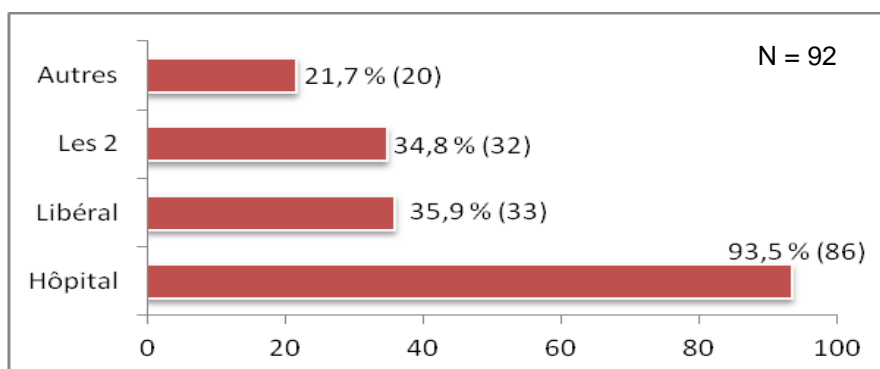


Figure 4 : Activités déjà exercées

Parmi les 92 sages-femmes, 86 exercent ou ont déjà exercé à l'hôpital. Vingt sages-femmes ont exercé dans d'autres lieux notamment dans l'humanitaire, à l'étranger, en clinique, en Protection Maternelle et Infantile (PMI) ou encore en Hospitalisation A Domicile (HAD).

- **Quelle a été la durée de votre formation initiale de sage-femme ?**

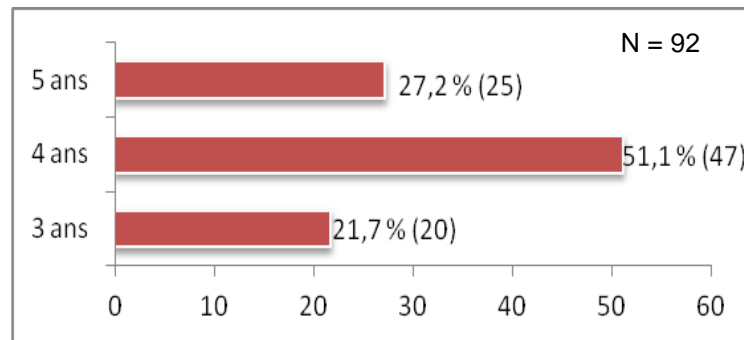


Figure 5 : Durée de formation initiale

Près de la moitié des sages-femmes a une durée de formation initiale de quatre ans, 20 en ont une de trois ans, et 25 de cinq ans.

3.1.2 Pratiques lors du suivi obstétrical

- ***Demandez-vous systématiquement si un suivi gynécologique régulier est réalisé ?***

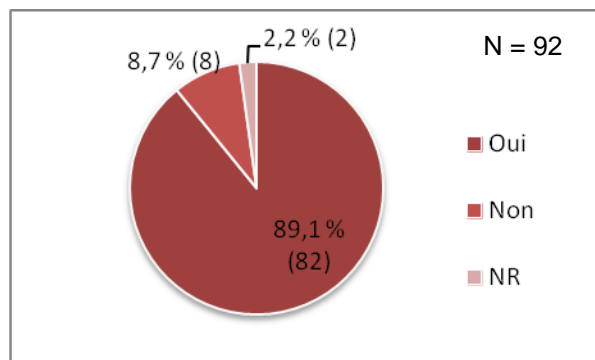


Figure 6 : Taux de sages-femmes demandant systématiquement si un suivi gynécologique régulier est réalisé

Quatre-vingt deux sages-femmes soit 89,1%, demandent systématiquement si un suivi gynécologique régulier est réalisé, et deux sages-femmes n'ont pas répondu à cette question.

- **Demandez-vous la date du dernier FCV ?**

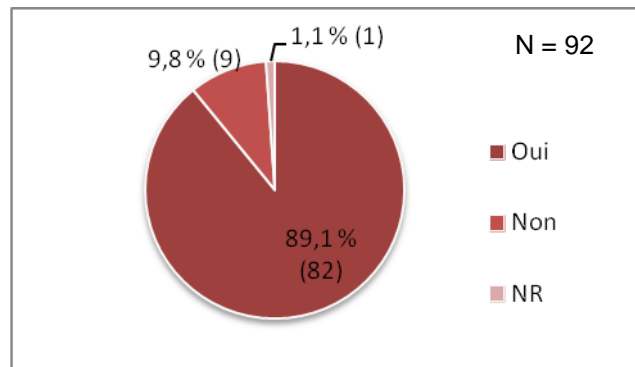


Figure 7 : Taux de sages-femmes demandant la date du dernier FCV

Parmi les 82 sages-femmes demandant si un suivi gynécologique est réalisé, trois ne demandent pas la date du dernier FCV ; au contraire de deux sages-femmes qui ne demandent pas s'il y a un suivi et une qui n'a pas répondu à cette question, mais qui demandent la date du dernier FCV.

Cependant, au total 82 sages-femmes demandent la date du dernier FCV réalisé.

- **Demandez-vous à voir le résultat du dernier FCV ?**

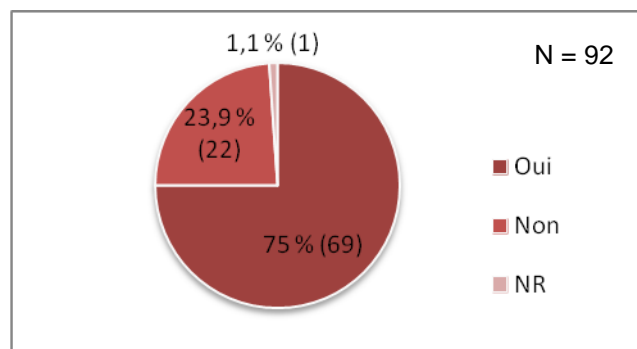


Figure 8 : Taux de sages-femmes demandant à voir le résultat du dernier FCV

Trois quart des sages-femmes demandent à voir le résultat du dernier FCV. La sage-femme qui n'a pas répondu à cette question est la même qui n'a pas répondu à la précédente.

- **Indiquez-vous le résultat du dernier FCV dans le dossier ?**

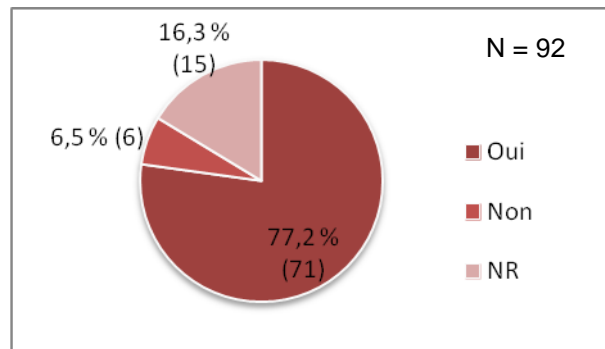


Figure 9 : Taux de sages-femmes indiquant le dernier FCV dans le dossier

Soixante et onze sages-femmes indiquent le résultat du dernier FCV dans le dossier alors que 82 le demandent. Parmi les six sages-femmes qui ne l'indiquent pas, quatre en avaient pourtant demandé la date dont une qui avait également demandé à voir le résultat. Quinze sages-femmes n'ont pas répondu à cette question car ne demandent pas à voir le résultat, mais sept d'entre elles en avaient demandé la date.

- **Réalisez-vous un FCV lors du suivi obstétrical ?**

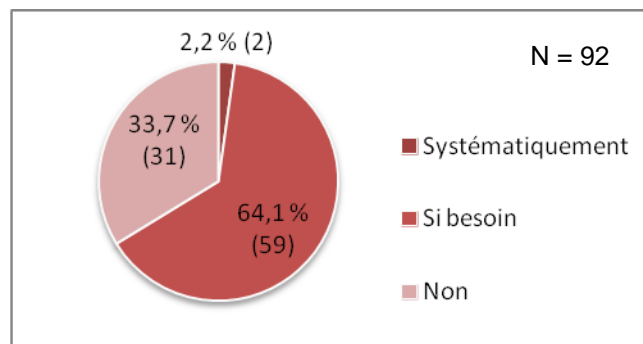


Figure 10 : Taux de réalisation de FCV pendant le suivi obstétrical

Soixante et une sages-femmes pratiquent des FCV lors du suivi obstétrical alors que 31 n'en pratiquent jamais. Parmi ces dernières, seules deux sages-femmes pratiquaient des consultations obstétricales lors de leur activité professionnelle.

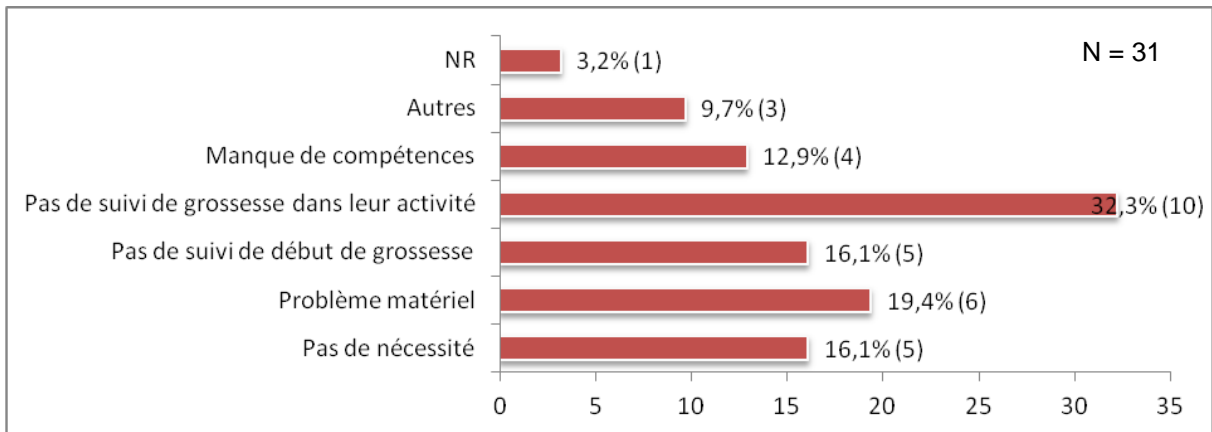


Figure 11 : Arguments pour lesquelles il n'est pas réalisé de FCV pendant la grossesse

Dans la population de sages-femmes n'effectuant pas de FCV pendant la grossesse, dix argumentent le fait de ne pas effectuer de suivi de grossesse au sein de leur activité professionnelle, six évoquent le manque de matériel à leur disposition, et quatre n'effectuent pas de FCV parce qu'elles pensent manquer de compétences. Parmi les autres arguments donnés, certaines sages-femmes envoient leurs patientes dans un laboratoire de ville, ou bien préfèrent préconiser le FCV dans le post-partum.

- **Quelle méthode utilisez-vous ?**

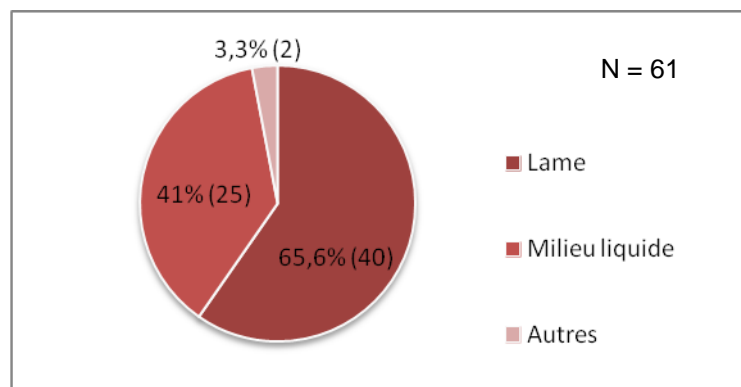


Figure 12 : Méthode utilisée

Une grande majorité des sages-femmes réalisant des FCV utilise la méthode conventionnelle (65,6%), et 41% utilisent la méthode en milieu liquide. Parmi les autres, une sage-femme réalise uniquement des prescriptions pour la réalisation de FCV en laboratoire de ville, et une n'a pas répondu.

- **Combien de FCV avez-vous réalisé ces six derniers mois ?**

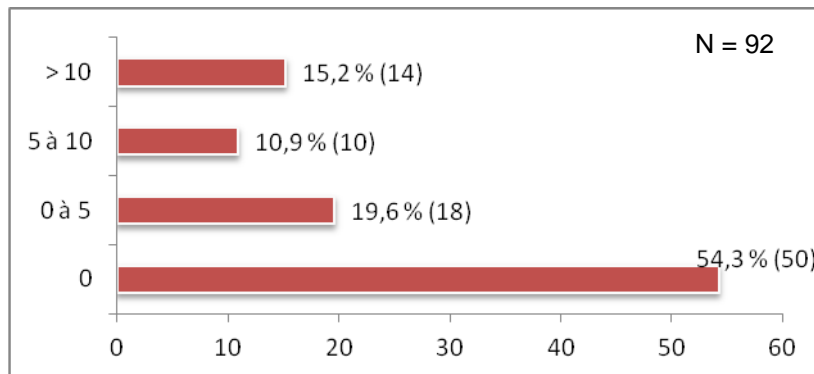


Figure 13 : Taux de FCV réalisés au cours des six derniers mois

Peu de sages-femmes réalisent des FCV, et plus de la moitié d'entre elles n'en réalisent pas du tout.

- **Réaliser un FCV représente-t-il une contrainte ?**

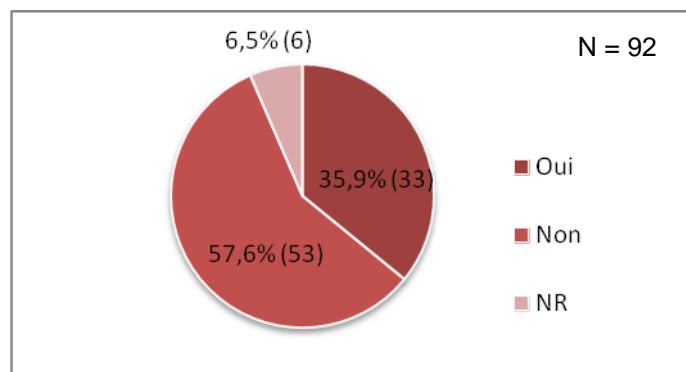


Figure 14 : Taux de contraintes à réaliser un FCV

Chez 33 sages-femmes, la pratique du FCV représente une contrainte dans leur activité professionnelle.

- **Pourquoi cela représente-t-il une contrainte ?**

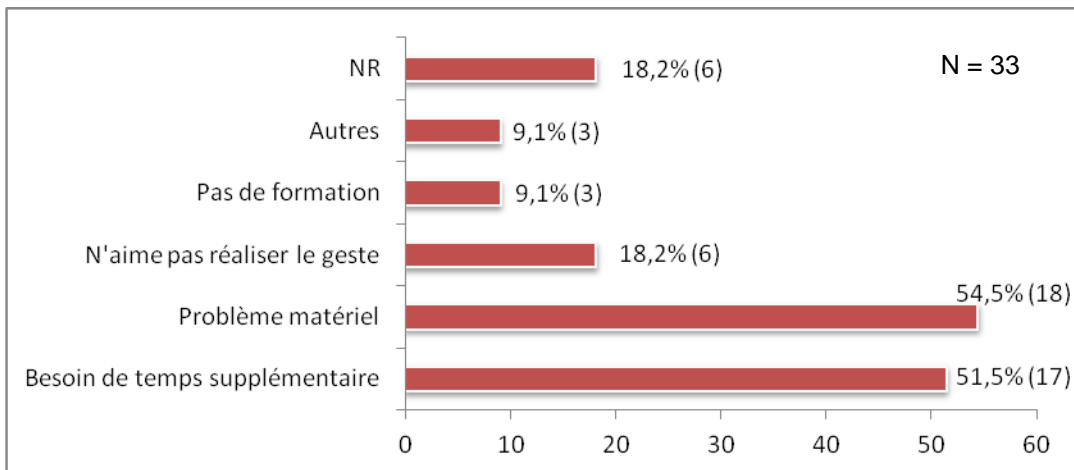


Figure 15 : Arguments pour lesquels le FCV représente une contrainte

Concernant les autres arguments, une sage-femme libérale évoque comme contrainte le fait de donner les explications à la patiente pour l'envoi du FCV au laboratoire, et une autre le fait que le laboratoire de l'hôpital où elle exerce ne réalise pas l'analyse des FCV.

- **Si le FCV n'a pas été réalisé pendant la grossesse, le faites-vous lors de la consultation post-natale ?**

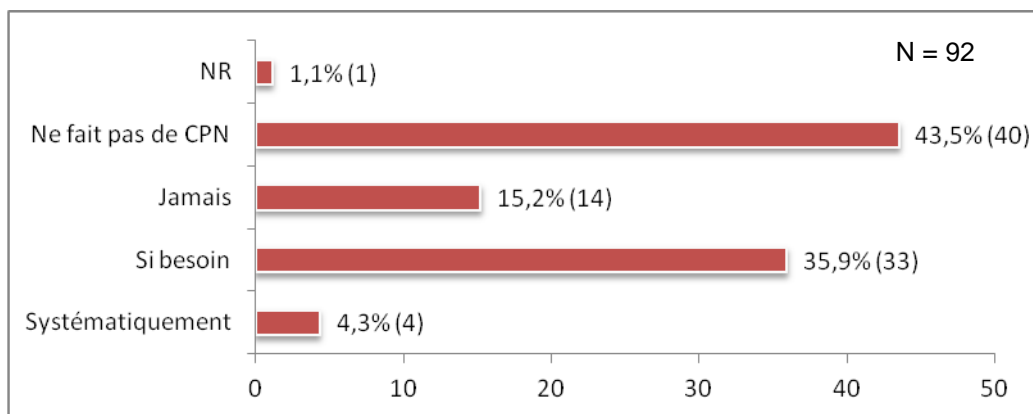


Figure 16 : Taux de réalisation de FCV dans le post-partum

Près de la moitié des sages-femmes ne réalise pas de consultation post-natale, 35,9% effectuent des FCV dans le post-partum si cela est nécessaire et

15,2% n'en réalisent jamais. Ainsi 37 SF sur 52 pratiquent des FCV en post-partum, soit 63,5%.

- **Indiquez-vous l'état de grossesse et l'âge gestationnel sur le bon d'examen ?**

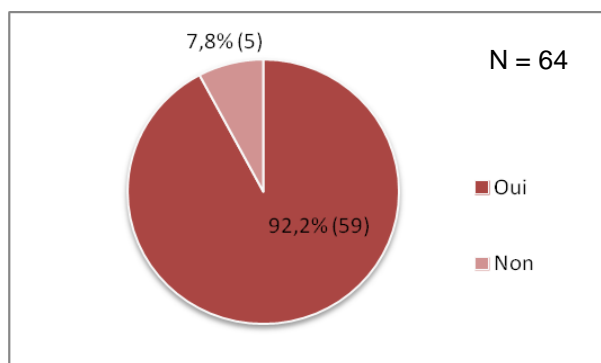


Figure 17 : Indication de l'âge gestationnel sur le bon d'examen

Vingt-huit sages-femmes n'ont pas répondu à cette question puisqu'elles ne pratiquent pas de FCV. Presque la totalité des sages-femmes qui en réalisent précise l'âge gestationnel sur le bon d'examen.

- **À quel(s) moment(s) réalisez-vous le FCV ?**

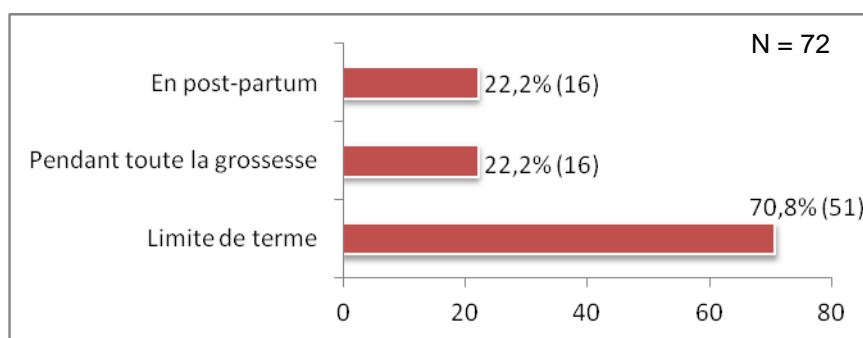


Figure 18 : Réalisation de FCV

Vingt sages-femmes n'ont pas répondu à cette question car ne réalisent pas de FCV. Cependant parmi les 72 qui en pratiquent, 51 se donnent une limite de terme.

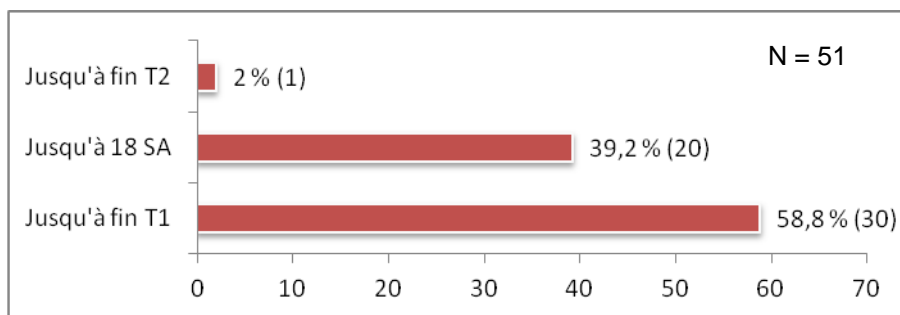


Figure 19 : Limites de terme pour le FCV

Ces limites correspondent majoritairement à la fin du premier trimestre de grossesse.

3.1.3 Connaissances sur la pratique du FCV

- *Selon vous, à quel(s) moment(s) le FCV peut-il être réalisé ?*

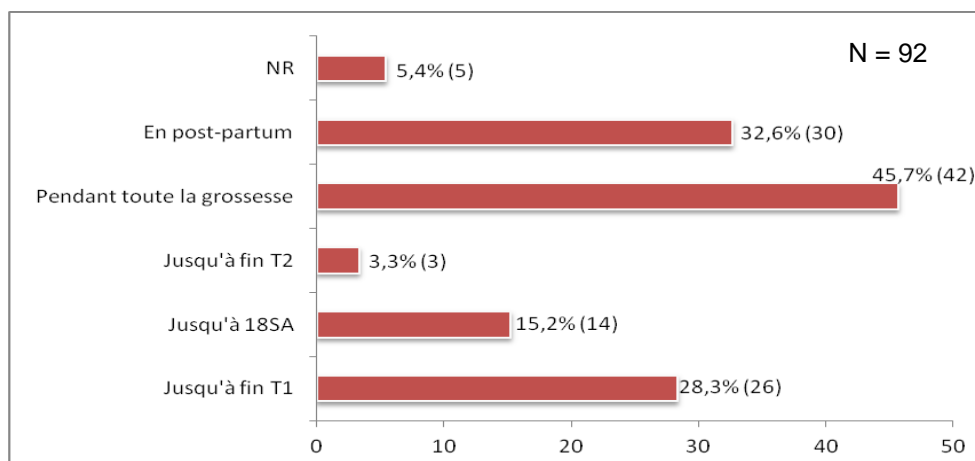


Figure 20 : Connaissances sur le terme de réalisation du FCV

Près de la moitié des sages-femmes répondent qu'il est possible de réaliser le FCV pendant toute la grossesse et 28,3% jusqu'à la fin du premier trimestre.

- **Quelle classification est habituellement utilisée pour l'interprétation du FCV ?**

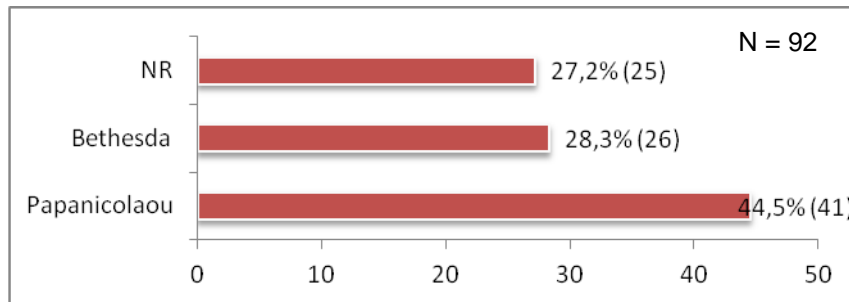


Figure 21 : Classification utilisée

Dans la population étudiée, 28,3% indiquent la classification Bethesda pour l'interprétation du FCV, et 44,5% la classification Papanicolaou.

- **Selon vous, à quel moment de la vie doit être réalisé le premier FCV ?**

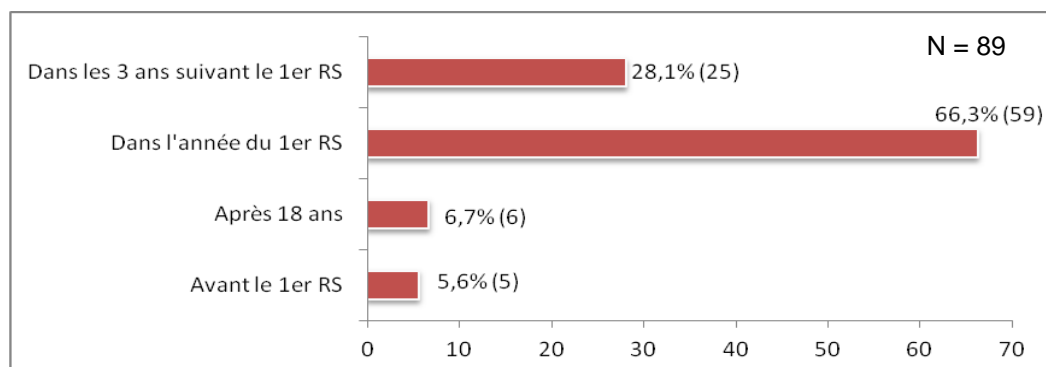


Figure 22 : Date du premier FCV

Une grande majorité (66,3%) répond que le premier FCV doit être réalisé dans l'année qui suit le premier rapport sexuel, 28,1% répondent dans les trois ans, et 5,6% répondent qu'il doit être effectué avant le premier rapport. Trois sages-femmes ont donné deux réponses : dans l'année et dans les trois ans ; et trois autres n'y ont pas répondu.

- ***Selon vous, lors du suivi gynécologique, à quelle fréquence le FCV doit-il être réalisé (en dehors de toute pathologie) ?***

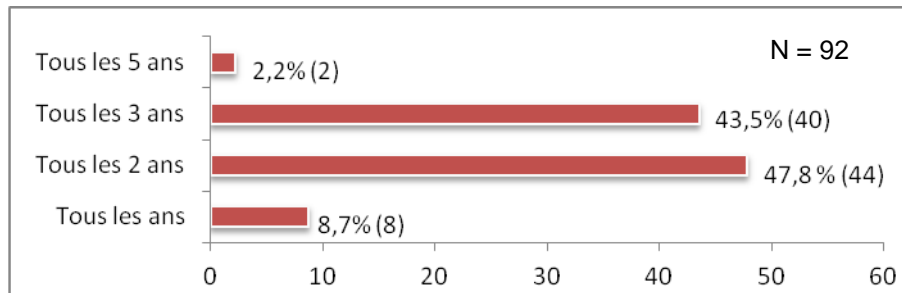


Figure 23 : Fréquence des FCV

Majoritairement, les sages-femmes ont répondu entre tous les deux ans et tous les trois ans.

- ***Selon vous, y-a-t-il un intérêt à réaliser ce dépistage pendant la grossesse ?***

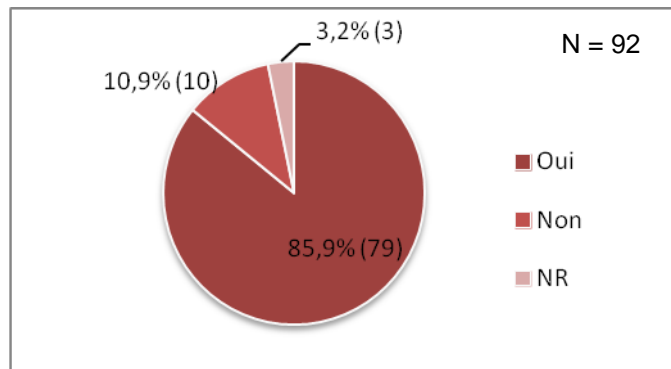


Figure 24 : Intérêt de la pratique du FCV pendant la grossesse

Soixante dix-neuf sages-femmes sur 92 affirment qu'il y a un intérêt à réaliser ce dépistage pendant la grossesse.

- **Lors de vos pratiques, avez-vous déjà dépisté des dysplasies ?**

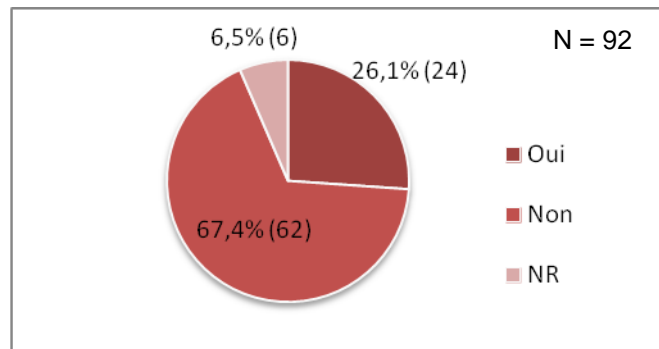


Figure 25 : Fréquence de dépistage des dysplasies par les sages-femmes

Environ 1/4 des sages-femmes a déjà dépisté des dysplasies au cours de sa carrière. Il leur a été demandé comment et où les patientes étaient orientées : 95,8% d'entre elles orientent les patientes vers un médecin généraliste ou un gynécologue, une sage-femme reconstrôle le FCV avant d'orienter la patiente vers un autre professionnel, et deux n'ont pas répondu.

- **Avez-vous déjà eu des difficultés pour interpréter des résultats ?**

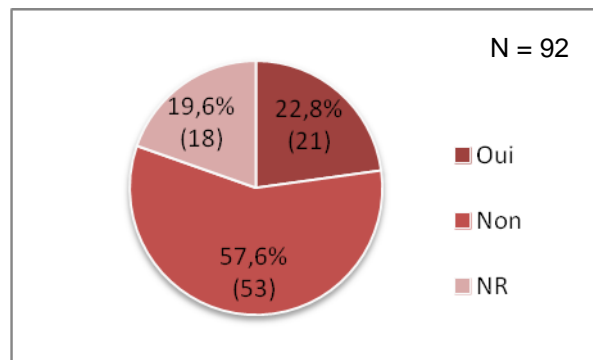


Figure 26 : Difficultés d'interprétation

Plus de la moitié des sages-femmes déclare ne pas avoir eu de difficulté liée à l'interprétation des résultats. Ont alors été interrogées sur les causes de ces difficultés les 21 sages-femmes ayant déclaré oui.

Causes des difficultés d'interprétation (N= 21)	Nombre (n)	%
Méconnaissance des termes d'interprétation	10	47,6
FCV difficilement interprétable (inflammatoire, grossesse, mal réalisé)	4	19,1
NR	7	33,3

Tableau 1 : Causes des difficultés d'interprétation

Il revient majoritairement le manque de connaissances quant aux termes techniques d'interprétation.

3.1.4 Formation des sages-femmes

- **Quelle formation avez-vous reçue pour la pratique du FCV ?**

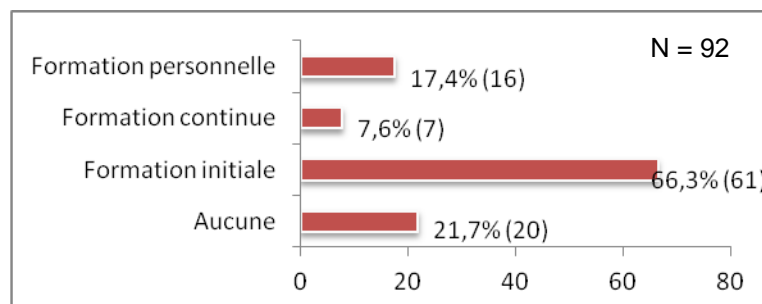


Figure 27 : Formation reçue

L'ensemble des sages-femmes a répondu, et 20 d'entre elles n'ont reçu aucune formation.

Parmi celles qui n'ont reçu aucune formation, il y a 25% des sages-femmes dont la durée de la formation initiale était de trois ans, 29,8% de quatre ans, et 4% de cinq ans.

- **Quel type de formation ?**

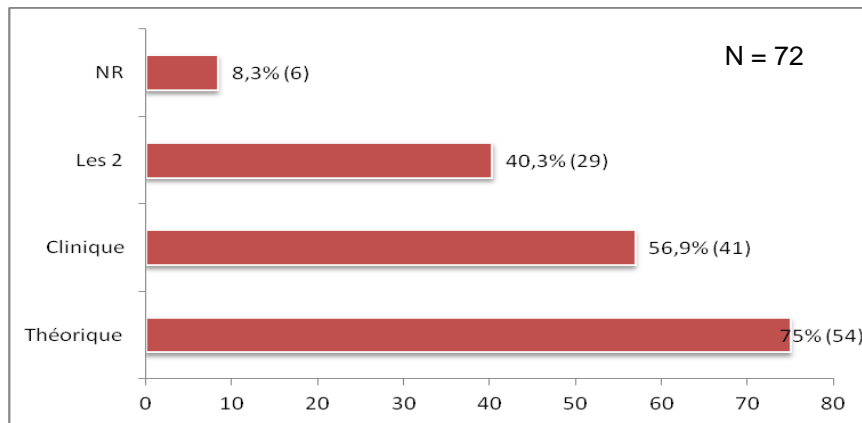


Figure 28 : Type de formation reçue

Parmi les sages-femmes ayant reçu une formation sur la pratique du FCV, celle-ci était principalement théorique, et 40,3% des sages-femmes ont reçu une formation à la fois théorique et clinique.

3.1.5 Compétences sur le suivi gynécologique de prévention

- **Connaissez-vous la loi HPST de 2009 ?**

La totalité des sages-femmes connaît la loi HPST.

- **Pensez-vous que les nouvelles compétences entrent en lien avec notre profession ?**

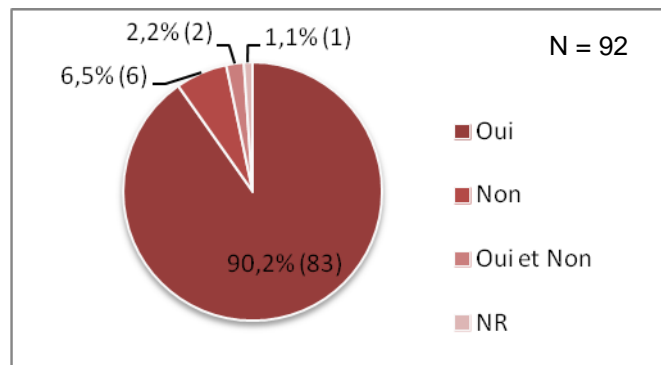


Figure 29 : Lien entre nouvelles compétences et profession

Deux sages-femmes ont répondu à la fois oui et non (donnant comme argument qu'elles en ont les compétences).

Données en faveur d'un lien	Nombre (N = 14)	Données contre ce lien	Nombre (N = 7)
Suivi global de la femme	5	S'éloigne du domaine obstétrical (= métier de SF)	3
Meilleur accès aux soins	3	Pas gynécologue mais SF	3
Lien entre grossesse et vie génitale	3	Pas pour SF hospitalière	1
Rôle dans prévention et accompagnement	2		
Comble le manque de gynécologues	1		

Tableau 2 : Arguments donnés sur leur statut de pour ou contre ce lien entre profession et nouvelles compétences

Dix-neuf sages-femmes ont argumenté leur réponse concernant le lien entre ces nouvelles compétences et leur profession, dont deux qui ont donné deux items.

- ***Pensez-vous que les nouvelles compétences soient applicables au sein de votre activité professionnelle ?***

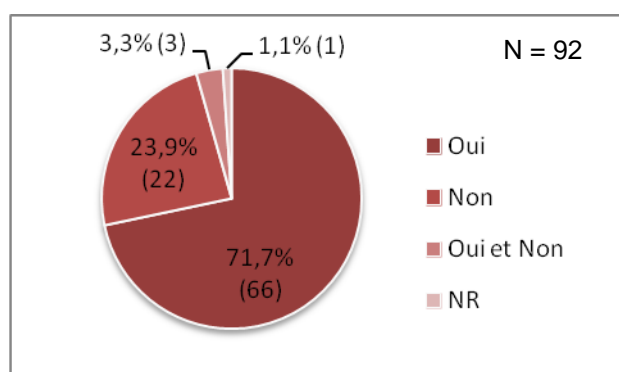


Figure 30 : Compétences applicables au sein de leur profession

Une grande majorité de sages-femmes (71,7%) affirme que ces nouvelles compétences sont applicables au sein de leur activité professionnelle, et trois sages-femmes hésitent entre oui et non. Il leur a donc été demandé leurs arguments.

Arguments pour	Nombre	Arguments contre	Nombre
Oui, mais après formation	2	Ne fait pas de suivi obstétrical	6
Oui, mais problème du salaire	2	Non car déjà pas assez de SF (libérales + hospitalières)	6
Oui, mais besoin de budget financier	1	Problème matériel	3
Dépend de la demande	1	Ne veut pas « être gynécologue mais SF »	3
		N'a pas envie	1
		Problème de salaire	1
		Problème de formation	1

Tableau 3 : Arguments pour appliquer ou non ces nouvelles compétences

Vingt-six sages-femmes ont donné des arguments soit 28,3 % de réponses. Chez celles répondant oui, elles exposent des conditions pour exercer ces compétences comme la formation et le salaire adéquat. En ce qui concerne les arguments pour les sages-femmes ayant répondu non, il y a le fait de ne pas exercer de suivi obstétrical au sein de son activité, mais aussi le fait qu'il n'y a déjà pas assez de sages-femmes en France pour exercer le métier de sage-femme en tant que tel, soit l'obstétrique. Par ailleurs, trois évoquent la différence de profession entre sage-femme et gynécologue.

- **Pratiquez-vous déjà la ou les activités suivante(s) ?**

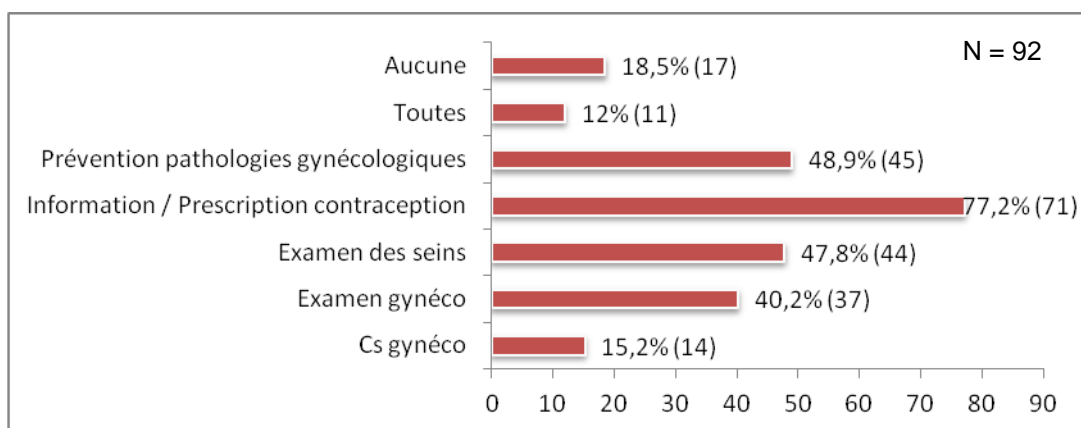


Figure 31 : Pratique des activités liées à la gynécologie

Dans la population étudiée, 77,2% des sages-femmes pratiquent déjà l'information et la prescription de contraception, et 18,5% ne pratiquent aucune activité liée à la gynécologie.

- ***Pensez-vous être suffisamment formé(e) pour pratiquer le suivi gynécologique de prévention ?***

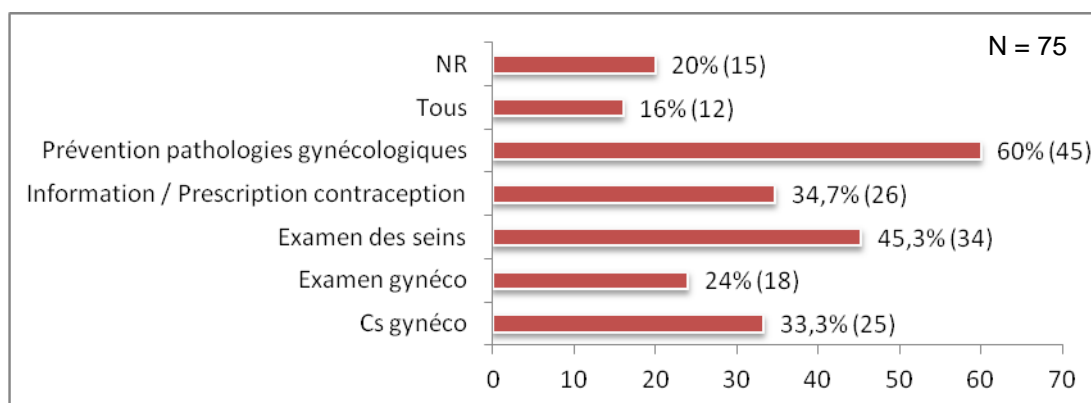


Figure 32 : Domaines de formation insuffisante

Parmi l'ensemble des sages-femmes, 81,5% pensent ne pas être assez formées pour pratiquer le suivi gynécologique de prévention contre 18,5% qui pensent l'être.

Les sages-femmes déclarant ne pas être assez formées ont été interrogées sur les domaines où la formation leur semble insuffisante : 60% ont répondu leur manquer une formation sur le dépistage et la prévention des pathologies gynécologiques comme le cancer du col et du sein. De même, la formation en consultation gynécologique (consultation, examen gynécologique et des seins) est également jugée insuffisante par les sages-femmes interrogées ; et 15 n'ont pas donné de réponse alors qu'elles déclarent ne pas être assez formées.

- **Quel(s) type(s) de formation(s) souhaiteriez-vous ?**

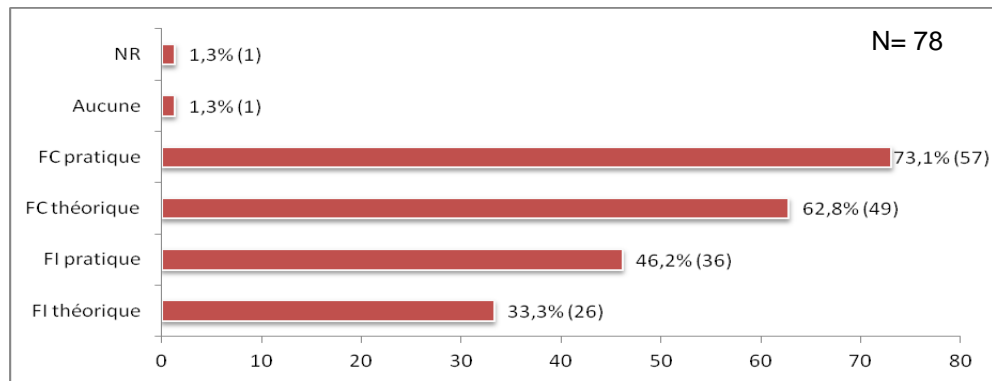


Figure 33 : Demande de formation

La formation continue pratique est citée par 73,1% des sages-femmes interrogées. Quatorze sages-femmes se sentant assez formées n'ont pas répondu à cet item. À l'inverse, une autre n'a pas répondu bien qu'elle ne se sente pas assez formée. Par ailleurs trois sages-femmes se disant assez formées réclament une formation.

- **Sur quel(s) domaine(s) souhaiteriez-vous approfondir votre formation ?**

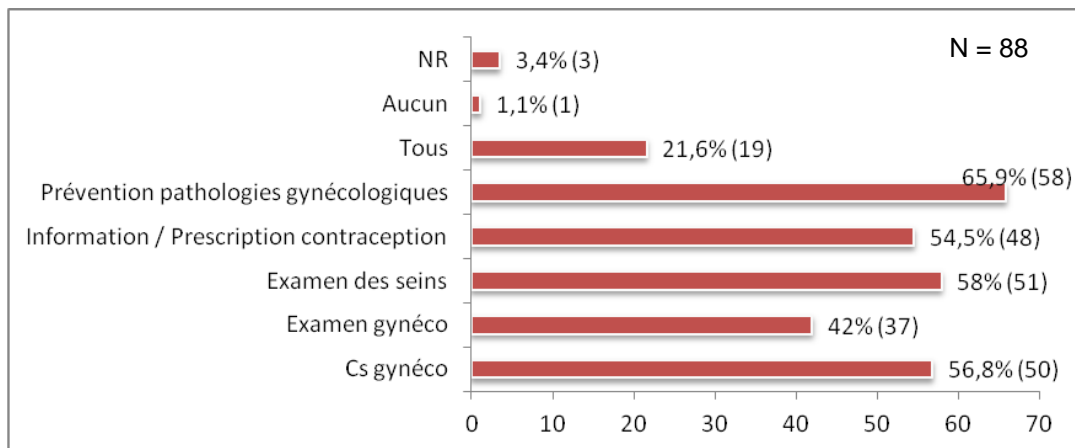


Figure 34 : Domaines d'approfondissement de formation

Quatre sages-femmes n'ont pas répondu à cette question car se sentaient assez formées, à l'inverse de trois sages-femmes qui déclarent que leur formation est insuffisante et qui n'ont pas donné de réponse à cette question. Une formation plus approfondie en matière de prévention des pathologies gynécologiques est souhaitée par 65,9% des sages-femmes. Une meilleure

formation dans les autres activités comme la consultation gynécologique dont l'examen des seins est majoritairement souhaitée.

3.1.6 Opinion des sages-femmes

- **Quelles sont vos attentes face à ces nouvelles compétences ?**

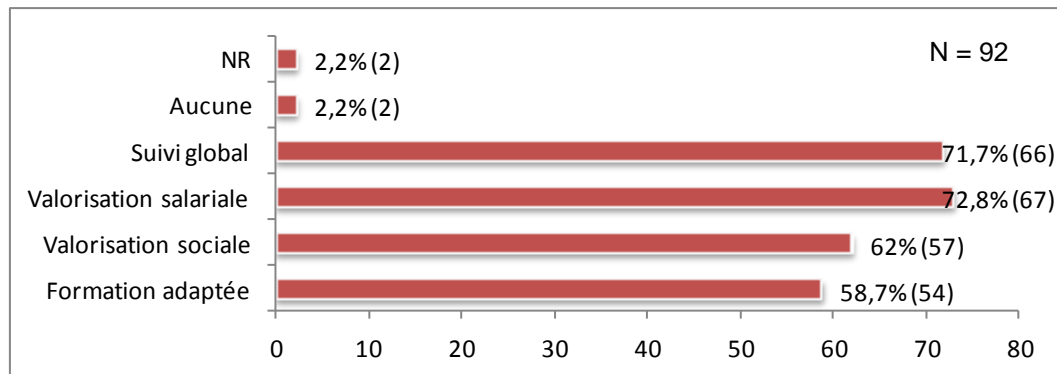


Figure 35 : Attentes de ces nouvelles compétences

La majorité des sages-femmes est d'accord sur le fait d'attendre de ces nouvelles compétences une valorisation salariale mais aussi sociale. Elles attendent également de ces compétences qu'elles permettent un suivi global des femmes (71,7%) et qu'il y ait donc une formation adaptée qui soit mise en place (58,7%).

- **Quelles sont vos réticences face à ces nouvelles compétences ?**

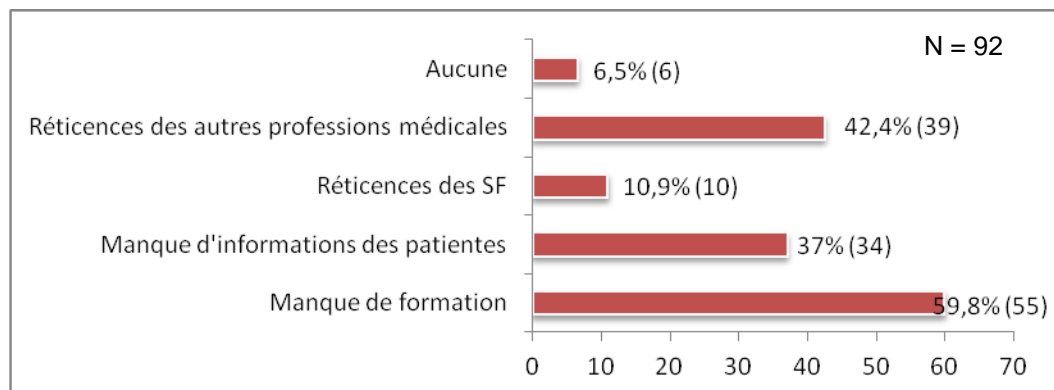


Figure 36 : Réticences face à ces compétences

La réticence la plus citée est le manque de formation (59,5%), puis 42,4% des sages-femmes craignent que les autres professionnels de santé tels que médecins généralistes ou gynécologues soit réticents à l'égard de ces nouvelles compétences.

- ***Pensez-vous que le suivi gynécologique de prévention ait sa place dans la profession de sage-femme ?***

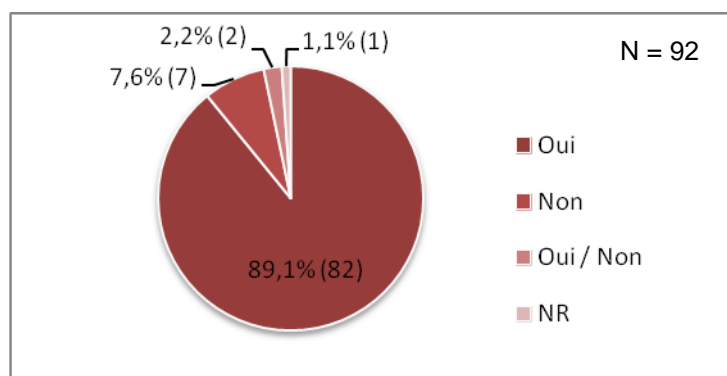


Figure 37 : Place des nouvelles compétences dans la profession

La quasi-totalité des sages-femmes estime que le suivi gynécologique de prévention fait partie intégrante de la profession de sage-femme, et deux hésitent.

- ***Seriez-vous prêt(e), dans l'exercice de votre profession, à réaliser le suivi gynécologique de prévention des femmes en âge de procréer ?***

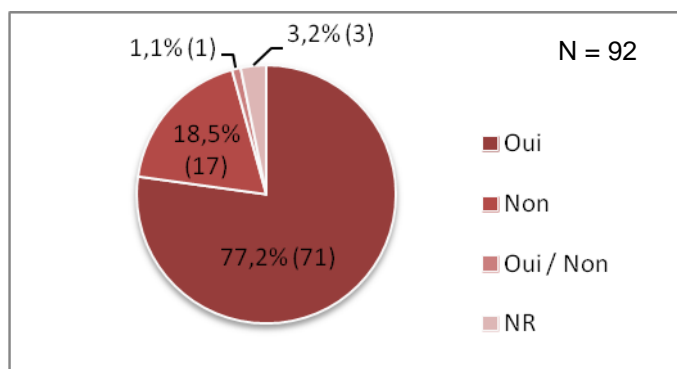


Figure 38 : Souhait d'exercer le suivi gynécologique de prévention

Soixante et onze sages-femmes souhaitent exercer le suivi gynécologique de prévention, et 17 ne le souhaitent pas. Les sages-femmes ont donc été interrogées sur les raisons de leur choix de pratiquer ou non ce suivi.

Oui : Arguments	Nombre	Non : Arguments	Nombre
Oui, après formation	8	Manque d'enthousiasme	5
Suivi global	6	Manque de formation	4
Intéressant / Diversification / Complémentaire	5	Pas le rôle de la SF	4
Oui, mais valorisation salariale	2	Manque de disponibilité	1
Meilleur accès aux soins	1	En fin d'activité professionnelle	1
Oui mais problème de disponibilité	1	Problème du salaire	1
Oui, mais ne réalise pas de suivi de grossesse	1		
Oui mais selon le lieu d'exercice	1		

Tableau 4 : Arguments pour pratiquer ou non le suivi gynécologique

Huit d'entre elles souhaitent réaliser une formation avant d'exercer le suivi gynécologique de prévention. Une sage-femme a répondu qu'elle ne savait pas.

3.2 Description des résultats des questionnaires destinés aux étudiants sages-femmes

3.2.1 Pratiques des étudiants sages-femmes

- ***Demandez-vous systématiquement si un suivi gynécologique régulier est réalisé ?***

La totalité des étudiants sages-femmes (78) demande systématiquement lors du suivi obstétrical si un suivi gynécologique est réalisé.

- ***Demandez-vous la date du dernier FCV ? Demandez-vous à voir le résultat et le notez-vous dans le dossier ?***

Parmi les ESF, 77 demandent la date du dernier FCV (98,7%), 84,6% demandent à voir le résultat, et 95,6% inscrivent le résultat du dernier FCV dans le dossier.

- **Réalisez-vous un FCV lors du suivi obstétrical ?**

Soixante-dix ESF réalisent si nécessaire un FCV pendant la grossesse (89,7%). Les huit qui ne le font pas ont donné comme principal argument le fait que les femmes soient suivies tardivement à l'hôpital.

Arguments	Nombre (n=8)
Grossesses suivies tardivement à l'hôpital	4
FCV normal	1
FCV ininterprétable à cause des hormones	1
Problème matériel	1
Ne sais pas	1

Tableau 5 : Arguments pour ne pas réaliser de FCV pendant la grossesse

- **Avez-vous au cours de vos études pratiqué des FCV ?**

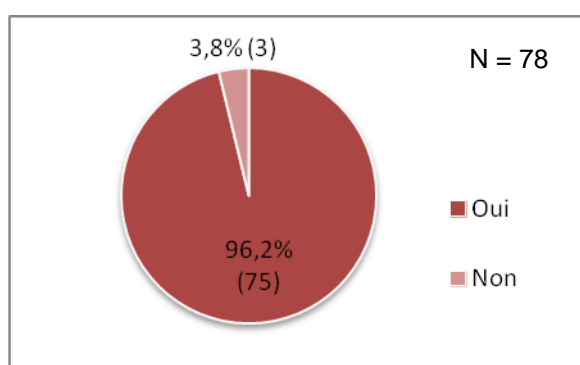


Figure 39 : Taux d'ESF ayant déjà effectué un FCV

Soixante quinze étudiants ont déjà réalisé un FCV lors de ses études, soit 96,2 %.

- **Lors de quel(s) stage(s) avez-vous réalisé des FCV ?**

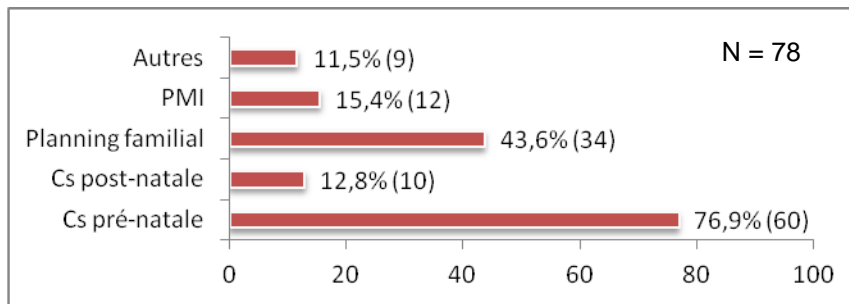


Figure 40 : Stages d'apprentissage du FCV

Les autres lieux de stages où les ESF ont appris à réaliser des FCV étaient auprès des gynécologues : soit en consultation pure de gynécologie, soit en stage de gynécologie.

3.2.2 Connaissances des étudiants sages-femmes

- **Selon vous, à quel(s) moment(s) le FCV peut-il être réalisé ?**

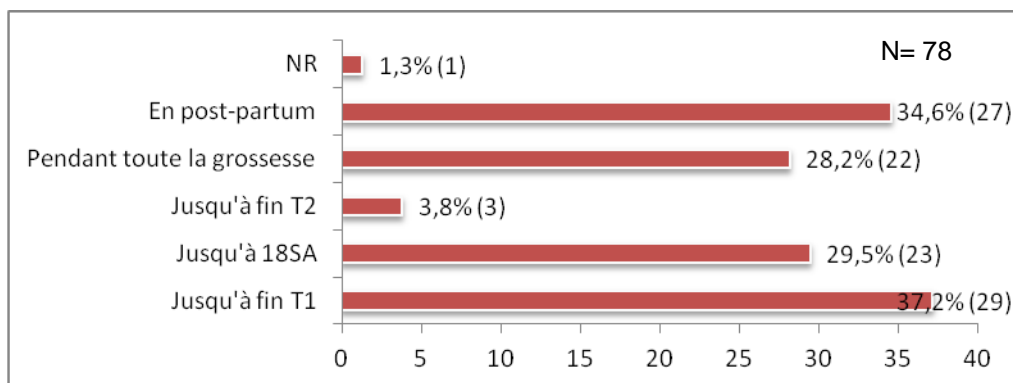


Figure 41 : Connaissances sur la date de réalisation du FCV

Parmi les ESF, 22 répondent que le FCV peut être réalisé pendant toute la grossesse, alors que 55 (soit 70,5%) se donnent une limite qui pour la majorité (29) correspond à la fin du premier trimestre.

- **Selon vous, à quel moment de la vie doit être réalisé le premier FCV ?**

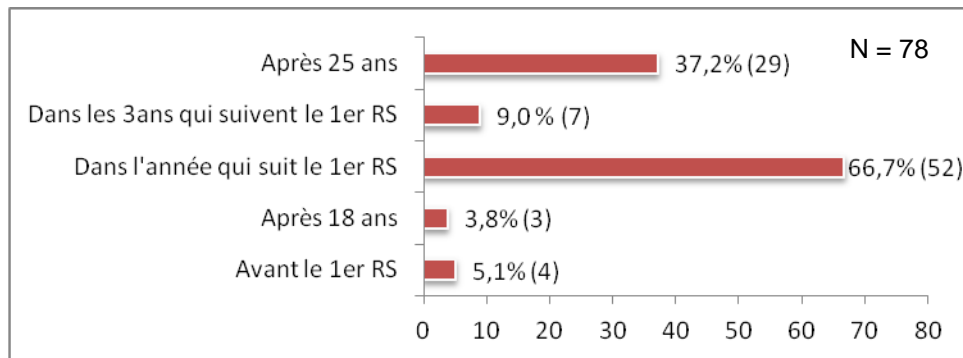


Figure 42 : Connaissances sur la date du premier FCV

Cinquante deux ESF pensent que le premier FCV doit être réalisé dans l'année qui suit le premier rapport sexuel, et 29 après l'âge de 25 ans.

- **Selon vous, quand doit être réalisé le deuxième FCV ?**

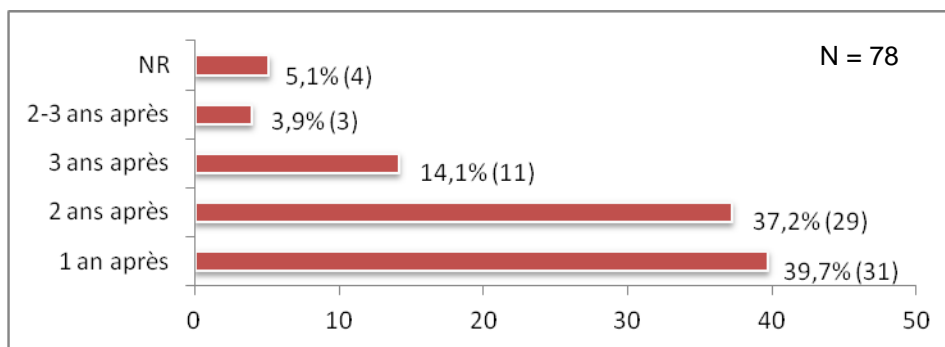


Figure 43 : Connaissances sur la date du deuxième FCV

La majorité des ESF répond que le deuxième FCV doit être réalisé dans l'année ou dans les deux ans qui suivent le premier. Trois hésitent entre deux à trois ans après le premier.

- ***Selon vous, lors du suivi gynécologique, à quelle fréquence le FCV doit-il être réalisé (en dehors de toute pathologie) ?***

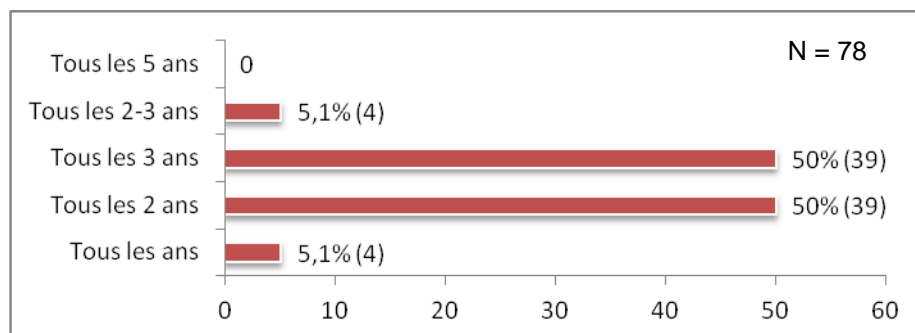


Figure 44 : Connaissances sur la fréquence du FCV

Le taux de réponses est similaire pour réaliser le FCV avec une fréquence de deux ou trois ans. Certains ESF notifient que la fréquence du FCV varie selon les recommandations de la HAS et de l’OMS.

- ***Selon vous, y-a-t-il un intérêt à réaliser ce dépistage pendant la grossesse ?***

Concernant le dépistage du cancer du col pendant la grossesse, 87,2 % des ESF estiment qu’il est nécessaire.

3.2.3 Formation des étudiants sages-femmes

- ***Quel(s) type(s) de formation avez-vous reçu pour le dépistage des dysplasies du col de l’utérus ?***

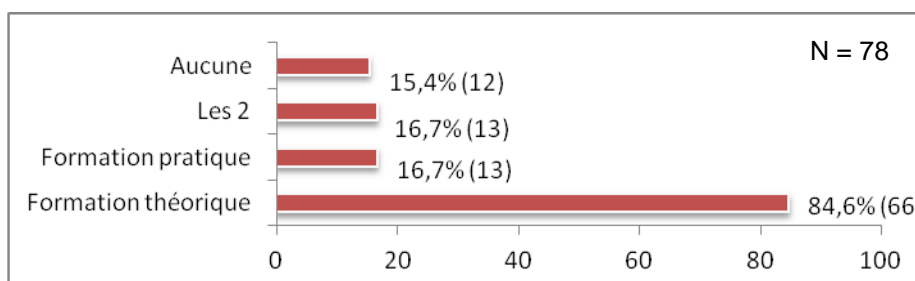


Figure 45 : Type de formation reçue sur le dépistage des dysplasies

Treize ESF ont reçu une formation à la fois théorique et pratique, et 12 n'ont reçu aucune formation soit 15,4% des ESF.

- **Avez-vous déjà pratiqué lors de vos stages la ou les activités suivante(s) ?**

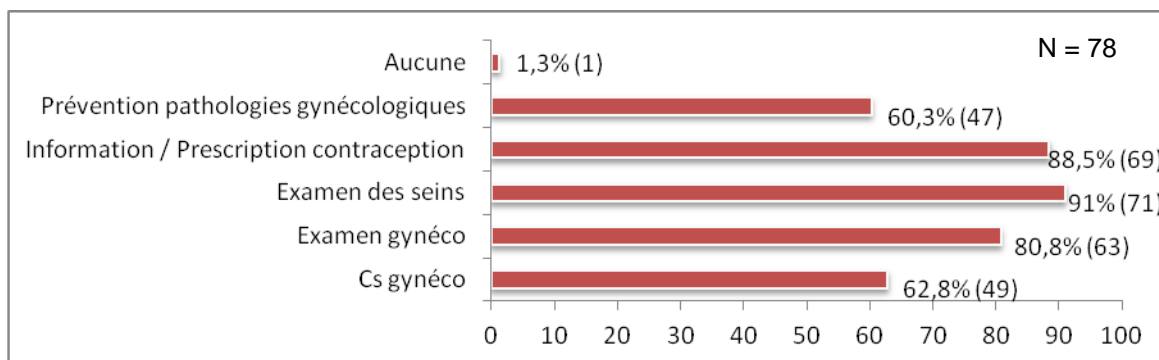


Figure 46 : Pratique des différentes activités gynécologiques lors des stages

Un seul étudiant n'a pu participer à aucune de ces activités et 49 ont déjà pratiqué des consultations de gynécologie.

- **Pensez-vous être suffisamment formé(e) pour pratiquer le suivi gynécologique de prévention ?**

82,1% des ESF (soit 64) pensent ne pas être suffisamment formés pour pratiquer le suivi gynécologique de prévention alors que 17,9% estiment l'être.

- **Si non, dans quel(s) domaine(s) cité(s) ci-dessous vous manquerait-il une formation ?**

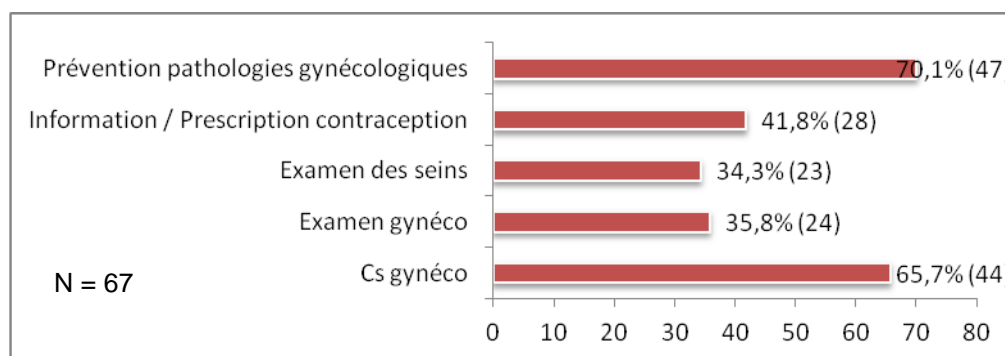


Figure 47 : Activités dont la formation est insuffisante

Parmi les 14 ESF s'estimant assez formés, trois ont répondu à cette question. En majorité les étudiants se disent insuffisamment formés dans la prévention des pathologies et dans la conduite d'une consultation de gynécologie.

- **Quel(s) type(s) de formation souhaiteriez-vous ?**

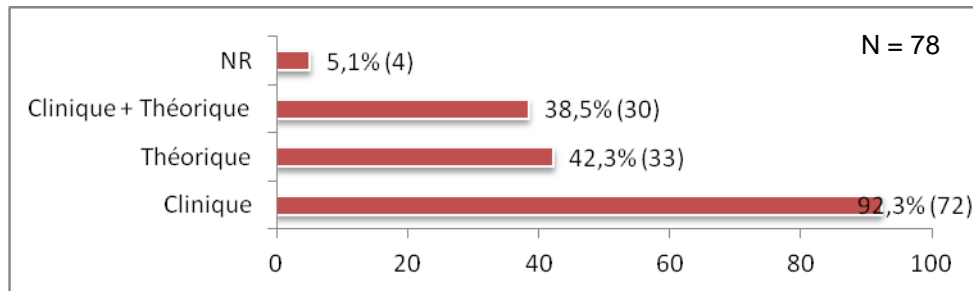


Figure 48 : Type de formation souhaitée

La quasi-totalité des ESF (72) souhaite une meilleure formation clinique, et 30 une meilleure formation à la fois clinique et théorique.

- **Pensez-vous avoir la formation nécessaire pour prescrire une contraception, quelle qu'elle soit ?**

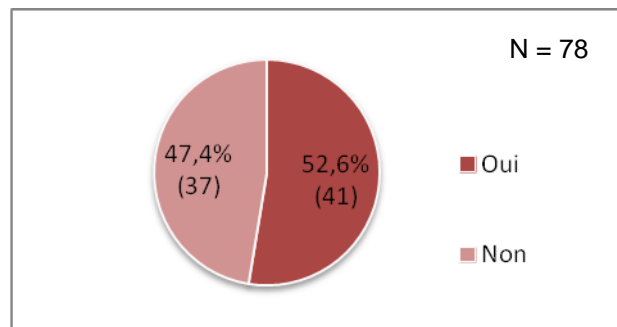


Figure 49 : Formation suffisante en contraception

Un peu plus de la moitié des ESF estime avoir une formation suffisante en contraception.

- ***Avez-vous reçu une formation théorique et pratique pour la pose de contraceptifs ?***

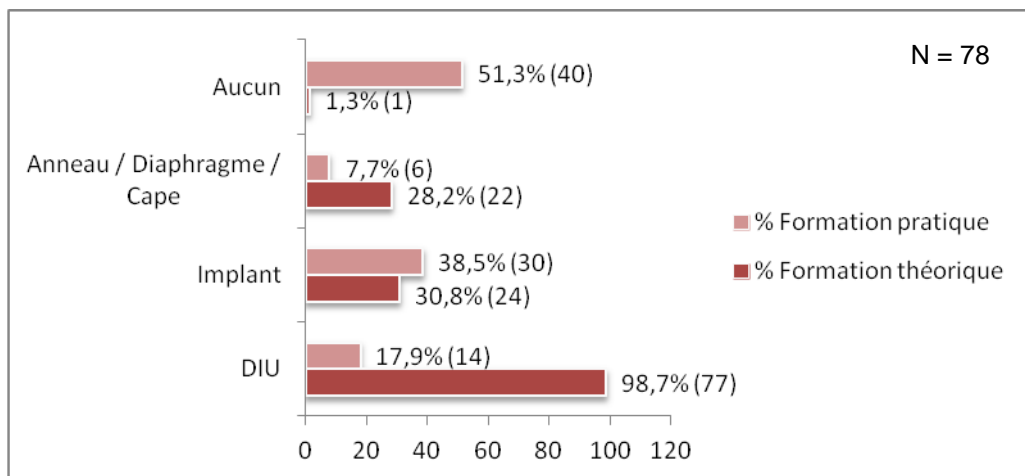


Figure 50 : Formations reçues sur la pose de moyens contraceptifs

Une importante différence est observée entre la formation théorique et pratique pour la pose du DIU. Plus de la moitié des ESF n'a eu aucune formation pratique pour la pose des moyens contraceptifs.

3.2.4 Opinion des étudiants sages-femmes

- ***Pensez-vous que les nouvelles compétences entrent en lien avec notre profession ?***

La totalité des ESF pense que ces nouvelles compétences entrent en lien avec la profession de sage-femme. Ils ont donc été interrogés sur leur opinion face à ces nouvelles compétences : 24 ESF ont répondu et certains ont donné plusieurs réponses.

Arguments	Nombre (N=24)
Suivi global	8
SF privilégiée dans le suivi des femmes (écoute, discussion, accompagnement...)	5
Rôle de prévention (rôle dans la santé publique)	5
SF apte à faire le suivi gynécologique de prévention	5
SF spécialiste de la femme (connaissances de la physiologie...)	3
Rôle dans la régulation des naissances, donc suivi gynécologique	1
Pour que la grossesse se fasse dans les meilleures conditions	1

Tableau 6 : Arguments pour un lien entre les nouvelles compétences et la profession de sage-femme

- ***Seriez-vous prêt(e), dans l'exercice de votre profession, à réaliser le suivi gynécologique de prévention des femmes en âge de procréer ?***

Soixante ESF (soit 76,9%) seraient prêts à réaliser le suivi gynécologique de prévention lors de l'exercice de leur profession. Les arguments quant à leur choix des 42 ESF y ayant répondu sont cités dans le tableau ci-dessous :

Arguments Pour	Nombre	Arguments Contre	Nombre
Oui, mais nécessité de formation complémentaire	9	Manque de formation	13
Intéressant, complémentaire, diversification de l'activité	7	Pas à l'aise, ni apte	1
Dans nos champs de compétences	5		
Pour une PEC globale	6		
Nécessité de Santé Publique	3		
Pas en première intention après le DE	2		
Oui, mais nécessité d'un travail en réseau	1		
Pourquoi pas	1		

Tableau 7 : Arguments pour réaliser ou non le suivi gynécologique

La nécessité d'une formation complémentaire paraît nécessaire aux sages-femmes pour réaliser le suivi gynécologique de prévention. Les ESF proposent notamment des stages de gynécologie pure et une meilleure formation sur la prescription des contraceptifs oraux.

Il est également argumenté le fait qu'il s'agisse d'une nécessité de santé publique du fait de la diminution du nombre de gynécologues médicaux.

TROISIÈME PARTIE

1. Analyse des résultats

1.1 Caractéristiques générales des populations étudiées

Selon le CNOSF en 2010 à Paris, sur 1096 sages-femmes, il y avait 84 sages-femmes libérales et 422 hospitalières soit respectivement 7,7% et 38,5% (45).

Lors de cette étude nous avons questionné un nombre similaire de sages-femmes hospitalières (54) et libérales (55). En effet nous avons récupéré 35 questionnaires provenant de sages-femmes hospitalières et 57 provenant de sages-femmes libérales. En réalité parmi ces dernières, deux ne travaillaient plus qu'à l'hôpital, et 17 travaillaient à la fois en cabinet et en milieu hospitalier. Nous avons donc au total 54 sages-femmes hospitalières.

Nous voulions également définir les types de services dans lesquels travaillaient les SF hospitalières : il s'avère que seulement 61,1% réalisent des consultations obstétricales. En effet, les questionnaires n'ont pas pu être distribués en main propre à toutes les sages-femmes exerçant des consultations, et ont donc été laissés à disposition de l'ensemble des SF dans trois maternités sur quatre, cependant les parties sur les connaissances et les compétences concernaient l'ensemble des SF.

Il était intéressant de connaître les différents secteurs d'activité dans lesquels avaient exercé les sages-femmes afin de mieux connaître leur parcours de formation. La quasi-totalité (86 sur 92) ont ou travaillent encore en milieu hospitalier ; ce qui montre qu'il est peut être nécessaire de travailler à l'hôpital avant d'exercer en libéral ou d'exercer conjointement les deux activités.

La durée de formation initiale de la population étudiée est en moyenne de quatre ans : ce qui correspond aux programmes d'études instaurés à partir de 1985, où la gynécologie y était déjà pleinement abordée (40).

Nous pouvons remarquer que la durée de cette formation initiale, et donc l'expérience professionnelle est un facteur favorisant pour exercer en milieu libéral : il y a chez les SF ayant eu une formation de trois ou quatre ans, respectivement 65% et 66% d'entre elles qui ont une activité libérale, alors que seulement 44% des SF diplômées après 2003 exercent cette activité.

1.2 Évaluation des pratiques sur le FCV

Actuellement le frottis n'est effectué qu'au niveau du col utérin d'où la terminologie récente de frottis cervico-utérin (FCU), alors qu'avant le frottis était à la fois réalisé au niveau du col et du vagin, d'où le frottis cervico-vaginal (FCV).

La plupart des sages-femmes s'intéresse aux antécédents gynécologiques des patientes, en effet, 89,1% demandent systématiquement si un suivi gynécologique régulier est réalisé. De même, elles s'intéressent à la date du dernier FCV. Cependant, moins de sages-femmes demandent à voir le résultat de ce dernier pour le confirmer (75%) et 77,2% l'inscrivent dans le dossier.

Nous les avons donc interrogés sur leurs pratiques concernant le FCV : près de 64% des SF réalisent un FCV lors du suivi de grossesse si cela est nécessaire alors que près d'un tiers ne le fait jamais ; et deux SF le réalisent de façon systématique même s'il n'y a pas lieu de le faire. En comparant les réponses sur la réalisation du FCV pendant la grossesse, nous observons que 92% des SF hospitalières réalisent des FCV alors que seulement 49% des SF libérales en pratiquent : cela paraît être dû à un problème de matériel (19,4%) qui serait plus accessible en milieu hospitalier qu'en libéral où le temps, la rémunération des actes, et la formation (12,9%) peuvent constituer des obstacles à la pratique du FCV. Deux sages-femmes déclarent réaliser des prescriptions afin que les FCV soient réalisés en laboratoire de ville. Selon la Cour des Comptes, cela serait également dû au fait que les consultations ne représentent que 5% de l'activité des sages-femmes

libérales qui se concentrent préférentiellement sur les cours de préparation à la naissance et la rééducation périnéale (46).

Plus de la moitié des sages-femmes pratiquant des consultations post-natales réalise des FCV en post-partum, et nous remarquons que les SF libérales exercent plus ce type de consultations que les SF hospitalières (69% contre 38%), notamment parce qu'il n'existe que peu de postes destinés aux SF pour ces consultations en milieu hospitalier.

Il s'avère qu'il existe une relation significative entre la durée de formation initiale et la pratique du FCV : les SF ayant une formation initiale de cinq ans réalisent plus de FCV pendant la grossesse (92% d'entre elles) ; mais nous remarquons que ce ne sont pas les SF ayant une formation de trois ans qui font le moins de FCV (seulement 35% d'entre elles n'en réalisent pas) mais celles ayant été diplômées entre 1985 et 2003 (46,8%). Or ces dernières ont été plus formées en gynécologie que les SF diplômées avant 1985 (40).

Plus de la moitié des SF n'a pas pratiqué de FCV au cours des six derniers mois, et il n'y a pas de relation significative observée entre l'année d'obtention du DE et le nombre de FCV réalisés par les SF lors des six derniers mois, sans doute car cela dépend de l'activité des SF et de la nécessité ou non de pratiquer un FCV.

Les SF ont également été interrogées sur la méthode utilisée pour la pratique du FCV : 65,6% utilisent la méthode conventionnelle.

Les recommandations de l'ANAES (15) concernant le bon de demande d'examen sont bien suivies puisque 92,2% des SF y indiquent l'état gravidique et l'âge gestationnel.

Quarante-deux SF pensent que le FCV peut être effectué pendant toute la grossesse, or seules 16 le font et 30 se donnent une limite de terme à sa pratique dont 58,8% jusqu'à la fin du premier trimestre. Par ailleurs, il n'y a pas de différence significative entre le nombre d'années de formation initiale et les connaissances sur les limites de la pratique du FCV pendant la grossesse. Nous pouvons penser que les SF ont une certaine réticence à réaliser le FCV notamment car celui-ci peut entraîner des saignements, mais aussi parce qu'elles jugent du caractère ininterprétable du FCV pendant la grossesse, or l'efficacité du test est comparable à

celle hors grossesse, avec une concordance cyto-histologique de l'ordre de 58% à 86% (20).

Cela montre que certaines sages-femmes ne suivent pas les recommandations en matière de dépistage pendant la grossesse, puisque rappelons que le CNGOF recommande la réalisation d'un FCV en anténatal lorsque la patiente n'en a jamais bénéficié ou lorsque celui-ci date de plus de trois ans (18).

Un quart des sages-femmes a déjà dépisté des dysplasies. Elles ont toutes orientées leurs patientes vers d'autres professionnels.

1.3 Évaluation des connaissances sur le FCV

Nous avons également voulu évaluer les connaissances sur la classification utilisée pour l'interprétation du FCV : il s'avère que 41 SF ne connaissent pas la classification de Bethesda, or celle-ci est recommandée depuis 2001 par la HAS et l'ANAES (15). De plus, parmi celles qui pratiquent des FCV, seules 36% connaissent cette classification. De même, il existe une relation significative entre l'année d'obtention du DE et les connaissances sur la classification utilisée : les SF diplômées avant 1985 et entre 1985 et 2003 ont respectivement répondu à 73,3% et 72,7% que la classification de Papanicolaou était celle utilisée aujourd'hui pour l'interprétation du FCV, ainsi que 31,6% des SF diplômées après 2003. Il paraît normal que les SF diplômées à partir de 2003 aient un meilleur taux de réponses puisque la recommandation de la classification de Bethesda est concomitante au début de leur formation qui doit donc être basée sur celle-ci. Par ailleurs, 21 SF rencontrent des difficultés d'interprétation, dont 10 par méconnaissance des termes employés.

En ce qui concerne les recommandations quant à la fréquence de réalisation du FCV, 66,3% des SF répondent que le premier doit être réalisé dans l'année qui suit le premier rapport sexuel, 28,1% dans les trois ans, et 5,6% répondent qu'il doit être effectué avant le premier rapport. La majorité des SF donne un intervalle de fréquence des FCV entre deux et trois ans. Rappelons qu'il est recommandé selon la HAS de réaliser un FCV à partir de 25 ans et jusqu'à 65 ans, tous les trois ans, après deux FCV normaux réalisés à un an d'intervalle chez les femmes asymptomatiques

ayant ou ayant eu une activité sexuelle (3). Les SF n'ont donc pas toutes connaissance de ces recommandations.

Notre première hypothèse qui stipule que les sages-femmes réalisent un FCV si indication et selon les recommandations est ainsi partiellement validée. En effet, la majorité des sages-femmes réalise un FCV si cela est nécessaire aussi bien pendant la grossesse qu'en post-partum, cependant les recommandations concernant la pratique du FCV ne sont respectées que par une minorité d'entre elles.

1.4 Évaluation de la formation sur le FCV

Concernant la formation, 2/3 des SF ont reçu une formation initiale sur le dépistage du cancer du col et donc sur le FCV, mais 21,7% n'ont reçu aucune formation. Parmi ces dernières, 25% ont eu le DE avant 1985, 29,8% entre 1985 et 2003 et 4% après 2003 : nous voyons donc qu'il existe une différence dans la formation des SF diplômées avant et après 2003 ce qui est en lien avec l'évolution des compétences. De plus, il existe un lien avec la formation continue et personnelle : 16 SF ont eu une formation continue dite personnelle dont neuf qui étaient diplômées avant 1985, quatre entre 1985 et 2003 et trois après 2003. Sept SF ont bénéficié d'une formation continue institutionnelle, dont trois ayant une durée de formation initiale de quatre ans, et deux une durée de trois et cinq ans. Ainsi les SF ayant eu une formation initiale de trois ans se sont plutôt formées seules, alors que celles de quatre ans se sont plutôt dirigées vers une formation continue institutionnelle. De plus, se sont en très grande majorité les SF libérales qui ont bénéficié de ces formations (entre 75% et 85,7%). Le cadre de ces formations n'a pas été recherché dans notre enquête.

Depuis le 1^{er} janvier 2012, le décret n°2011-2117 prévoit la participation des SF au développement professionnel continu (28). Ainsi les sages-femmes aussi bien libérales qu'hospitalières devront se former, notamment en ce qui concerne le suivi gynécologique de prévention, et donc sur la pratique du FCV et de ses recommandations, puisque la plupart des SF interrogées ne sont et ne se sentent pas assez formées.

1.5 État des lieux sur le suivi gynécologique

La loi HPST du 21 juillet 2009 (23) a permis d'élargir les compétences des SF en matière de suivi gynécologique de prévention, et la totalité des SF a eu connaissance de cette loi.

Plus de 90% d'entre elles pensent que ces nouvelles compétences ont un lien direct avec la profession de sage-femme, et rajoutent que cela peut permettre d'effectuer un accompagnement global de la femme tout au long de sa vie dite "génitale", mais aussi de limiter les inégalités d'accès aux soins. Cela permettrait également de palier le manque de gynécologues.

En effet la HAS précise qu'il existe de fortes inégalités territoriales dans la pratique du FCV en France sûrement dû à la variabilité de la densité des gynécologues et au niveau socio-économique entre les différentes régions (3) : pour assurer une couverture suffisante il faudrait trois gynécologues pour 10 000 femmes de 25 à 65 ans, or ce seuil n'est pas atteint pour au moins 19 départements (3). Selon la DREES, le nombre de gynécologues-obstétriciens devrait diminuer de 6% entre 2010 et 2020 alors que l'effectif des sages-femmes a augmenté de 3% par an entre 1990 et 2010, et qu'il existe en moyenne 24 SF libérales et 75 SF hospitalières pour 100 000 femmes (46,47). Ainsi la HAS encourage les sages-femmes à s'impliquer dans la prévention et le dépistage, argumentant que le suivi de grossesse et le post-partum sont des périodes favorables à cette sensibilisation (3).

Les sages-femmes soulignent également le fait qu'elles jouent un rôle important dans la prévention et dans l'accompagnement des femmes. Cependant sept disent que ces nouvelles compétences s'éloignent de leur domaine principal qui est le suivi obstétrical.

Une très grande partie estime que ces compétences peuvent être applicables au sein de la profession, cependant elles émettent plusieurs réserves dont les problèmes de formation, de rémunération et de budget.

Nous avons ainsi souhaité évaluer leurs pratiques actuelles quant au suivi gynécologique, et il s'avère que seulement 18,5% des SF ne pratiquent aucune activité liée à la gynécologie et que 12% les pratiquent toutes. Il est à noter que 77,2% d'entre elles pratiquent déjà une activité liée à la contraception, et 48,9% à la

prévention des pathologies gynécologiques. Selon une enquête réalisée en 2010 par le CIR2 sur 1731 SF, 81,8% réalisent des FCV (48), ce qui est plus important que dans notre population, 8,5% pratiquent déjà le suivi gynécologique de prévention, et 67,8% exercent dans le domaine de la contraception. Nous pouvons donc voir que notre population n'est pas représentative de la population générale, notamment dû à la différence d'échelle de population entre notre enquête et celle du CIR2 où la population étudiée était déjà plus importante.

Cependant 81,5% des sages-femmes pensent ne pas être assez formées, notamment dans les domaines de la prévention des pathologies gynécologiques (60%), de la contraception et de la conduite d'une consultation de gynécologie (respectivement 34,7% et 33,3%) et 16% se disent pas assez formées dans l'ensemble.

1.6 Évaluation de la formation des étudiants sages-femmes

Afin d'évaluer les connaissances et pratiques des ESF, nous avons volontairement choisi d'interroger les étudiants de dernière année du cursus des études de sage-femme, et ce à quelques mois du Diplôme d'État. L'étude a été réalisée seulement au sein des quatre écoles d'Île-de-France, ce qui est peu représentatif de la population générale.

Parmi les ESF, 84,6% ont reçu une formation théorique sur le dépistage du cancer du col, et seulement 13 (16,7%) ont reçu une formation à la fois théorique et pratique.

Concernant les connaissances théoriques, 28,2% pensent que le FCV peut être réalisé pendant toute la grossesse, et 70,5% donnent une limite de terme. De plus, 66,7% répondent que le premier doit être réalisé dans l'année qui suit le premier rapport sexuel. Il est à noter que les ESF bénéficiaient d'un item supplémentaire sur la date du premier FCV : la réalisation de celui-ci à partir de 25 ans, et 37,2% l'ont proposé. La majorité donne un intervalle de fréquence des FCV entre deux et trois ans, et concernant la date du deuxième FCV, ils hésitaient entre un an ou deux ans après le premier (respectivement à 39,7% et 37,2%). Ainsi les

ESF n'ont pas les connaissances théoriques en accord avec les recommandations actuelles.

En pratique, nous pouvons observer que les ESF paraissent plus attentifs aux antécédents gynécologiques puisque la totalité demande lors de leurs stages si un suivi régulier est réalisé, un seul ne demande pas la date du dernier FCV et 84,6% demandent à le voir. De plus, 90% réalisent un FCV lors du suivi de grossesse si cela est nécessaire et cela a principalement été enseigné au sein de stages en consultations prénatales, au planning familial mais aussi lors de consultations avec des gynécologues. Cependant nous ne savons pas s'il existait des stages entièrement dédiés aux consultations gynécologiques. Il est important de rappeler qu'en stages les étudiants sont sous la responsabilité et l'encadrement de la sage-femme qui décide ou non de réaliser le FCV par exemple. Parmi les ESF ne réalisant pas de FCV, le principal argument est le fait que les grossesses soient suivies tardivement à l'hôpital (or le FCV peut être réalisé pendant toute la grossesse), et seuls trois étudiants n'ont pas eu l'occasion de pratiquer un FCV au cours de leurs études, sans doute car cela n'était pas nécessaire.

Concernant le suivi gynécologique, plus de la moitié des ESF a pratiqué toutes les activités liées à la gynécologie, et un seul étudiant n'a pratiqué aucune de ces activités. Pourtant 82,1% ne se sentent pas assez formés notamment dans le déroulement d'une consultation (65,7%), et dans la prévention des pathologies (70,1%).

Par ailleurs, concernant la contraception, 47,4% déclarent ne pas être assez formés, et nous observons que les ESF ont une formation plus préférentiellement théorique que pratique quant à la pose de contraceptifs comme le DIU ou le diaphragme. Ainsi la formation initiale actuelle ne permet pas aux étudiants de se sentir suffisamment compétents pour réaliser le suivi gynécologique de prévention.

Notre deuxième hypothèse portant sur la formation suffisante des étudiants sages-femmes pour réaliser le suivi gynécologique de prévention est infirmée. Malgré le programme défini par l'arrêté du 11 décembre 2001 portant sur la formation théorique et clinique en gynécologie, les ESF possèdent des lacunes et ne se sentent pas assez formés pour pouvoir réaliser le suivi gynécologique de prévention une fois diplômés.

1.7 Besoins, attentes et réticences

Tout au long de cette étude, lors de la distribution des questionnaires et même par la suite, nous avons pu échanger avec les sages-femmes sur leurs connaissances, pratiques et principalement sur leur souhait de réaliser ou non le suivi gynécologique de prévention ce qui par ailleurs a suscité plusieurs débats.

Parmi les populations de SF et d'ESF, respectivement 85,9% et 87,2% pensent qu'il y a un intérêt à réaliser un FCV lors du suivi obstétrical.

Concernant le suivi gynécologique, les SF ont fait part de leurs besoins de formation : 73,1% d'entre elles souhaitent une formation continue pratique, 62,8% une formation continue théorique, et elles sont moins demandeuses d'une meilleure formation initiale à l'école de sages-femmes, sans doute parce qu'elles ne sont plus concernées par ce type de formation. Concernant les domaines qu'elles souhaitent approfondir, la prévention des pathologies gynécologiques est citée par 65,9% des SF, les autres domaines sont cités par plus de la moitié, et 21,6% demandent une formation dans toutes les activités liées à la gynécologie préventive. Les ESF demandent également une meilleure formation clinique (92,3%), notamment en ce qui concerne la prévention des pathologies (70,1%) et le déroulement de la consultation de gynécologie (65,7%). Selon l'enquête menée par le CIR2 (48), 80,6% des SF interrogées souhaitent une formation continue en contraception, et 77,1% une formation théorique en suivi gynécologique de prévention. De plus, 60% demandent une formation clinique en gynécologie pour mieux se former à la conduite de la consultation et aux examens. Dans cette enquête il a été également étudié le type et la structure de formation souhaitée : 58,1% souhaitent une formation à l'hôpital en interne, 32,6% à l'université (DU, DIU), 19,2% dans des cabinets de gynécologues libéraux et d'autres souhaitent être formées à travers les réseaux, associations et journées de formation via l'Ordre des sages-femmes (48).

Ainsi nous pouvons donc voir que les SF sont relativement demandeuses d'une formation continue, et que les ESF ne se sentent pas assez formés.

Nous avons également recueilli l'opinion des SF et ESF sur ces nouvelles compétences : respectivement, 90,2% et 100% considèrent qu'il y a un lien avec la profession de sage-femme, mais seulement 77,2% et 76,9% sont prêts à réaliser le

suivi gynécologique de prévention dans leur profession. En effet 59,8% des SF sont réticentes à cause d'un manque de formation (décrit également par les ESF) ; et comme le souligne l'enquête du CIR2, les SF sont méfiantes quant à l'impact de la formation sur la valorisation de ces nouvelles activités, et elles attendent la preuve que des places leur seront réservées pour pouvoir exercer dans ce domaine, d'autant plus que cela peut être une charge de travail supplémentaire (48). Seules quatre sages-femmes déclarent qu'il ne s'agit pas du rôle de la sage-femme. De plus, 42,4% craignent que les autres professionnels de santé comme les gynécologues et médecins généralistes émettent des réticences face à l'élargissement de ce champ de compétences.

Cependant, le suivi global de la femme et le rôle important de la sage-femme dans la prévention sont des arguments qui sont cités plusieurs fois aussi bien par les SF que les ESF pour la réalisation du suivi gynécologique. Sont cités également les attentes quant aux valorisations sociales et salariales, ce qui pour cette dernière est en voie d'amélioration puisque le 9 janvier 2012 une revalorisation des actes a été obtenue (36).

Par ailleurs, 37% craignent que les femmes ne soient pas assez informées sur ces compétences. Ainsi un mémoire de fin d'études de sage-femme réalisé en 2011 a montré une méconnaissance de certains aspects de la profession de sage-femme par les patientes : parmi les femmes interrogées, 77,7% savent que la profession a un caractère médical, 54,6% pensent que les sages-femmes peuvent prescrire un moyen de contraception durant toute la vie des femmes, mais elles ne sont que 13,1% à connaître l'existence de la loi HPST qui donne cette compétence aux sages-femmes (49). Par ailleurs, 60% des patientes expriment leur volonté de consulter une sage-femme plutôt qu'un médecin pour leur suivi gynécologique de prévention et la prescription de leur contraception. Parmi les femmes acceptant de consulter une sage-femme, la majorité décrit leurs qualités humaines et relationnelles ainsi que la durée de la consultation (49).

Au total, les sages-femmes décrivent un manque général de formation dans le domaine de la gynécologie, et réclament plus de connaissances théoriques et pratiques. Cependant elles sont déjà au cœur de la vie procréative des femmes pendant la grossesse et en post-partum, et la grande majorité souhaite pouvoir

exercer en pré-conceptionnel, et donc réaliser un suivi global de leurs patientes. **Ainsi, malgré l'insuffisance de formation, la sage-femme a un rôle primordial dans le suivi gynécologique de prévention dont la pratique du FCV : notre troisième hypothèse est donc validée.**

2.Critiques de l'étude

L'étude comporte plusieurs limites. Tout d'abord, les populations de sages-femmes et d'étudiants sages-femmes ne sont pas très importantes, et ne sont donc pas représentatives de la population générale. De plus, nous pouvons dire qu'il y a un biais de sélection par rapport aux sages-femmes questionnées, puisque pour les sages-femmes hospitalières, les questionnaires n'ont pas été remis uniquement à celles réalisant des consultations.

Concernant les questionnaires, les ESF ont bénéficié d'un item supplémentaire par rapport aux SF pour répondre à la question n°9 (n°18 pour les SF) sur l'âge de réalisation du premier FCV : « à partir de 25 ans » or c'était celui qui correspondait aux recommandations de la HAS.

Concernant les questions ouvertes, l'analyse a été difficile compte tenu des différentes réponses, notamment lorsqu'il était demandé d'argumenter.

Par ailleurs, nous pouvons penser qu'il y a un biais de mémorisation, principalement de la part des sages-femmes quant aux enseignements qu'elles ont pu bénéficier pendant leur formation initiale.

De plus, nous ne pouvons pas bien interpréter les réponses des étudiants sur leurs méthodes et pratiques puisque celles-ci sont réalisées en stage où les ESF ne sont pas seuls mais sous la responsabilité des sages-femmes qui ont des méthodes, techniques et habitudes différentes.

Il est à noter que dans les questionnaires il était inscrit "FCV", alors qu'il s'agit en réalité de "FCU". En effet le terme "FCU" n'est pas encore d'actualité dans les pratiques des sages-femmes, c'est pour cela que nous avons volontairement parlé de "FCV". Cependant, il est vrai que le fait d'énoncer "FCU" aurait pu avoir une influence sur les réponses des sages-femmes qui se seraient éventuellement plus questionnées sur le sujet.

Une des forces de cette étude est le taux de réponses qui est d'environ de 40% pour les SF et de 60% pour les ESF, et il y a également le taux assez faible de non réponses.

Le fait d'avoir interrogé trois populations différentes : sages-femmes libérales, sages-femmes hospitalières et étudiants sages-femmes constitue également une force de cette étude, puisque cela a permis de les comparer.

De plus, si nous considérons les retours de la part des sages-femmes lors de notre étude, ainsi que les échanges que nous avons pu avoir, nous remarquons que certaines d'entre elles ont trouvé le sujet d'actualité et intéressant, leur permettant ainsi de réactualiser leurs connaissances.

3.Propositions

L'analyse et la discussion de nos résultats nous permettent de dégager des axes de réflexion sur le dépistage du cancer du col de l'utérus et sur la formation et la place des sages-femmes vis-à-vis de ces nouvelles compétences créées par la loi du 21 juillet 2009.

En effet, il nous paraît important de promouvoir le rôle et la place de la sage-femme tout au long de la vie dite procréative de la femme d'autant plus qu'il existe des inégalités d'accès aux soins, notamment en ce qui concerne le dépistage du cancer du col.

Dans un premier temps il serait nécessaire d'approfondir la formation initiale actuelle des étudiants sages-femmes aussi bien sur la théorie que la pratique puisque cette dernière semble insuffisante pour pouvoir réaliser le suivi gynécologique de prévention. Par exemple, il serait intéressant de leur permettre de réaliser des stages en gynécologie pure, dont des consultations, ce qui d'ailleurs a souvent été demandé par les ESF interrogés lors de notre étude. De plus, il paraît primordial de faciliter l'accès des sages-femmes aux formations continues théoriques et pratiques sur la gynécologie préventive et la régulation des naissances, aussi bien en milieu universitaire avec la mise en place de DU et DIU, que par des journées de formation internes ou créées par des associations par exemple.

Par ailleurs, la mise en place de consultations pré-conceptionnelles réalisées par les sages-femmes permettrait aux patientes de débiter une grossesse dans les meilleures conditions et ainsi de bénéficier d'un suivi global. Cela permettrait aussi la réalisation par les SF du dépistage des pathologies gynécologiques, aussi bien le cancer du col que du sein.

En post-partum ce dépistage est également possible et survient également la question de la contraception, et donc la régulation des naissances : la sage-femme est donc un acteur principal de la planification familiale, non seulement en post-partum mais aussi à n'importe quel moment de la vie génitale de la femme, tant qu'elle reste exempte de complications. Ainsi il serait intéressant de permettre aux SF hospitalières de réaliser des consultations post-natales puisque pour le moment peu d'entre elles en réalisent. La sage-femme est donc en mesure d'effectuer le suivi gynécologique de prévention, et pour cela il serait nécessaire de lui permettre d'exercer ce type de suivi, notamment en milieu hospitalier.

Concernant le cancer du col, il nous paraît important de mettre en place un dépistage organisé comme le prévoit la HAS (13), où la sage-femme aurait donc un rôle majeur. Notamment il serait important que les sages-femmes prennent conscience de l'importance de vérifier lors des consultations obstétricales le résultat du dernier FCU, et que ce dernier soit présent systématiquement dans le dossier obstétrical.

Pour que ces compétences puissent être pratiquées par les sages-femmes, il est nécessaire de renforcer l'information faite aux femmes sur l'élargissement du champ de compétences des sages-femmes, et ainsi pour valoriser le secteur libéral. . Il paraît donc important de promouvoir le rôle de la sage-femme auprès de la population.

CONCLUSION

Le dépistage du cancer du col de l'utérus présente encore aujourd'hui en France de grandes inégalités. En effet, seulement la moitié des femmes âgées de 25 ans à 65 ans sont suffisamment dépistées.

Depuis le 21 juillet 2009, la sage-femme possède les compétences nécessaires sur le suivi gynécologique de prévention et donc est à même de réaliser le frottis cervico-utérin, et notre étude a permis de montrer qu'elles étaient plutôt favorables à pratiquer ce type de suivi. Cela nous permet de comprendre l'enjeu important de la sage-femme dans le domaine de la santé publique.

Cependant notre étude nous permet également de constater que les formations théoriques et pratiques ne semblent pas pleinement satisfaisantes dans leur objectif de préparation à la nouvelle pratique de la gynécologie, aussi bien pour les sages-femmes que les étudiants sages-femmes. Notre étude montre également qu'il existe des difficultés d'application, à la fois matérielles et théoriques, des recommandations actuelles concernant le dépistage du cancer du col pendant la grossesse. Ces connaissances et formations évolueront sûrement au vu de l'évolution de la profession et de l'élargissement des compétences avec le programme LMD des études de sage-femme.

Il serait donc intéressant de renouveler l'expérience dans quelques années afin de mettre à jour les connaissances de ces professionnels de la santé des femmes, que sont les sages-femmes.

Le suivi gynécologique, et plus particulièrement la régulation des naissances, nous permettent de nous poser la question de la place de la sage-femme dans la pratique de l'interruption volontaire de grossesse dans les années à venir.

L'un des enjeux du suivi gynécologique réalisé par les sages-femmes est de permettre le suivi global des patientes, afin de devenir « leur sage-femme » comme les gynécologues peuvent être « leur gynécologue ».

Bibliographie

1. Haut Conseil de la Santé Publique. *Avis relatif à la vaccination contre les infections à papillomavirus humains des jeunes filles âgées de 14 à 23 ans*. 2010.
2. MORICE P, CASTAIGNE D. *Cancer du col utérin*. Masson. 2005.
3. HAS. *État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col en France - Argumentaires*. Juillet 2010 [consulté le 14 septembre 2011] ; Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/argumentaire_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf
4. BLANC B. *Le dépistage du cancer du col de l'utérus*. Springer. 2005.
5. BLANC B. *Histoire naturelle du cancer du col de l'utérus*. Arnette. 1993.
6. BARRE S. *Note de cadrage - Stratégies de dépistage du cancer du col de l'utérus en France en 2009*. Avril 2009.
7. ANAES. *Évaluation de l'intérêt de la recherche des papilloma virus humains (HPV) dans le dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus*. Mai 2004.
8. Gompel C. *Dépistage du cancer du col utérin*. Maloine. 2005.
9. MONSONEGO J. *Traité des infections et pathologies génitales à papillomavirus*. Paris: Springer. 2007.
10. HAS. *Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France*. Juillet 2010 [consulté le 14 septembre 2011]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/fiche_de_synthese_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf
11. Haut Conseil de la Santé Publique. *Objectifs de santé publique, Évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004, Propositions*. 2010 [consulté le 4 janvier 2012]. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Haut_conseil_de_la_sante_publique_-_Objectifs_de_sante_publique.pdf
12. Ministère de la santé, Ministère de la recherche. *Mission Interministérielle pour la Lutte Contre le Cancer, Plan Cancer 2003 - 2007*. 2003.
13. BARRE S. Cancer du col de l'utérus : la HAS recommande un dépistage organisé au niveau national. *HAS Actualités & Pratiques*. Février 2011 ; (26). [Consulté le 5 janvier 2012]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1015771/cancer-du-col-de-luterus-la-has-recommande-un-depistage-organise-au-niveau-national

14. InVS. *Le calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2011 selon l'avis du haut Conseil de la Santé Publique*. Mars 2011.
15. ANAES. *Recommandations pour la pratique clinique - Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis-cervico utérin anormal*. Septembre 2002.
16. BODY G. *Cancer du col de l'utérus*. Elsevier. 2003.
17. Selleret L. Diagnostic et prise en charge des lésions précancéreuses du col utérin pendant la grossesse. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. Février 2008 ; 37 (1) : S131–S138.
18. MORICE P, NARDUCCI F, MATHEVET P, MARRET H, DARAI E, QUERLEU D. *Recommandations de la Société Française d'Oncologie Gynécologique, de la Société Française de Chirurgie Pelvienne et du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français sur la prise en charge des cancers invasifs du col utérin pendant la grossesse*. Décembre 2008.
19. Ministère de la Santé. Arrêté relatif à la proposition de réalisation d'un frottis cervico-utérin lors du premier examen prénatal. 2010.
20. CNGOF. *Recommandations pour la pratique clinique, Prévention du cancer du col de l'utérus. 31èmes Journées Nationales, Paris, 2007*. [consulté le 14 septembre 2011] ; Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/rpc_prev-K-col2007.pdf
21. IARC. *Colposcopie et Traitement des Néoplasies Cervicales Intraépithéliales : Manuel à l'usage des débutants*. Centre international de Recherche sur le Cancer, OMS. [consulté le 22 février 2012] ; Disponible sur : <http://screening.iarc.fr/colpochap.php?lang=2&chap=5>
22. Article L 2122-1 du Code de la Santé Publique, Deuxième partie : Santé de la famille, de la mère et de l'enfant, Livre Ier : Protection et promotion de la santé maternelle et infantile, Titre II : Actions de prévention concernant les futurs conjoints et parents, Chapitre 2 : Examens de prévention durant et après la grossesse, modifié par l'article 86 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009
23. Article L 4151-1 du Code de la Santé Publique, Quatrième partie : Professions de santé, Livre Ier : Professions médicales, Titre V : Profession de sage-femme, Chapitre Ier : Conditions d'exercice, modifié par l'article 38 de la Loi n°2011-814 du 7 juillet 2011
24. Article L 5134-1 du Code de la Santé Publique, Cinquième partie : Produits de santé, Livre Ier : Produits pharmaceutiques, Titre III : Autres produits et substances pharmaceutiques réglementés, Chapitre 4 : Contraceptif, modifié par les articles 86 et 87 de la Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009
25. Article L 5134-1 du Code de la Santé Publique, Cinquième partie : Produits de Santé, Livre Ier : Produits pharmaceutiques, Titre III : Autres produits et substances pharmaceutiques réglementés, Chapitre 4 : Contraceptifs, modifié par l'article 44 de la loi n°2011-2012 du 29 décembre 2011

26. Article R 4127-318 du Code de la Santé Publique, Quatrième partie : Professions de santé, Livre Ier : Professions médicales, Titre II : Organisation des professions médicales, Chapitre 7 : Déontologie, Section 3 : Code de déontologie des sages-femmes, Sous-section 1 : Devoirs généraux des sages-femmes, modifié par le décret n°2006-1268 du 17 octobre 2006
27. Article L 4153-1 du Code de la Santé Publique, Quatrième Partie : Professions de Santé, Livre Ier : Professions médicales, Titre V : Profession de sage-femme, Chapitre 3 : Développement professionnel continu, modifié par l'article 59 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009
28. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Décret n°2011-2117 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des sages-femmes. 2012.
29. INCa. *Modules de formation pour les professionnels* [consulté le 21 janvier 2012]. Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/formations-demographie/outils-de-formation>
30. CNOSF, CASSF. *Référentiel métier et compétences des sages-femmes*. janvier 2010
31. HAS. *Recommandations : Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées*. mai 2007.
32. Arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de disposition réglementaire. Apparu au Journal Officiel du 20 octobre 2011.
33. CNGOF. *Contenu minimum obligatoire d'un dossier de consultation en gynécologie*. Juin 2010.
34. ANAES, AFSSAPS, INPES. *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme - Recommandations pour la pratique clinique*. décembre 2004.
35. Ministère de la santé. Arrêté du 10 décembre 2007 portant approbation de la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les sages-femmes libérales et les caisses d'assurance maladie. Apparu au Journal Officiel n°0294 du 19 décembre 2007.
36. Les consultations et visites des sages-femmes revalorisées. Janvier 2012 [consulté le 22 janvier 2012] ; Disponible sur : <http://allopmi.fr/actualite/les-consultations-et-visites-des-sages-femmes-revalorisees-145.html>.
37. Décret du 9 janvier 1917 relatif au programme des études en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme.
38. Ministère de la santé publique. Arrêté du 14 juin 1944 fixant les programmes d'enseignement théorique et pratique et l'organisation des stages en vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme. Apparu au Journal Officiel du 27 juin 1944.

39. Ministère de la santé publique, Ministère de l'éducation nationale. Arrêté du 23 mai 1973 fixant le programme d'enseignement théorique et pratique et l'organisation des stages en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme. Apparu au Journal Officiel du 27 mai 1973.
40. Ministère de l'éducation nationale. Arrêté du 27 décembre 1985 relatif aux études de sage-femme. Apparu au Journal Officiel du 21 janvier 1986.
41. Ministère de la Santé, Ministère de l'éducation nationale. Arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sage-femme. Apparu au Journal Officiel n°294 du 19 décembre 2001.
42. Ministère de la santé, Ministère de l'éducation nationale. Arrêté du 13 novembre 2002 modifiant l'arrêté du 18 mars 1992 modifié relatif à l'organisation du premier cycle et de la première année du deuxième cycle des études médicales. Apparu au Journal Officiel n°292 du 15 décembre 2002.
43. Ministère de l'enseignement supérieur, Ministère de la santé. Arrêté du 28 octobre 2009 relatif à la première année commune aux études de santé. Apparu au Journal Officiel du 17 novembre 2009.
44. Ministère de la santé, Ministère de l'enseignement supérieur. Arrêté du 19 juillet 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques. 2011.
45. CNOSF. *Nombre de sages-femmes par département, données de 2010*. 2010 [consulté le 23 février 2012] ; Disponible sur : http://www.ordre-sagesfemmes.fr/NET/img/upload/1/1072_Nombredesagesfemmespardepartement-donnees2010.pdf
46. Cours des comptes. *Rôle des sages-femmes dans le système de soins*. Septembre 2011 [consulté le 14 septembre 2011] ; Disponible sur : http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/img/upload/2/1178_RapportCourdescomptes.pdf
47. ONDPS. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées. *Dossier Solidarité et Santé*. Février 2009 (12).
48. DUPOND C. Loi HPST : Contraception et suivi gynécologique de prévention. *Contact Sages-Femmes*. janvier 2011 ; (26) : p.4–8.
49. Maury M. *Nouvelles compétences en gynécologie et contraception : quels intérêts portés par les patientes, quels enjeux pour les sages-femmes ?* [Paris]: École de Sages-femmes Baudelocque Paris V; 2011. 89 p.
50. OMS, IARC. *Le système Bethesda 2001*. [consulté le 18 janvier 2012] ; Disponible sur : <http://screening.iarc.fr/atlasclassifbethesda.php?lang=2>

Annexes

Annexe I : Le système de Bethesda de 2001 (51)

Type de prélèvement

Préciser : frottis conventionnel (FC) ou préparation en milieu liquide (frottis en milieu liquide) ou autre méthode.

Qualité du prélèvement

- Satisfaisant (décrire la présence ou l'absence d'éléments de la zone de transformation ou glandulaires endocervicaux et de tout autre indicateur de qualité, tels que la présence de sang ou d'inflammation masquant partiellement les cellules, etc.)
- Non satisfaisant (préciser la raison)
- Échantillon rejeté, non technique (préciser la raison)
- Échantillon technique et interprété, mais insuffisant pour une évaluation des anomalies épithéliales, à cause de (préciser la raison)

Classification générale (optionnel)

- Absence de lésion intraépithéliale ou de malignité
- Autres : voir Interprétation/Résultats (par exemple: présence de cellules endométriales chez une femme de 40 ans ou plus)
- Présence d'anomalies des cellules épithéliales : voir Interprétation/Résultats (préciser malpighien ou glandulaire)

Interprétation/Résultat

Absence de lésion intraépithéliale ou de malignité,

En l'absence de lésion intraépithéliale ou de malignité il convient de le rapporter dans la section "classification générale" ci-dessous et/ou dans la présente section "Interprétation/Résultats". S'il y a lieu, préciser:

- *la présence de micro-organismes* : Trichomonas vaginalis ; Éléments mycéliens, par exemple évoquant le Candida ; Anomalies de la flore vaginale évoquant une vaginose bactérienne ; Bactéries de type Actinomyces ; Modifications cellulaires évoquant un Herpès simplex.
- *la présence d'autres modifications non néoplasiques* : modifications réactionnelles (inflammation, irradiation, ou présence d'un dispositif intra-utérin), présence de cellules glandulaires bénignes post-hystérectomie ; Atrophie.

Autres (liste non limitative)

- Cellules endométriales chez une femme âgée de 40 ans ou plus (préciser l'absence de lésion intraépithéliale ou de malignité)

Anomalies des cellules malpighiennes

- Atypies des cellules épithéliales (ASC) : De signification indéterminée (ASC-US) ; Ne permettant pas d'exclure une lésion malpighienne intraépithéliale de haut grade (ASC-H)
- Lésions malpighiennes intraépithéliales de bas grade (LSIL) (regroupant les lésions autrefois dénommées : lésions à HPV/condyrome, dysplasie légère, CIN1)
- Lésions malpighiennes intraépithéliales de haut grade (HSIL) (regroupant les lésions autrefois dénommées : dysplasies modérées et sévères, CIN2, CIN3 et CIS)
- Le cas échéant, présence d'éléments faisant suspecter un processus invasif (sans autre précision)
- Le carcinome malpighien

Anomalies des cellules glandulaires

- Atypies des cellules glandulaires (AGC) : endocervicales (sans autre indication (SAI) ou commenter), endométriales (SAI ou commenter) ou sans autre indication
- Atypies des cellules glandulaires en faveur d'une néoplasie : endocervicales ou sans autre indication
- Adénocarcinome endocervical in situ (AIS).
- Adénocarcinome : endocervical, endométrial, extra-utérin, SAI

Autres lésions malignes : (préciser)

Techniques complémentaires : Préciser si la recherche des HPV a été réalisée.

Examen automatisé : Préciser si l'examen est automatisé, avec quel système et donner les résultats.

Notes et recommandations (optionnel) : Concises, formulées en terme de suggestions et si possible accompagnées de références.

Annexe II : Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus par la HAS

Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus : 6 points clés

La HAS recommande la mise en place, au niveau national, d'un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus.

Celui-ci a fait la preuve de sa supériorité par rapport au dépistage individuel (ou spontané) en termes d'efficacité, d'efficience, ainsi que d'équité et d'égalité d'accès à la prévention. Le nouveau dispositif ne remet pas en cause le principe d'un frottis cervico-utérin (FCU) tous les trois ans. Il renforce le rôle de coordination du médecin traitant, le contrôle qualité des frottis et s'accompagne d'actions ciblées pour toucher les femmes peu ou pas dépistées.

1 Un dépistage qui continue de s'appuyer sur les acteurs traditionnels, au premier rang desquels les gynécologues, les médecins généralistes et les sages-femmes

Leur implication est indispensable en termes d'information et d'incitation au dépistage. Le rôle des médecins généralistes est essentiel pour les patientes ne bénéficiant pas d'un suivi gynécologique régulier et dans les territoires où l'offre de soins en gynécologie est particulièrement défavorable. La grossesse constitue un moment favorable pour la sensibilisation des femmes à la prévention et au dépistage.



2 Un médecin traitant qui coordonne le dépistage pour chacune de ses patientes



Son rôle :

- effectuer la synthèse des informations transmises par les professionnels de santé concernés, dans le respect des obligations déontologiques et légales ;
- sensibiliser les femmes à l'importance du dépistage du cancer du col de l'utérus et les inciter à y participer ;
- prescrire un test de dépistage ou réaliser lui-même le prélèvement ;
- s'assurer de la prise en charge de sa patiente en cas de test positif.

3 Un dépistage toujours fondé sur un FCU, tous les trois ans (après 2 FCU normaux réalisés à un an d'intervalle), pour toutes les femmes de 25 à 65 ans, vaccinées ou non

- des prélèvements réalisés par des professionnels spécifiquement formés dans des conditions garantissant leur qualité ;
- une implication plus forte des médecins généralistes par des actions de formation à la compréhension des freins, à la participation au dépistage et à la réalisation du FCU ;
- des incitations économiques pour les professionnels de santé réalisant les prélèvements.



4 La mise en place d'une démarche d'assurance qualité



Cette démarche concerne toutes les étapes du dépistage, depuis le prélèvement jusqu'à l'interprétation et le suivi des résultats. Elle s'appuie sur les référentiels européens et français. Elle implique en particulier la mise en place d'un contrôle de qualité interne et externe dans toutes les structures d'anatomo-cytopathologie.

5 Une rationalisation des moyens mis en œuvre

Le dépistage organisé s'appuie sur les acteurs de proximité et les dispositifs existants (réseaux et acteurs locaux, groupes qualité, programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins, ateliers santé ville, etc.).



6 Des actions complémentaires plus ciblées

Elles visent toutes les femmes qui ne participent pas actuellement au dépistage individuel du cancer du col de l'utérus, mais plus particulièrement les femmes de plus de 50 ans et les femmes socio-économiquement défavorisées. En Guyane, les modalités d'organisation du dépistage doivent être adaptées.



Annexe III : Référentiel métier

Situation 7

REALISER UNE CONSULTATION DE CONTRACEPTION ET DE SUIVI GYNECOLOGIQUE DE PREVENTION

Réaliser un diagnostic

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

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

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

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

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

Annexe IV : Questionnaire destiné aux sages-femmes

QUESTIONNAIRE

1) Travaillez-vous :

À l'hôpital ?

si oui : -dans une maternité de quel niveau ?

-dans quel(s) service(s) ? _____

En libéral ?

Autre : _____

2) Avez-vous déjà travaillé :

À l'hôpital ?

En libéral ?

Autre : _____

3) Quelle a été la durée de votre formation initiale de sage-femme ?

3 ans

4 ans

5 ans

Pendant le suivi obstétrical, lors de l'anamnèse de la patiente,

4) Demandez-vous systématiquement si un suivi gynécologique régulier est réalisé ?

Oui

Non

5) Demandez-vous la date du dernier FCV ?

Oui

Non

6) Demandez-vous à voir le résultat du dernier FCV ?

Oui

Non

7) Si oui, l'indiquez-vous dans le dossier ?

Oui

Non

8) Réalisez-vous un FCV lors du suivi obstétrical ?

Oui, systématiquement

Oui, selon le résultat et la date du dernier FCV

Non. Pourquoi ? _____

9) Si oui, quelle méthode utilisez-vous ?

- Sur lame
- En milieu liquidien

10) Combien de FCV avez-vous réalisé ces six derniers mois ?

- 0
- Entre 0 et 5
- Entre 5 et 10
- Plus de 10

11) Réaliser un FCV représente-t-il une contrainte ?

- Oui
- Non

12) Si oui, pourquoi ?

- Il nécessite du temps supplémentaire
- Il est difficile de réunir tout le matériel nécessaire
- Je n'aime pas réaliser ce geste
- Autre : _____

13) Quelle classification est habituellement utilisée pour l'interprétation du FCV ?

- Bethesda
- Papanicolaou

14) Si le FCV n'a pas été réalisé pendant la grossesse, le faites-vous lors de la consultation post-natale ?

- Oui, systématiquement
- Oui, si nécessaire
- Jamais
- Je ne réalise pas de consultation post-natale

15) Indiquez-vous l'état de grossesse et l'âge gestationnel sur le bon d'examen ?

- Oui
- Non

16) À quel(s) moment(s) réalisez-vous le FCV ?

- Jusqu'à la fin du 1^{er} trimestre
- Jusqu'à 18 SA
- Jusqu'à la fin du 2^{ème} trimestre
- Pendant toute la grossesse
- En post-partum

17) Selon vous, à quel(s) moment(s) le FCV peut-il être réalisé ?

- Jusqu'à la fin du 1^{er} trimestre
- Jusqu'à 18 SA
- Jusqu'à la fin du 2^{ème} trimestre
- Pendant toute la grossesse
- En post-partum

18) Selon vous, à quel moment de la vie doit être réalisé le premier FCV ?

- Avant le premier rapport sexuel
- Seulement après 18 ans
- Dans l'année qui suit le premier rapport sexuel
- Dans les 3 ans qui suivent le premier rapport sexuel

19) Selon vous, lors du suivi gynécologique, à quelle fréquence le FCV doit-il être réalisé (en dehors de toute pathologie) ?

- Tous les ans
- Tous les 2 ans
- Tous les 3 ans
- Tous les 5 ans

20) Selon vous, y-a-t-il un intérêt à réaliser ce dépistage pendant la grossesse ?

- Oui
- Non

21) Lors de vos pratiques, avez-vous déjà dépisté des dysplasies ?

- Oui
- Non

22) Si oui, comment et où avez-vous orientées ces patientes ?

23) Avez-vous déjà eu des difficultés pour interpréter des résultats ?

- Oui. Pourquoi ? -----
- Non

24) Quelle formation avez-vous reçue pour la pratique du FCV ?

- Aucune
- Formation initiale
- Formation continue
- Formation personnelle
- Autre : -----

25) Si oui, la(les)quelle(s) ?

- Clinique
- Théorie

26) Saviez-vous que la loi HPST de 2009 stipule que « 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 » ?

- Oui
- Non

27) Pensez-vous que les nouvelles compétences entrent en lien avec notre profession ?

- Oui
- Non
- Pourquoi ? _____

28) Pensez-vous que les nouvelles compétences sont applicables au sein de votre activité professionnelle ?

- Oui
- Non. Pourquoi ? _____

29) Pratiquez-vous déjà la ou les activités suivante(s) :

- Consultation de gynécologie
- Examen gynécologique
- Examen des seins
- Information et prescription de la contraception
- Prévention des pathologies gynécologiques (FCV, cancer du sein...)

30) Pensez-vous être suffisamment formé(e) pour pratiquer le suivi gynécologique de prévention (conduite de la consultation, examen gynécologique, examen des seins, contraception, prévention des pathologies gynécologiques)?

- Oui
- Non. Dans quel(s) domaine(s) ? _____

31) Si non, quel(s) type(s) de formation(s) souhaiteriez-vous ?

- Une meilleure formation initiale théorique
- Une meilleure formation initiale pratique
- Une formation continue théorique
- Une formation continue pratique

32) Sur quel(s) domaine(s) souhaiteriez-vous approfondir votre formation ?

- Consultation de gynécologie
- Examen gynécologique
- Examen des seins
- Information et prescription de la contraception
- Prévention des pathologies gynécologiques (FCV, cancer du sein...)

33) Quelles sont vos attentes face à ces nouvelles compétences ?

- Une formation adaptée
- Une valorisation de la profession auprès de la société
- Une valorisation des actes et donc des salaires
- Un meilleur suivi des femmes après leur(s) grossesse(s), voire avant (consultation pré-conceptionnelle)

34) Quelles sont vos réticences face à ces nouvelles compétences ?

- Le manque de formation
- Le manque d'information des femmes sur ces compétences
- Le manque d'enthousiasme des sages-femmes
- Les professionnels (médecins, gynécologues, sages-femmes) les considèrent comme ne faisant pas partie de la fonction de sage-femme

35) Pensez-vous que le suivi gynécologique de prévention a sa place dans la profession de sage-femme ?

- Oui
- Non

36) Pour terminer, seriez-vous prêt(e), dans l'exercice de votre profession, à réaliser le suivi gynécologique de prévention des femmes en âge de procréer ?

- Oui
- Non
- Pourquoi ? _____

Annexe V : Questionnaire destiné aux étudiants sages-femmes

QUESTIONNAIRE

Pendant le suivi obstétrical (lors de vos stages), lors de l'anamnèse de la patiente,

1) Demandez-vous systématiquement si un suivi gynécologique régulier est réalisé ?

- Oui
- Non

2) Demandez-vous la date du dernier frottis cervico-vaginal (FCV) ?

- Oui
- Non

3) Demandez-vous à voir le résultat du dernier FCV ?

- Oui
- Non

4) Si oui, l'indiquez-vous dans le dossier ?

- Oui
- Non

5) Réalisez-vous un FCV lors du suivi obstétrical ?

- Oui, systématiquement
- Oui, selon le résultat et la date du dernier FCV
- Non. Pourquoi ? _____

6) Avez-vous au cours de vos études pratiqué des FCV ?

- Oui
- Non

7) Si oui, lors de quel(s) stage(s) ?

- Consultations prénatales
- Consultations post-natales
- Planning familial
- Protection Maternelle et Infantile
- Autre(s) : _____

8) Selon vous, à quel(s) moment(s) le FCV peut-il être réalisé ?

- Jusqu'à la fin du 1^{er} trimestre
- Jusqu'à 18 SA
- Jusqu'à la fin du 2^{ème} trimestre

- Pendant toute la grossesse
- En post-partum

9) Selon vous, à quel moment de la vie doit être réalisé le premier FCV ?

- Avant le premier rapport sexuel
- Seulement après 18 ans
- Dans l'année qui suit le premier rapport sexuel
- Dans les 3 ans qui suivent le premier rapport sexuel
- À partir de 25 ans

10) Selon vous, quand doit être réalisé le deuxième FCV ?

11) Selon vous, lors du suivi gynécologique, à quelle fréquence le FCV doit-il être réalisé (en dehors de toute pathologie) ?

- Tous les ans
- Tous les 2 ans
- Tous les 3 ans
- Tous les 5 ans

12) Selon vous, y-a-t-il un intérêt à réaliser ce dépistage pendant la grossesse ?

- Oui
- Non

13) Quel(s) type(s) de formation avez-vous reçu pour le dépistage des dysplasies du col de l'utérus ?

- Aucune
- Formation théorique
- Formation pratique

La loi HPST de 2009 stipule que « 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 ».

14) Pensez-vous que les nouvelles compétences entrent en lien avec notre profession ?

- Oui
- Non
- Pourquoi ? -----

15) Avez-vous déjà pratiqué lors de vos stages la ou les activités suivante(s) :

- Consultation de gynécologie
- Examen gynécologique
- Examen des seins

- Information et prescription de la contraception
- Prévention des pathologies gynécologiques (FCV, cancer du sein...)
- Aucune

16) Pensez-vous être suffisamment formé(e) pour pratiquer le suivi gynécologique de prévention (conduite de la consultation, examen gynécologique, examen des seins, contraception, prévention des pathologies gynécologiques)?

- Oui
- Non

17) Si non, dans quel(s) domaine(s) cité(s) ci-dessous vous manquerait-il une formation ?

- Consultation de gynécologie
- Examen gynécologique
- Examen des seins
- Information et prescription de la contraception
- Prévention des pathologies gynécologiques (FCV, cancer du sein...)

18) Quel(s) type(s) de formation souhaiteriez-vous ?

- Clinique
- Théorique

Concernant la contraception,

19) Pensez-vous avoir la formation nécessaire pour prescrire une contraception, quelle qu'elle soit ?

- Oui
- Non

20) Avez-vous reçu une formation théorique pour la pose :

- D'un dispositif intra-utérin ?
- D'un implant contraceptif ?
- D'un anneau, cape vaginale ou diaphragme ?

21) Avez-vous eu l'occasion au cours de vos études de pratiquer la pose :

- D'un dispositif intra-utérin ?
- D'un implant contraceptif ?
- D'un anneau, cape vaginale ou diaphragme ?

22) Pour terminer, seriez-vous prêt(e), dans l'exercice de votre profession, à réaliser le suivi gynécologique de prévention des femmes en âge de procréer ?

- Oui
- Non
- Pourquoi ? _____

Résumé

Le frottis cervico-utérin peut être réalisé par la sage-femme, qui depuis la loi Hôpital Patients Santé Territoires du 21 juillet 2009, a vu son champ de compétences s'élargir au suivi gynécologique de prévention chez les femmes en bonne santé.

Une étude par questionnaires a été réalisée auprès de sages-femmes et d'étudiants sages-femmes, afin d'évaluer leurs connaissances et pratiques sur la réalisation du frottis cervico-utérin et sur le suivi gynécologique.

Il a été constaté que leurs connaissances et pratiques sur le dépistage du cancer du col ne semblent pas être en accord avec les recommandations actuelles, notamment lors de la grossesse. De même, la formation sur le suivi gynécologique, semble insuffisante.

Ainsi il est nécessaire d'approfondir la formation actuelle sur l'ensemble de la gynécologie préventive, afin de l'adapter au mieux à l'évolution de la profession, à laquelle les sages-femmes semblent satisfaites.

Mots-clés : tumeurs du col de l'utérus, frottis vaginal, profession de sage-femme, compétence professionnelle, techniques de diagnostic gynécologique et obstétrique, prévention et contrôle

Abstract

Cervical smear can be done by the midwife, who since the Hospital Patients Health Territories law of July 21st, 2009, saw her field of competences extended to gynecological monitoring for prevention among healthy women.

It has been realized a questionnaire-based study for midwives, and midwifery students, to assess their knowledge and practices on the realization of the cervical smear and gynecological monitoring.

It has been found that their knowledge and practices about the screening for cervical cancer don't seem to apply to current recommendations, especially during pregnancy. Moreover, training in gynecological follow-up, seems to be insufficient.

Thus, it's necessary to further the current training on the whole preventive gynecology, in order to best adapt to the evolution of the profession, to which midwives seem satisfied.

Keywords : uterine cervical neoplasms, vaginal smears, midwifery, professional competence, diagnostic techniques, obstetrical and gynecological, prevention & control