



HAL
open science

Les sages-femmes et le suivi gynécologique de prévention : état des lieux des pratiques. Étude menée auprès des sages-femmes de Seine-Maritime

Justine Vincent

► **To cite this version:**

Justine Vincent. Les sages-femmes et le suivi gynécologique de prévention : état des lieux des pratiques. Étude menée auprès des sages-femmes de Seine-Maritime. Gynécologie et obstétrique. 2013. dumas-00878885

HAL Id: dumas-00878885

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00878885v1>

Submitted on 31 Oct 2013

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.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

DEPARTEMENT DES ETUDES DE SAGE-FEMME

**LES SAGES-FEMMES ET LE SUIVI GYNECOLOGIQUE DE
PREVENTION : ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES**

Etude menée auprès des sages-femmes de Seine-Maritime

Mémoire présenté par

Mademoiselle Justine VINCENT

Née le 26 octobre 1989

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

PROMOTION 2013

Dans ce préambule, je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de mon mémoire :

Madame Le Guen, directrice et guidante de ce mémoire,
pour sa disponibilité, son aide précieuse et son écoute.

Toutes les sages-femmes qui ont pris le temps de répondre à mon questionnaire et de le commenter sans qui ce travail n'aurait pu exister.

La promotion 2013 pour tous les moments partagés.

Ma famille et mes amis pour leur soutien tout au long de mes études de sage-femme.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
REVUE DE LA LITTERATURE	2
1. SANTE PUBLIQUE : LA SANTE DES FEMMES EN FRANCE	2
1.1. Promotion de la santé	2
1.2. Consultation de suivi gynécologique de prévention.....	2
1.2.1. Contraception.....	3
1.2.2. L'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG).....	5
1.2.3. Les Infections Sexuellement Transmissibles (IST)	6
1.2.4. Epidémiologie des cancers chez la femme	7
2. L'OFFRE DE SOINS GYNECOLOGIQUE EN SEINE-MARITIME	9
2.1. Les structures médicales	9
2.1.1. Maternités et consultations gynécologiques	9
2.1.2. Centre de planification et d'IVG.....	10
2.1.3. Centre périnatal de proximité	10
2.2. Les professionnels médicaux	11
2.2.1. Numerus clausus	11
2.2.2. Formation des médecins	12
2.2.3. Les effectifs et la répartition géographique des professionnels médicaux en Seine-Maritime	12
3. LES COMPETENCES DES SAGES-FEMMES	14
3.1. Définition de la profession.....	14
3.1.1. Code de la Santé Publique	14
3.1.2. Les évolutions de la formation initiale	14
3.1.3. Les perspectives pour l'avenir	15

3.2. Les compétences des sages-femmes en gynécologie	15
3.2.1. La réglementation	16
3.2.2. Formation en gynécologie	17
ENQUETE	20
1. OBJECTIFS DE L'ETUDE	20
2. MOYENS DE L'ETUDE	20
2.1. Population étudiée	20
2.2. Distribution des questionnaires.....	21
2.3. Difficultés rencontrées	22
2.4. Présentation du questionnaire	23
2.5. Tests statistiques utilisés	25
3. RESULTATS	26
3.1. Partie 1 : quelle sage-femme êtes-vous ?	26
3.1.1. Le profil des sages-femmes (questions 1, 2 et 3).....	26
3.1.2. Les formations en gynécologie et/ou contraception (questions 4, 6 et 5)	28
3.1.3. Le mode d'exercice (question 7).....	30
3.1.4. Existence de consultations de suivi gynécologique dans les structures fréquentées depuis 2009 (question 8)	31
3.2. Partie 2 : les sages-femmes et leur formation initiale en gynécologie	32
3.2.1. La gynécologie parmi les enseignements théoriques (questions 9 et 10).....	32
3.2.2. La gynécologie parmi les enseignements pratiques (questions 11 et 12)	33
3.3. Partie 3 : les sages-femmes et leurs nouvelles compétences en gynécologie	35
3.3.1. D'après la loi HPST (question 13).....	35
3.3.2. D'après le référentiel métier (question 14).....	35

3.4. Partie 4 : vos pratiques actuelles en suivi gynécologique de prévention ...	36
3.4.1. La pratique de consultations de suivi gynécologique de prévention	36
3.4.2. La non pratique des consultations de suivi gynécologique de prévention ...	44

DISCUSSION	49
-------------------------	----

CONCLUSION	59
-------------------------	----

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

INTRODUCTION

La santé des femmes est un problème de santé publique à l'heure actuelle en France. Il est donc nécessaire d'établir un suivi médical et notamment une prévention en gynécologie. Dans chaque région, des projets d'actions médicales et sociales sont créés par les Agences Régionales de Santé (ARS) pour répondre à cette problématique. L'ARS de Haute-Normandie a donc élaboré un Plan Régional de Santé (PRS) pour 2012/2017(45), avec plusieurs priorités. L'une de ces priorités concerne le domaine de la périnatalité avec le renforcement de l'accès aux soins, la garantie de soins de qualité et la prévention des grossesses non désirées. Ce plan insiste sur l'importance d'orienter les femmes en consultations de contraception et en suivi gynécologique de prévention. Pour cela, une réponse en termes d'offre de soins est indispensable avec des professionnels de santé qualifiés. Sur le plan réglementaire et du point de vue de leur formation, les sages-femmes possèdent les compétences pour participer à des soins de prévention primaire en gynécologie.

Notre questionnement en tant que future sage-femme est de comprendre quelle est la place des sages-femmes au sein de ce domaine, presque quatre ans après l'acquisition de ces compétences ?

Nous avons tout d'abord réalisé une revue de la littérature selon trois grands axes. Nous avons commencé dans un premier temps, par définir la notion de promotion de la santé et dans un second temps, dans une dimension de santé publique le profil de l'état de santé de la femme en France. Puis, nous avons établi l'offre de soins dans le domaine de la gynécologie existante en Seine-Maritime. Enfin, nous avons rappelé les compétences des sages-femmes dans ce domaine nous appuyant largement sur la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST).

Ensuite, nous avons enquêté auprès des sages-femmes libérales, territoriales et hospitalières (structures publiques et privées) seinomarines par le biais d'un questionnaire anonyme. La méthodologie et les résultats de cette enquête seront exposés dans la deuxième partie de notre travail.

Enfin, nous discuterons dans la dernière partie des résultats obtenus et nous essayerons de mettre en valeur les perspectives d'avenir que ce travail nous a permis d'entrevoir.

REVUE DE LA LITTERATURE

1. SANTE PUBLIQUE : LA SANTE DES FEMMES EN FRANCE

1.1. Promotion de la santé

La promotion pour la santé est le « processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci ». Ce terme a été élaboré durant la première conférence internationale pour la promotion de la santé en 1986 au Canada dans la charte d'Ottawa(33). L'objectif général de cette charte était d'accorder l'égalité en matière de santé pour tous les citoyens. Cette conférence était essentiellement axée sur les besoins des pays industrialisés. Des conditions préalables à la promotion de la santé ont été établies : « paix, abri, nourriture et revenus ». La santé était considérée comme un « concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques ». La promotion de la santé ne relève donc pas uniquement du secteur sanitaire(64).

La santé des femmes et en particulier pendant leur grossesse constitue une préoccupation importante pour les sages-femmes. La sage-femme était déjà très impliquée dans le domaine de la prévention aussi bien en obstétrique qu'en pédiatrie. Les dimensions psychologique et sociale sont également présentes puisqu'elle est très attentive aux confidences des femmes. Depuis l'acquisition de nouvelles compétences dans le domaine de la gynécologie, la sage-femme peut également développer des actions de promotion de la santé pendant toute la vie des femmes.

1.2. Consultation de suivi gynécologique de prévention

Contrairement au suivi de grossesse, le suivi gynécologique n'est pas soumis à des obligations mais il est fortement conseillé d'avoir un suivi annuel auquel les sages-femmes peuvent maintenant participer au même titre que les médecins (gynécologues ou généralistes). Les sages-femmes ont depuis quatre ans la possibilité de promouvoir la santé des femmes en réalisant ce type de consultation et en adressant leurs patientes en cas de pathologie à un médecin(27) (20).

Durant ces consultations, plusieurs thèmes sont abordés et notamment la contraception, le dépistage des maladies sexuellement transmissibles et la prévention des cancers gynécologiques.

1.2.1. Contraception

Dans le monde, « une femme meurt toutes les huit minutes d'un avortement clandestin faute d'accès simple à un moyen de contraception ou à une interruption de grossesse dans des conditions optimales » selon le Planning Familial(65). L'accès à un moyen contraceptif est donc une priorité dont dépend la santé de toutes les femmes.

D'un point de vue national, l'enquête « Contexte de la Sexualité en France » menée par l'Institut National des Etudes Démographiques (INED) et l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) en 2006 a montré que « l'âge médian au premier rapport sexuel était de 17,2 ans pour les hommes et de 17,6 ans pour les femmes ». En parallèle, la « première maternité intervient à 28 ans ». On peut constater que l'écart est d'environ dix années entre le premier rapport sexuel et l'âge auquel les femmes ont leur premier enfant. Cet écart était de cinq ans en 1975. Il existe donc une période où la contraception est indispensable lors du début de la vie sexuelle.

➤ Communication autour de la contraception

La communication peut se faire au moment des consultations de contraception en intégrant des informations sur la sexualité à ces consultations. En France, il existe des associations comme le Planning Familial ou l'Association Française des Centres de Consultation (AFCC) qui organisent des journées d'information avec pour public cible les adolescentes. Malgré la présence de ces associations, l'accès des adolescentes à une information de qualité sur la contraception reste problématique. Or, comme le souligne l'UNICEF, « plus une société est disposée à prendre acte du caractère inéluctable de la sexualité des jeunes, plus elle est en mesure de mettre en œuvre des politiques de prévention efficaces »(11). Pourtant si l'on compare les chiffres : 91,2% des 15/19 ans possèdent une contraception contre 92,9% des 20/24 ans(18). L'écart n'est donc pas significatif. Il existe ici un paradoxe entre l'accès à l'information et l'accès aux contraceptifs eux-mêmes.

Dans chaque région, il existe un Observatoire Régional de Santé (ORS). C'est un organisme qui participe à l'élaboration d'études statistiques, de santé publique et d'épidémiologie. Il est spécifique et permet d'affiner les politiques régionales de santé publique. L'ORS a réalisé en 2009 une étude intitulée « Contraception et IVG chez les jeunes de 15/18 ans » en Haute-Normandie. Cette étude a montré que les

méconnaissances et les idées reçues perduraient chez les jeunes alors qu'ils se disent bien informés sur la contraception. Devant ce constat et dans le cadre du Projet Régional de Santé de 2012/2017 de l'ARS(45), des actions ont été mises en place dans le département de l'Eure et devrait être étendues à la Seine-Maritime. Une formation « éducation, sexualité et contraception » a été mise en place pour tous les professionnels en contact avec les jeunes. Un concours d'affiches sur le thème « ma contraception, ma pharmacie » a été proposé aux jeunes du département de l'Eure en partenariat avec les pharmaciens. Une communication a été faite dans les établissements scolaires et les plannings familiaux autour de la journée mondiale de la contraception le 26 septembre 2012.

Par ailleurs, en Ile-de-France il a été observé une recrudescence du nombre d'IVG chez les mineures. Les pouvoirs publics ont alors créé un « Pass Santé Contraception »(51). Ce dispositif s'adresse aux élèves inscrits en classe de seconde ou de niveau équivalent. Il est valable pour les jeunes filles mais également pour les garçons. Ce pass permet d'accéder gratuitement et anonymement à une consultation auprès d'un médecin généraliste, un gynécologue, une sage-femme ou dans un centre de planification. Il comprend un coupon pour des analyses médicales en laboratoire ainsi qu'un coupon pour la délivrance de tous contraceptifs pendant trois mois par les pharmacies ou les centres de planification. Le lancement de ce pass a été effectué en avril 2011. La réussite de ce dispositif a permis l'exportation dans plusieurs autres départements notamment en Languedoc-Roussillon, Poitou-Charentes, Rhône-Alpes et en Champagne-Ardenne(48)... Un projet similaire en Haute-Normandie avait été lancé mais celui-ci n'a pas abouti(9).

Malgré l'information apportée sur les moyens contraceptifs, la contraception d'urgence est nécessaire et doit être abordée lors de ces consultations.

➤ Contraception d'urgence

Les recommandations concernant les méthodes contraceptives chez la femme de 2004(34) stipulent que : « toute femme doit être informée de la possibilité de recourir à une méthode de contraception d'urgence lors d'un rapport non protégé ou d'un défaut d'observance de sa méthode contraceptive » ainsi que de « son efficacité et les modalités pour sa délivrance ».

Par ailleurs, il est important de savoir que la « délivrance de la contraception d'urgence en pharmacie est libre et n'est donc pas soumise à prescription médicale » (73).

Malgré cette possibilité de rattrapage, dans certains cas le recours à l'IVG est inévitable.

1.2.2. L'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)

A l'heure actuelle, parmi les 27 membres de l'Union Européenne, l'IVG n'est totalement interdite qu'à Malte. Pour la Pologne, l'Irlande et Chypre, la législation impose des conditions quant à l'acceptation de la demande d'IVG. En France, l'IVG a été dépenalisée en 1975 par la loi Veil(74). 225 000 IVG ont été réalisés en 2010. Ce chiffre est pratiquement stable depuis 2006. Le taux de recours à l'IVG est le plus élevé parmi les femmes de 20 à 24 ans. Des écarts régionaux au niveau du taux de recours à l'IVG existent. Ce taux est plus élevé dans les départements d'Outre-mer, en Île-de-France et dans le sud de la France(25).

Il y a un paradoxe marquant : le taux d'IVG ne décroît pas alors que le taux de couverture contraceptive augmente. D'après l'enquête de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) sur les femmes ayant eu recours à l'IVG en 2007, « 2 IVG sur 3 concernaient une femme utilisant une méthode contraceptive, avec un échec dû à un oubli ou un accident ». Il y a un écart entre l'efficacité contraceptive théorique et réelle. Le choix d'un contraceptif est un droit que chaque femme peut revendiquer. Les professionnels de santé doivent apporter une information aux patientes afin que leurs choix soient libres et éclairés. Le gouvernement en partenariat avec l'INPES a créé un support électronique (choisir sa contraception) destiné au grand public afin d'apporter des informations sur la contraception.

1.2.3. Les Infections Sexuellement Transmissibles (IST)

Les consultations de suivi gynécologique de prévention ont notamment pour but d'apporter une prévention par rapport aux IST.

En France, le nombre de personnes séropositives au Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) a été évalué à environ 144 000 en 2008, dont 31 000 personnes sont au stade SIDA(72).

Le nombre de nouvelles contaminations en 2009 par ce virus est estimé à presque 7 000, dont la moitié en Ile de France. Ces contaminations sont majoritairement dues à un contact sexuel.

On pense que 15 000 à 30 000 personnes seraient infectées sans le savoir(7).

Le gouvernement a mis en place en 2010 le 5^{ème} plan de lutte contre le VIH, le SIDA et autres IST(68). Ce plan est le principal outil de lutte contre les infections. Il est dirigé par les pouvoirs publics en partenariat avec les professionnels de santé, les associations... Les principaux axes de ce plan sont l'information et le dépistage.

Il n'existe pas de déclaration obligatoire pour les IST en dehors du VIH et de l'hépatite B. Cependant des réseaux sentinelles de médecins existent, ce qui renseigne sur les tendances de certaines infections de manière non exhaustive.

Depuis quelques années, la tendance générale est à la hausse avec un nombre de personnes atteintes plus élevé toutes IST confondues(22). L'infection à Chlamydiae trachomatis est l'infection la plus fréquente chez les femmes de 18 à 24 ans. Les infections à papillomavirus sont également très fréquentes chez les femmes jeunes et régressent le plus souvent spontanément.

Des réflexions ont été menées quant à la pertinence et à la possibilité de rapprocher les campagnes de prévention des IST et d'information sur la contraception : un message 2 en 1 !

Des campagnes de communication ont été fusionnées dans certains pays européens(19). Ainsi, aux Pays-Bas : les adolescents sont incités à utiliser une double protection (préservatif et contraception hormonale), d'où l'expression du "double Dutch". 71 % des Néerlandais de 15/19 ans interrogés déclarent adopter cette méthode contre seulement 33% des Français du même âge. Cette pratique peut expliquer le faible taux de grossesse chez les jeunes filles Néerlandaises de 15/19 ans.

Une autre stratégie d'information a été mise en place en Espagne par le biais de la campagne « Póntelo, pónselo » (« mets-le et mets-le lui ») à partir des années 1990.

L'implication des jeunes filles, à travers le jeu dans l'utilisation du préservatif, a permis d'augmenter son usage. 70 % des 15-19 ans interrogés y ont recours régulièrement comme moyen de contraception. Cependant d'après les enquêtes des associations et des pouvoirs publics cette utilisation reste aléatoire.

Il est regrettable qu'en France ce type de stratégie d'information sur la double protection soit assez peu développé.

1.2.4. Epidémiologie des cancers chez la femme

En Haute-Normandie, bien que les maladies de l'appareil circulatoire soient les premières responsables de décès chez les femmes (31% des décès), le taux de décès par cancer se classe juste derrière. En effet, il est au 2^{ème} rang en termes de mortalité et atteint 25% tout cancer confondu(49).

La sage-femme joue un rôle dans la prévention des cancers du sein et du col de l'utérus. Les dépistages pour ces deux cancers font partie de son champ de compétence. Nous allons donc détailler uniquement les données épidémiologiques pour ceux-ci.

➤ Cancer du sein

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), environ 52 500 nouveaux cas de cancer du sein ont été recensés en 2010 en France(37). C'est le cancer le plus fréquent chez la femme et c'est également la première cause de mortalité par cancer. En effet 11 600 décès ont été recensés en 2008. En France, un dépistage organisé existe pour toutes les femmes de 50 à 74 ans. En Seine-Maritime, l'Association EMMA organise le dépistage de plusieurs cancers dont celui du sein depuis 2003(52).

Des campagnes d'information et de promotion de la santé sont faites. Malgré cela le taux de participation n'est que de l'ordre de 52% en 2009/2010. C'est pourquoi le gouvernement a mis en place un « plan cancer 2013 » afin d'augmenter ce taux de participation à 65% et dépister un maximum de femmes.

➤ Cancer du col de l'utérus

Selon la HAS, 3 000 nouveaux cas de cancer invasif du col de l'utérus sont diagnostiqués chaque année. On recense 1 000 décès chaque année pour ce cancer(36).

La prévention du cancer du col de l'utérus comprend : la vaccination, qui vise à éviter l'infection à certains des virus Human Papilloma Virus (HPV) à l'origine de ce cancer et le dépistage qui permet de détecter les lésions précancéreuses et cancéreuses existantes.

D'une part, la prévention primaire correspond à la vaccination dès 14 ans contre l'HPV. Cette vaccination existe depuis 2006. Les dernières recommandations vaccinales précisées dans le guide des vaccinations de 2012 sont les suivantes(54) :

- la vaccination des jeunes filles de 14 ans, avant qu'elles ne soient exposées au risque de l'infection HPV.
- la vaccination de rattrapage proposée aux jeunes filles et jeunes femmes de 15 à 23 ans qui n'auraient pas eu de rapports sexuels ou, au plus tard, dans l'année suivant le début de la vie sexuelle.

La sage-femme peut participer activement à cette prévention. En effet, ce vaccin fait partie de la liste des médicaments autorisés aux sages-femmes pour leur prescription auprès des femmes selon le Journal Officiel (JO) du 4 février 2013(58).

D'autre part le dépistage est individuel et repose sur l'initiative du médecin ou de la sage-femme. Il est obtenu par la réalisation d'un frottis cervico-vaginal selon les recommandations de bonnes pratiques. On recense 17,5 millions de femmes de 25 à 65 ans concernées par ce dépistage. Le problème se pose au niveau de la proportion de femmes bien dépistées. Seulement 10 % d'entre-elles bénéficient d'un dépistage dans l'intervalle recommandé. On sait que le dépistage organisé a fait ses preuves 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. L'implication des professionnels de santé (médecins généralistes, gynécologues et sages-femmes) est plus que nécessaire en termes d'information et d'incitation au dépistage.

La santé des femmes est un problème de santé publique. Il est donc important d'instaurer un suivi médical rigoureux comprenant une prévention gynécologique. Mais l'offre de soins est-elle adaptée aux besoins de la population en Seine-Maritime ?

2. L'OFFRE DE SOINS GYNECOLOGIQUE EN SEINE-MARITIME

2.1. Les structures médicales

2.1.1. Maternités et consultations gynécologiques

Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) de Haute-Normandie est entre autres responsable de la mise en place d'une organisation sanitaire qui garantit l'égalité d'accès à des soins de qualité pour tous les haut-normands. En ce qui concerne la périnatalité il s'agit de faciliter l'accès aux maternités pour toute la population par un réseau gradué en intensité de soins. Il en est de même pour les consultations gynécologiques.

Le Projet Régional de Santé de 2012-2017 de l'ARS(45) met l'accent sur le travail en réseau avec les maternités de niveaux I et II et en cas de complications avec les maternités de niveau III ainsi que des transferts entre maternités.

Il y a sept maternités publiques et trois maternités privées en Seine-Maritime(67). Elles sont organisées en différents niveaux et sont réparties de façon harmonieuse selon les bassins de naissance. Au sein de chacune d'entres-elles, des consultations obstétricales et gynécologiques sont proposées.

La répartition des maternités du département est la suivante :

	Maternités publiques	Maternités privées
Niveau 1	<ul style="list-style-type: none">• CHI Caux Vallée de Seine (site de <u>Lillebonne</u>)	<ul style="list-style-type: none">• Clinique des Aubépines (site de <u>Saint-Aubin-sur-Scie</u>)• Hôpital Privé de l'Estuaire (site du <u>Havre</u>)
Niveau 2	<ul style="list-style-type: none">• CH de Dieppe (site de <u>Dieppe</u>)• CHI Louviers Val-de-Reuil (site d'<u>Elbeuf</u>)• CHI du Pays des Hautes Falaises (site de <u>Fécamp</u>)• CH du Belvédère (site de <u>Mont-Saint-Aignan</u>)	<ul style="list-style-type: none">• Clinique Mathilde (site de <u>Rouen</u>)
Niveau 3	<ul style="list-style-type: none">• GH du Havre, hôpital Monod (site de <u>Montivilliers</u>)• CHU de <u>Rouen</u>	

2.1.2. Centre de planification et d'IVG

Les centres de planification sont des lieux de proximité, ouverts à tous. Ils assurent des consultations de contraception, des actions de prévention concernant les IST ainsi que des entretiens pré-IVG. Les IVG médicamenteuses peuvent être réalisés en leur sein. Des médecins, sages-femmes et conseillères conjugales sont présents pour informer et conseiller à l'intérieur de ces structures(69). En Seine-Maritime, 34 centres existent, répartis de façon homogène sur le département(66).

Dans le département, il existe différents établissements où l'interruption volontaire de grossesse chirurgicale est accessible.

Au total on compte 10 centres(53) :

- CH de Dieppe
- CHI de Fécamp
- CHI de Lillebonne
- clinique Mathilde
- clinique des Ormeaux
- clinique des Aubépines
- CHI d'Elbeuf
- CH du Belvédère
- GH du Havre Jacques Monod
- CHU Charles Nicolle

La répartition est quasi similaire à celle des maternités, elle est homogène dans le département et permet de satisfaire à la demande.

2.1.3. Centre périnatal de proximité

Les centres périnataux de proximité (CPP) ont été définis selon l'article R6123-50 du Code de la Santé publique(32). Les maternités n'ayant pas reçu l'autorisation de pratiquer l'obstétrique (moins de 300 accouchements par an) peuvent néanmoins assurer des consultations pré et post natales et des cours de préparation à la naissance et à la parentalité. C'est en mars 2010 que ces centres ont été créés. En Seine-Maritime, aucun centre n'existe. Cependant il en existe trois dans le département de l'Eure. Il ne faut pas

les négliger et les introduire dans le réseau de soins en respectant la politique du projet de santé(45).

2.2. Les professionnels médicaux

Dans le domaine du suivi gynécologique, les professionnels de choix vers lesquels les femmes peuvent avoir recours sont les médecins généralistes, les gynécologues et les sages-femmes.

2.2.1. Numerus clausus

Pour la filière médicale, le numerus clausus est le nombre d'étudiants admis dans le cursus médecine, pharmacie, dentaire, sage-femme. Ce quota est fixé par arrêté du ministère de la santé.

Pour les médecins, le numerus a beaucoup augmenté durant ces dernières années. En huit ans, il a été augmenté de 5550 à 7500 places entre les années universitaires 2003-2004 et 2011-2012.

C'est en décembre 2011 que le ministre de la santé et celui de l'enseignement supérieur ont annoncé un numerus clausus à 7500 places à la rentrée 2011-2012 et 500 places pour les passerelles (grandes écoles, universités...). Ce qui fait passer le nombre de futurs médecins formés à 8000(8). Durant les années à venir beaucoup de médecins vont partir à la retraite. Malgré les hausses successives du numerus clausus décidées dans les années 2000, le manque de médecins ne sera comblé que lorsque les nouveaux diplômés entreront dans la vie active (c'est-à-dire neuf années au minimum après le début de leurs études).

Selon l'arrêté du 9 mars 2012, le nombre d'étudiants de PACES autorisés à poursuivre leurs études de sage-femme pour l'année universitaire 2011-2012 a été fixé à 1 017 à répartir dans toutes les écoles de sages-femmes. Entre 2004 et 2012, ce nombre a augmenté de 42 places au niveau national. Plus localement à Rouen, le numerus clausus atteignait 24 places en 2004. Il a augmenté et a atteint 27 places en 2012.

2.2.2. Formation des médecins

La première étape du cursus des études médicales comprend la réussite au concours d'entrée en médecine par la Première Année Commune aux Etudes de Santé (PACES) avec classement en rang utile selon le numerus clausus.

Après six années de formation, les étudiants en médecine passent les Epreuves Classantes Nationales (ECN) qui permettent d'accéder à une spécialité médicale. Les spécialités « gynécologie médicale », « gynécologie-obstétrique » et « médecine générale » font l'objet d'une formation en respectivement cinq, cinq et trois ans qui inclut de nombreux stages dans les services hospitaliers. Cette formation débouche sur un Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) qui valide des compétences en gynécologie/obstétrique ou en médecine générale. Après le DES et une soutenance de thèse devant un jury, le postulant obtient le Diplôme d'État de Docteur en Médecine(57).

2.2.3. Les effectifs et la répartition géographique des professionnels médicaux en Seine-Maritime

Selon l'ORS de Haute-Normandie, la Seine-Maritime présente depuis un certain nombre d'années une densité de médecins généralistes inférieure à la moyenne nationale. On compte 135 omnipraticiens pour 100 000 habitants en 2011. Le département comble difficilement son retard mais n'appartient pas encore au groupe de ceux qui sont potentiellement dangereux en termes d'offres de soins(63). La répartition des médecins généralistes est très variable dans le département de la Seine-Maritime. Il existe des inégalités d'un canton à un autre (annexe I). Logiquement, les grandes agglomérations sont les mieux représentées : Rouen, Dieppe et Le Havre. Au contraire, les bassins de vie de Gournay-en-Bray, Doudeville, Cany-Barville et Notre Dame de Gravenchon ont une densité de médecins beaucoup plus faible.

Selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins en 2011, on recense 128 spécialistes gynécologues dans le département. La densité moyenne de gynécologues médicaux de Haute-Normandie est de 8 pour 100 000 femmes (annexe II). Cette densité est légèrement supérieure à la densité nationale (7.8 pour 100 000 femmes) mais

certains bassins de population ne recensent aucun spécialiste en gynécologie. La répartition sur le territoire présente des inégalités(47).

Selon le Conseil Départemental de l'Ordre des Sages-Femmes, au 1^{er} janvier 2013 on a recensé 527 sages-femmes dans le département de la Seine-Maritime dont 39 retraitées. Il y a donc 488 sages-femmes actives dans le département.

Selon le réseau périnatalité de Haute-Normandie en octobre 2012, 51 sages-femmes libérales exerçaient en Seine-Maritime. En février 2012, 20 sages-femmes territoriales étaient rattachées au Conseil Général de Seine-Maritime.

Ces chiffres bruts sont légèrement différents de la moyenne nationale (annexes III et IV). En effet, d'un point de vue national, les sages-femmes exercent majoritairement en structure hospitalière. 74% d'entre-elles sont salariées hospitalières. Le secteur libéral représente 14% de l'exercice des sages-femmes. On note que ce secteur est en pleine expansion. Entre 2000 et 2010, une hausse de 7% par an a été observée. La projection pour 2030 serait qu'une sage-femme sur trois exercerait en libéral. L'activité territoriale représente 4% de l'exercice des sages-femmes(44) (18). La Seine-Maritime est un département bien représenté en densité de sages-femmes salariées et moins bien en densité de sages-femmes libérales. De plus, il existe des disparités pour l'accès à une sage-femme libérale selon les bassins de population.

La Seine-Maritime est donc un département où une certaine offre de soins dans le domaine de la gynécologie existe avec un accès aux soins facilité par de nombreux types de structures d'accueil (consultation gynécologique à l'hôpital, en ville, centres de planification...). Cette offre de soins est variée (sages-femmes, gynécologues/obstétriciens et médecins généralistes) mais n'est pas très uniforme sur le territoire. Les femmes peuvent donc faire appel aux professionnels de santé de leur choix pour leur suivi et dans la structure qui leur convient le mieux. Malgré tout, ce choix est limité par la répartition géographique.

Les sages-femmes peuvent participer à cette offre de soins en gynécologie mais quelle est leur place dans la prise en charge du suivi gynécologique de prévention des femmes ?

3. LES COMPETENCES DES SAGES-FEMMES

3.1. Définition de la profession

3.1.1. Code de la Santé Publique

Définie par le Code de la Santé Publique, la profession de sage-femme fait partie des professions médicales au même titre que les médecins et les chirurgiens dentistes. C'est une profession qui possède des compétences définies. L'exercice de la profession est encadré par le Code de Déontologie qui rassemble les droits et les devoirs des sages-femmes.

Spécialistes des grossesses physiologiques et des accouchements eutociques : les sages-femmes sont très présentes en salles de naissances, suites de couches et consultations pré et post natales. Les échographies obstétricales leurs sont accessibles par le biais d'un Diplôme Universitaire. En cas de grossesses pathologiques, la collaboration avec le médecin est très étroite. Elles exercent dans différents domaines et notamment en tabacologie et acupuncture... Elles peuvent, depuis quatre ans, réaliser des consultations de suivi gynécologique de prévention et de contraception.

3.1.2. Les évolutions de la formation initiale

Comme la profession en elle-même, les études de sage-femme sont définies par le Code de la Santé Publique. D'importantes modifications ont été effectuées dans les trente dernières années(59).

En **1983**, le baccalauréat est exigé pour se présenter au concours d'entrée à l'école de sages-femmes.

Le décret du **27/09/1985** modifie l'organisation des études de sage-femme. La durée de formation est fixée à quatre années (trois auparavant) et le programme d'enseignement est remanié. Les étudiants bénéficiant de cette réforme ont donc été diplômés en 1989 pour la première promotion et aucun diplôme n'a pu être validé en 1988.

L'arrêté du **11/12/2001** organise les études de sage-femme en deux phases comprenant chacune deux années. Un nouveau programme est instauré pour les enseignements théoriques et pratiques.

Un premier grand pas a été franchi suite au mouvement de grève des sages-femmes au printemps 2001. Le recrutement pour l'accès aux études de sage-femme a été modifié.

Comme toutes les professions médicales, la validation de la première année du Premier Cycle des Etudes Médicales (PCEM1) est dorénavant obligatoire. Ce recrutement a été instauré de manière progressive selon les écoles avec l'obligation de mise en place pour la rentrée 2003/2004. A Rouen, il a été mis en place à la rentrée 2002/2003.

En 2009, la PCEM1 et la première année du Premier Cycle des Etudes Pharmaceutiques (PCEP1) sont remplacées par la Première Année Commune aux Etudes en Santé (PACES). Ainsi, la première année est commune pour les études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et de sage-femme. Elle a été mise en place dès la rentrée 2010/2011.

Actuellement en pleine réforme, deux programmes d'enseignement se chevauchent. En effet, le programme de 2001 est valable pour les étudiants ayant validé leur admission en sage-femme par la PCEM1 et pour les étudiants ayant validé la PACES le programme n'est pas encore complètement établi.

3.1.3. Les perspectives pour l'avenir

La formation initiale des sages-femmes connaît une évolution depuis la loi HPST de 2009. Depuis cette loi, la formation de sage-femme peut être organisée au sein des universités.

D'autre part, la circulaire du 24/01/2012 fait part d'une réforme visant à mettre en place le Diplôme de Formation Générale en Sciences Maïeutiques. Ce diplôme s'inscrit dans le schéma Licence Master et Doctorat (LMD) après validation de la PACES et aboutit après validation de 4 semestres au grade Licence.

3.2. Les compétences des sages-femmes en gynécologie

La loi du 9/08/2004 précise que la visite post-natale peut être réalisée par une sage-femme si la grossesse a été normale et l'accouchement eutocique. La prescription de contraception hormonale est autorisée pour les sages-femmes en suites de couches, lors de la visite post-natale et après une IVG(28). Le décret du 17/10/2006 autorise les sages-femmes à réaliser un frottis cervico-vaginal au cours de la grossesse et lors de l'examen post-natal(30).

Ces deux textes de loi étaient, pour les sages-femmes, les prémices à la possibilité de réaliser un suivi gynécologique de prévention pour les femmes. Quelques années plus tard, les pouvoirs publics ont de nouveau augmenté le champ de compétences et de prescription des sages-femmes dans le domaine de la gynécologie.

3.2.1. La réglementation

➤ Loi Hôpital, Patient, Territoire et Santé (HPST)

En octobre 2008, un projet de loi a été fait par Roselyne BACHELOT ministre de la santé. En février 2009, ce projet de loi a été examiné à l'Assemblée Nationale et adopté par le Sénat en juin. La loi a ensuite été publiée dans le Journal Officiel du 22 juillet 2009.

La loi se structure en quatre titres. L'extension du champ de compétences des sages-femmes est précisée dans le titre 3 qui est axé sur la prévention et la santé publique(56).

Suite à cette proposition de loi, un climat conflictuel entre communautés médicales est apparu(15). En effet : en avril 2009, le SYNDICAT des Gynécologues Obstétriciens Français (SYNGOF) déclarait que « les actes en gynécologie ne relèvent pas de la compétence des sages-femmes qui ne sont pas suffisamment formées en amont ». Il déclarait également que de telles « compétences supplémentaires alors que la démographie actuelle des sages-femmes est insuffisante les éloigneraient des salles d'accouchement et du suivi de grossesse physiologique ». Face à ce propos, l'Union Nationale des Syndicats de Sages-Femmes (UNSSF) et l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL) répliquaient que cette proposition de loi avait pour but « de compléter l'offre de soins ». Effectivement le contexte de pénurie de gynécologues médicaux est décrit. Les délais d'attente pour les consultations gynécologiques s'échelonnent de six mois à un an parfois. L'accès à ces consultations via les sages-femmes diminuerait donc significativement les délais d'attente. Cela permettrait aux femmes de bénéficier d'un suivi plus régulier (la densité de sages-femmes par rapport à la population est plus importante que celle des médecins).

Une étude de 2011(43) a interrogé une population double : les sages-femmes et les gynécologues afin de connaître leur opinion face à la prise en charge du suivi

gynécologique de prévention. Pour les gynécologues, l'avis est très partagé : certains y voient un moyen de faciliter l'accès aux soins tandis que d'autres pensent que la formation des sages-femmes est incomplète pour assurer un suivi de bonne qualité. Pour les sages-femmes : elles ont toutes confirmé la nécessité d'une formation complémentaire pour pratiquer le suivi gynécologique de prévention.

➤ Loi de financement de la Sécurité Sociale (LFSS) de 2010

Initialement, la Loi HPST stipulait que la surveillance et le suivi biologique dans le cadre d'une contraception hormonale étaient assurés par le médecin traitant(26). En termes de santé publique, cet alinéa de la loi n'était pas adéquat. D'une part, les sages-femmes ne pouvaient pleinement exercer en matière de contraception. Les femmes devaient consulter leur médecin traitant à la suite de la consultation avec leur sage-femme. Le parcours de soins était alors plus complexe. D'autre part, les consultations en double étaient entièrement en opposition aux politiques d'économie de la Sécurité Sociale. La promulgation de la loi du 29/12/2011, dans le cadre de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale, a permis la suppression de l'alinéa concernant le suivi biologique. Elle a ainsi fait disparaître l'ambiguïté autour des compétences des sages-femmes(29) (60) et a simplifié le parcours de soins pour les femmes.

Par ailleurs, concernant l'implant contraceptif, le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) précise que seul le médecin est habilité à insérer ce type de contraceptif(5). Le décret du 17/07/2012 précise que pour l'exercice de ces compétences, la sage-femme est autorisée à pratiquer l'insertion, le suivi et le retrait des dispositifs intra-utérins ainsi que les implants contraceptifs(31) (61).

3.2.2. Formation en gynécologie

➤ La formation initiale

L'enseignement de gynécologie est réparti sur les quatre années de formation. La physiologie est abordée durant la première moitié du cursus ainsi que la contraception. L'autre moitié du cursus permet d'apporter les connaissances nécessaires sur les pathologies gynécologiques, celles liées à la fertilité du couple. En dernière année, l'enseignement est complété par des bases dans le domaine de la sexologie.

Des Travaux Pratiques (TP), indépendamment pour chaque école, sont mis en place avec notamment des ateliers pour la pose et le retrait des dispositifs intra-utérins et des implants contraceptifs, des apprentissages pour la palpation des seins...

La répartition des lieux de stages est propre à chaque école. Elle peut comprendre des stages en consultations gynécologiques avec des médecins ou des sages-femmes en structure hospitalière ou en libérale.

➤ Les formations complémentaires

Il existe deux types de formation :

- Celles qui donnent lieu à la délivrance d'un diplôme comme les Diplômes Universitaires (DU). Exemples : DU de suivi gynécologique de prévention, sexualité et régulation des naissances (université Brest, Bordeaux), DU de sexologie, DU de rééducation périnéale, DU de bioéthique...
- Celles qui ne donnent pas lieu à la délivrance d'un diplôme : exemple les congrès, les colloques, les journées du conseil de l'ordre, les assises sage-femme...

➤ Référentiel métier

Ce document a été réalisé par le Collectif des Associations et de Syndicats de Sages-Femmes (CASSF) avec la participation du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. C'est un document qui a été réactualisé en janvier 2010(35).

Ce référentiel reflète les compétences requises pour l'exercice de la profession de sage-femme.

Trois axes structurent ce référentiel :

- le premier axe expose huit situations-types de la profession de sage-femme. Celles-ci ont été décrites mettant en évidence la démarche clinique, l'urgence, la prévention et l'éducation. La situation 7 concerne la consultation de suivi gynécologique.
- le deuxième axe expose les qualités que la sage-femme doit tendre à développer : son esprit de coopération interprofessionnelle et de responsabilité professionnelle...

- le troisième axe expose les compétences que la sage-femme doit acquérir dans différentes disciplines : scientifiques, techniques, communicatives, éthiques, culturelles...

L'intérêt d'un tel document est d'apporter une information quant aux rôles des sages-femmes dans le domaine de la santé en France pour la collectivité et pour tous les professionnels de santé. La connaissance des rôles de chaque professionnel de santé permet d'organiser une prise en charge de qualité pour les patientes. Cependant il est peu probable que le grand-public ait accès à cette information. Le référentiel étant peu diffusé.

➤ Développement Professionnel Continu

Le Développement Professionnel Continu (DPC) a été instauré par la loi HPST. L'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) et la Formation Continue (FC) sont désormais intégrées dans un dispositif unique ce qui n'était pas le cas auparavant. Il constitue une obligation pour toute sage-femme. Ces objectifs définis par la loi du 21/07/2009(27) sont : « 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 ». Le Code de Déontologie des sages-femmes mentionne dans le décret du 17/07/2012 que « la sage-femme a l'obligation d'entretenir et de perfectionner ces connaissances professionnelles »(26).

Ce processus s'installe progressivement au sein des établissements. En effet, les sages-femmes hospitalières et territoriales y participent déjà par le biais des réunions de service, staff et formations internes. La mise en place de cet outil va être plus compliquée pour les sages-femmes libérales par rapport à leur disponibilité et aux coûts des formations(24).

Sur le plan réglementaire et du point de vue de la formation, les sages-femmes pourraient assurer des consultations de suivi gynécologique de prévention. Mais qu'en est-il sur le terrain ?

ENQUETE

1. OBJECTIFS DE L'ETUDE

Avec l'augmentation des compétences de la sage-femme dans le domaine du suivi gynécologique de prévention, la sage-femme devient l'interlocutrice privilégiée du suivi médical de la femme dans la limite de la physiologie.

Or, comme nous l'avons vu précédemment, la santé des femmes et en particulier la prévention en gynécologie est un problème majeur de santé publique. Il nous a semblé intéressant de savoir si les sages-femmes pouvaient améliorer leur état de santé en réalisant des consultations de suivi gynécologique de prévention. Nous voulions également connaître les motivations des unes et au contraire ce qui empêchait les autres de s'investir dans ce champ de compétence.

Ainsi cette étude présente un état des lieux des pratiques des sages-femmes dans le suivi gynécologique des femmes.

Plusieurs hypothèses ont alors été émises :

- La formation initiale des sages-femmes complétée par une réactualisation des connaissances est suffisante pour assurer des consultations de suivi gynécologique de prévention de qualité.
- Les sages-femmes libérales et territoriales développent plus ce versant de la profession avec la volonté d'atteindre les objectifs de santé publique (diminuer le taux d'IVG, dépister précocement les cancers....)
- Pour les sages-femmes hospitalières, le cœur du métier est l'obstétrique.

2. MOYENS DE L'ETUDE

Notre étude repose sur une enquête prospective et multicentrique à l'aide de questionnaires anonymes distribués aux sages-femmes hospitalières, libérales et territoriales (annexe V).

2.1. Population étudiée

L'enquête a été menée auprès des sages-femmes et centrée sur le département de la Seine-Maritime. Au 1^{er} janvier 2013, le Conseil Départemental de l'Ordre des sages-femmes a enregistré 488 sages-femmes. Cette population de sages-femmes est donc très

intéressante pour l'enquête. D'autre part, ce département possède au moins deux maternités pour chaque niveau de soins ainsi que des établissements publics et privés ce qui permet d'interroger des professionnelles de structures différentes.

2.2. Distribution des questionnaires

L'enquête a débuté le 19 octobre 2012 et s'est poursuivie jusqu'au 26 janvier 2013.

Les sages-femmes cadres des dix maternités du département ont été contactées par courrier électronique. Préalablement à l'enquête, une autorisation de diffusion du questionnaire leur a été demandée avec une réponse positive à chaque fois. Les cadres nous ont communiqué le nombre exact de sages-femmes travaillant au sein de leur établissement. L'enquête a été menée auprès des sages-femmes hospitalières par le biais de questionnaires en version papier avec mise à disposition de boîtes pour les retours. La récupération des questionnaires s'est faite par déplacement sur le terrain, par voie postale ou par l'intermédiaire de camarades de promotion. Pour les maternités de Fécamp, de l'hôpital privé de l'Estuaire et de la clinique des Aubépines ; l'impression, la distribution et la récupération des questionnaires a été géré par les cadres eux-mêmes avec un retour par voie postale.

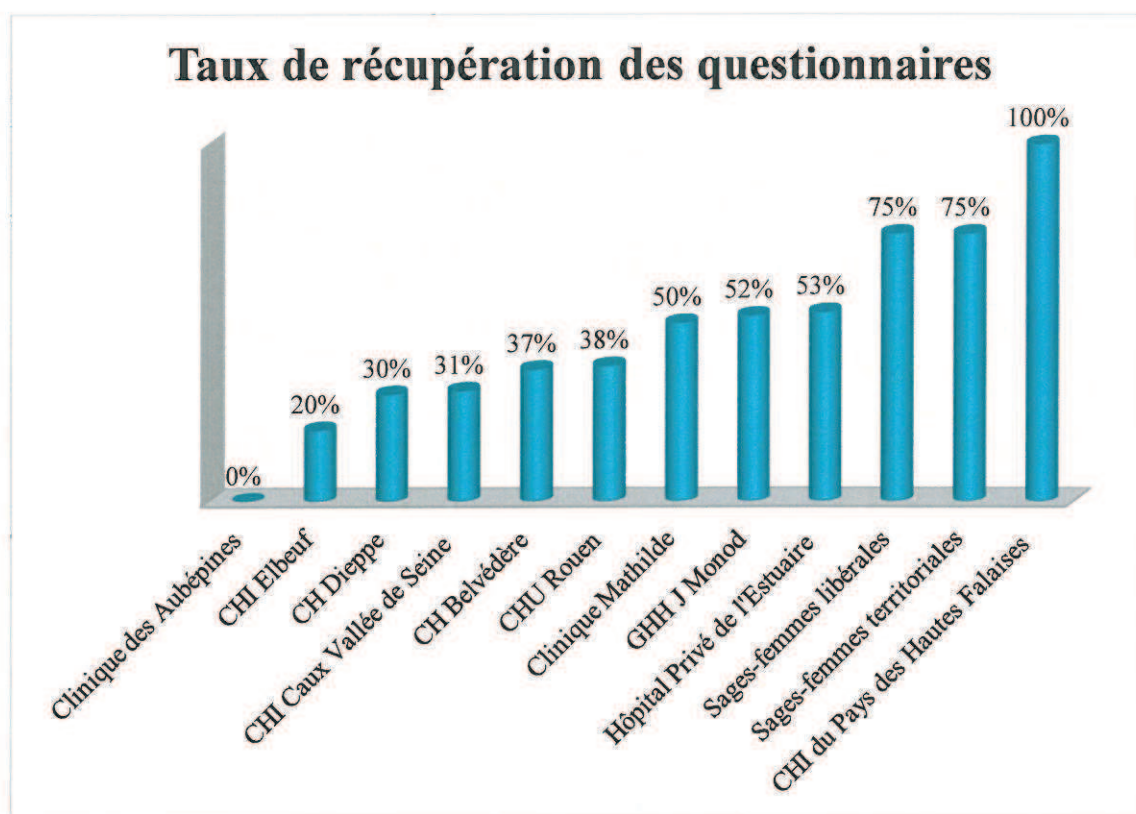
Chaque sage-femme libérale a été contactée par téléphone afin de se présenter et de présenter l'étude mais également pour obtenir des coordonnées électroniques afin d'envoyer le questionnaire par mail. Celui-ci est similaire à la version papier et a été créé à partir de Google docs®. Les sages-femmes ont répondu positivement, à l'exception des sages-femmes échographistes. Sept sages-femmes ont demandé un questionnaire en version papier. L'envoi a été effectué avec une enveloppe timbrée pour le retour dans ce cas.

En février 2012, la sage-femme coordinatrice de PMI du conseil général de Seine-Maritime a été contactée par mail. Elle nous a donné son autorisation de diffusion du questionnaire ainsi que les coordonnées électroniques des sages-femmes pour l'envoi du questionnaire. Son départ à la retraite ne nous a pas permis de la recontacter par la suite.

2.3. Difficultés rencontrées

Un seul critère d'exclusion a été retenu pour l'enquête : les sages-femmes échographistes exerçant en libéral ce qui représente six sages-femmes. 389 questionnaires ont été distribués et 178 ont été récupérés. Huit questionnaires n'ont pu être exploités car ils étaient mal remplis. Au total, le taux de récupération est moyen : 46%.

Ce taux varie entre 0% pour le minimum et 100% pour le maximum pour les sages-femmes hospitalières. Le taux minimum s'explique par un manque d'organisation dans la distribution des questionnaires. En revanche, pour les sages-femmes libérales et territoriales le taux de récupération est très correct : 75%.



Plusieurs enquêtes étaient en cours sur notre période. Les sages-femmes étaient donc très sollicitées, c'est un paramètre en défaveur d'un bon taux de retour. D'autre part, notre enquête comporte des questions ouvertes concernant les motivations personnelles des unes et des autres qui ont entraîné des non-réponses.

2.4. Présentation du questionnaire

Le questionnaire comporte 28 questions réparties en quatre parties. Le remplissage de celui-ci n'est pas le même pour toutes les sages-femmes. En effet, la 4^{ème} partie est divisée en deux : neuf questions pour les sages-femmes qui réalisent des consultations de suivi gynécologique de prévention et cinq questions pour celles qui n'en réalisent pas.

Il est composé de questions à choix multiples et de questions à réponses ouvertes et courtes (âge, année du diplôme, justifications, détail d'activité...).

La 1^{ère} partie permet de dresser un profil pour la sage-femme interrogée :

- **L'âge** : une variable quantitative continue transformée en variable qualitative à neuf classes : (22 à 27 ans) ; (28 à 32 ans) ; (33 à 37 ans) ; (38 à 42 ans) ; (43 à 47 ans) ; (48 à 52 ans) ; (53 à 57 ans) ; (58 à 62 ans) ; (63 à 67 ans).
- **L'année d'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme** : une variable quantitative continue transformée en variable qualitative à quatre classes : [2012 à 2002[; [2002 à 1992[; [1992 à 1982[; [1982 à 1971[.
- **Le diplôme universitaire complémentaire** : une variable qualitative à deux classes (oui ou non) et précision : une question ouverte transformée en variable qualitative à cinq classes.
- **Les formations en suivi gynécologique et/ou de contraception** : une variable qualitative à trois classes (oui une fois, oui à plusieurs reprises et non jamais).
- **La date de la plus récente formation** : une variable quantitative continue transformée en variable qualitative à trois classes pour déterminer le caractère très récent de la formation < 6 mois (de juin 2012 à janvier 2013), récent entre 6 mois et 1 an (de juin 2011 à juin 2012) et plus ancien > 1 ans (avant juin 2011).
- **Le ou les types de formation** : une question ouverte dont les réponses ont été réunies en variable qualitative à sept classes.
- **La structure d'exercice** : variable qualitative à cinq classes regroupée en variable à quatre classes.

- **Consultations de suivi gynécologique de prévention dans les autres établissements fréquentés** : une variable qualitative à quatre classes (oui dans certaines, oui dans toutes, non dans aucune, je ne sais pas).

La 2^{ème} partie concerne la formation initiale des sages-femmes en gynécologie et leurs ressenties :

- **La gynécologie parmi les enseignements théoriques.**
- **Enseignement théorique suffisant pour assurer des consultations de suivi gynécologique de prévention.**
- **Participation à des consultations gynécologiques pendant les stages.**
- **Enseignement pratique suffisant pour assurer des consultations de suivi gynécologique de prévention.**

Les réponses sont des variables qualitatives à deux classes (oui et non) pour les quatre questions ci-dessus.

La 3^{ème} partie permet de mettre en évidence si les sages-femmes sont bien informées de leurs nouvelles compétences :

- **Concernant la loi HPST de 2009**
- **Concernant le référentiel métier**

Cette partie contient deux questions avec trois items vrais et trois faux.

La 4^{ème} partie est un état des lieux des pratiques actuelles des sages-femmes :

- **Réalisation de consultations de suivi gynécologique de prévention** : une variable qualitative à deux classes (oui ou non).
- **Début de l'activité de suivi gynécologique de prévention** : une question ouverte dont les réponses ont été transformées en variable qualitative à huit classes.
- **Pourcentage de l'activité en gynécologie par rapport à l'activité globale** : une question ouverte dont les réponses ont été transformées en variable qualitative à huit classes.

- **Le profil des patientes les plus fréquemment prises en charge** : une question ouverte avec un classement par ordre décroissant de prise en charge.
- **L'aisance à mener les consultations de suivi gynécologique de prévention** : une variable qualitative à deux classes (oui et non).
Pourquoi : une question ouverte.
- **En cas de pathologie et en 1^{ère} intention, la sage-femme ré-adresse sa patiente** : une variable qualitative à quatre classes (médecin traitant, gynécologue de ville, gynécologue hospitalier et services des urgences).
- **La satisfaction de la collaboration avec le médecin** : une variable qualitative à deux classes (oui et non).
Pourquoi : une question ouverte.
- **La principale motivation à réaliser des suivis gynécologiques** : une question ouverte transformée en variable qualitative à six classes.
- **Les principales raisons de ne pas réaliser de suivi gynécologique de prévention** : une question ouverte transformée en variable qualitative à onze classes.
- **Souhait d'intégrer cette compétence à son activité** : une variable qualitative à deux classes (oui et non).
- **Volonté de participer à une formation en gynécologie/contraception à l'avenir** : une variable qualitative à deux classes (oui et non).
- **Arguments des sages-femmes** : deux questions à choix multiples comprenant un item « autres » dont les réponses ont été transformé en variable qualitative à six et quatre classes.

2.5. Tests statistiques utilisés

Les données ont été saisies à l'aide du logiciel Excel® et analysées à l'aide du logiciel Stata 8.0®. Pour les analyses statistiques, les tests du Khi-2, de Fisher et d'Anova ont été utilisés avec $p < 0,05$.

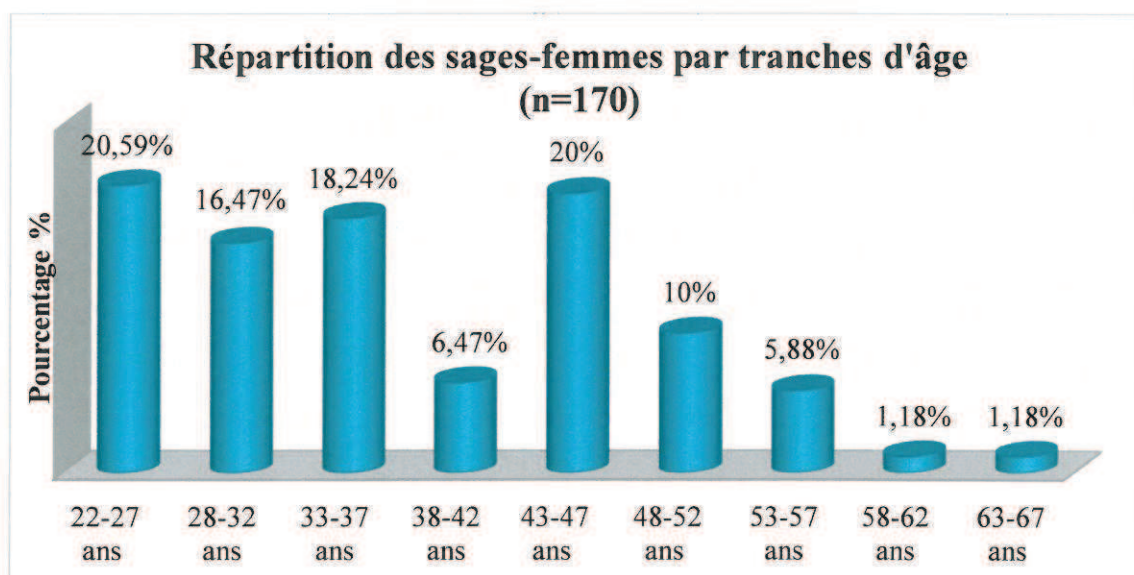
3. RESULTATS

Les résultats portent sur les **170 questionnaires exploitables**. Les effectifs peuvent varier selon les questions, les sages-femmes n'ayant pas toujours répondu à toutes les questions.

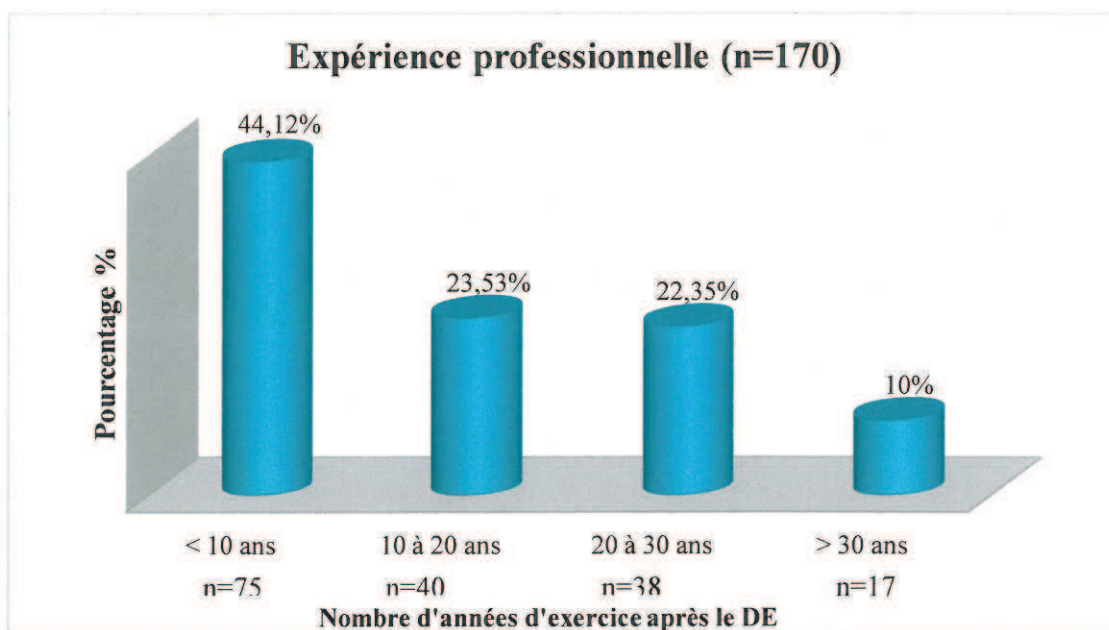
3.1. Partie 1 : quelle sage-femme êtes-vous ?

3.1.1. Le profil des sages-femmes (questions 1, 2 et 3)

Ces questions permettent de connaître l'âge, l'année d'obtention du diplôme ainsi que l'obtention d'un Diplôme Universitaire complémentaire au Diplôme d'Etat de sage-femme au sein de notre population.



L'âge moyen des sages-femmes de notre population est de 37,6 ans. L'âge minimum est de 22 ans et l'âge maximum est de 64 ans. Les deux catégories les plus représentées (22-27 ans et 43-47 ans) comportent 35 et 34 sages-femmes respectivement.



Le diplôme obtenu le plus récemment date de 2012 et le plus ancien de 1971. La médiane de notre population est de 12,5 années d'expérience professionnelle.

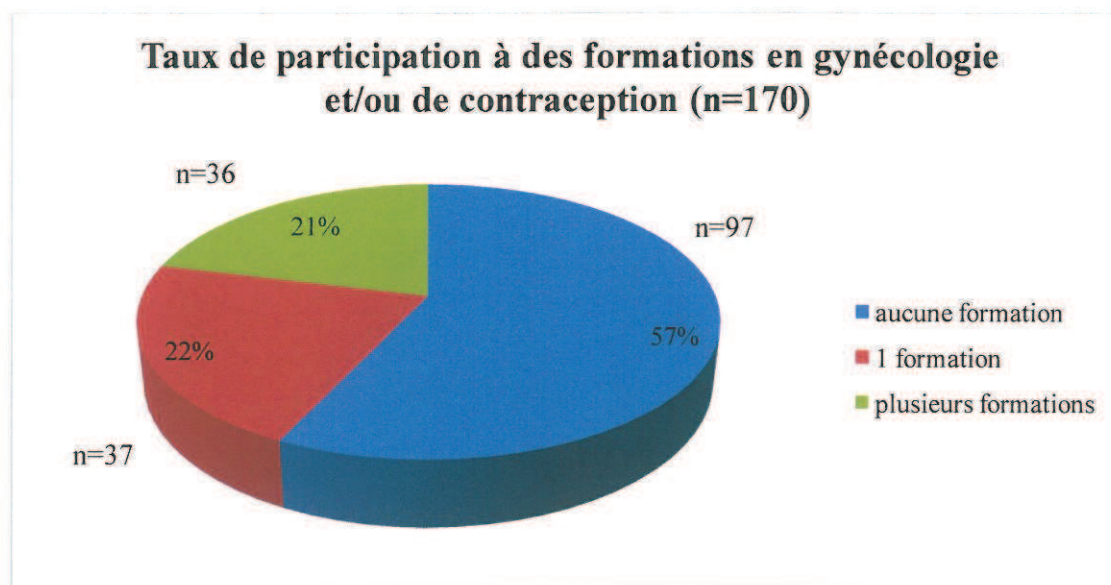
Formation universitaire complémentaire (n=170)	n	%
oui	38	22,35
non	132	77,65

Parmi les 38 sages-femmes qui possèdent un Diplôme Universitaire (DU), 5 d'entre-elles possèdent un second DU et trois sages-femmes sont en cours de formation (un DU d'échographie obstétricale, un DU de sexologie et un DU de régulation des naissances en cours).

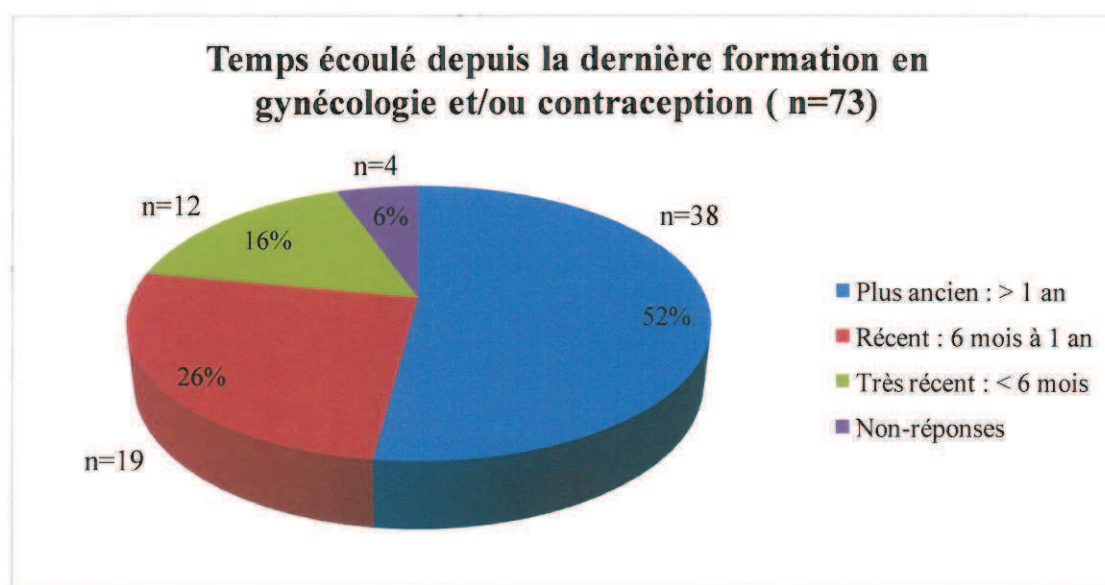
DU	n	%
Echographie obstétricale	11	25,6
Acupuncture	9	20,9
Tabacologie	3	7
Régulation des naissances	2	4,6
Autres (1)	18	41,9

(1) : DU de santé publique, d'hypnose, de médecine tropicale, de sexologie, de psychopathologie périnatale, de grossesses pathologiques, d'allaitement, d'éthique, d'aide médicale à la procréation, de médecine fœtale et un Certificat de compétences en Langues de l'Enseignement Supérieur d'anglais (CLES).

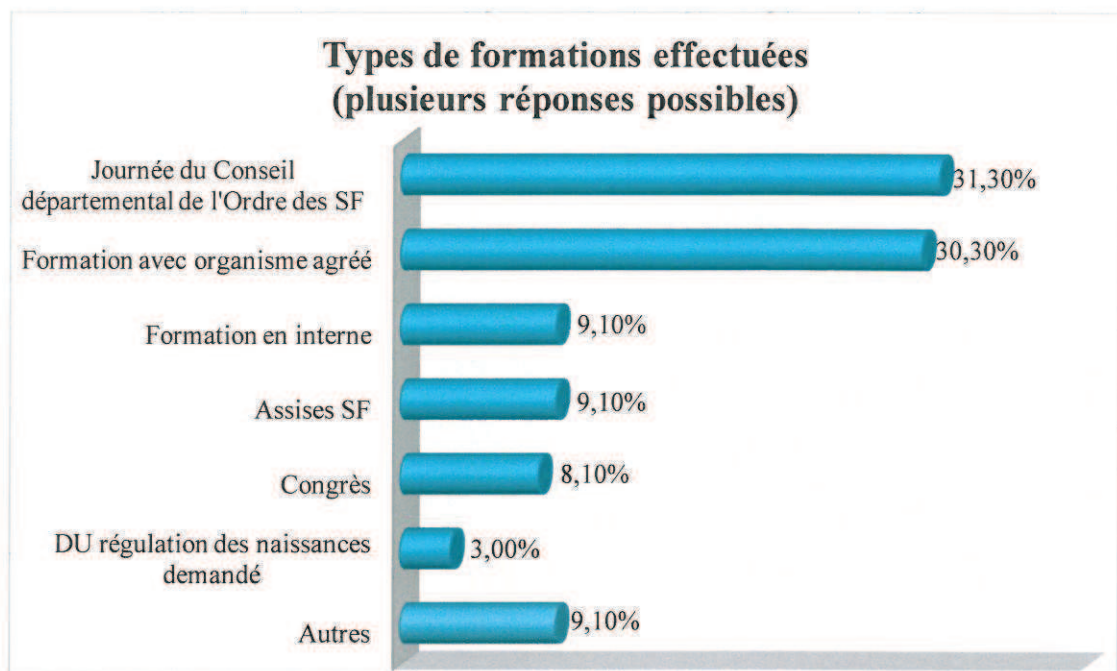
3.1.2. Les formations en gynécologie et/ou contraception (questions 4, 6 et 5)



73 sages-femmes ont participé au moins une fois à une formation en suivi gynécologique et/ou de contraception ce qui représente 43% de notre population.



Parmi les sages-femmes ayant déjà participé à une formation en gynécologie et/ou contraception, pour plus de la moitié d'entre-elles cette formation a été effectuée il y a plus d'un an.



L'item « formation avec organisme agréé » regroupe entre autres :

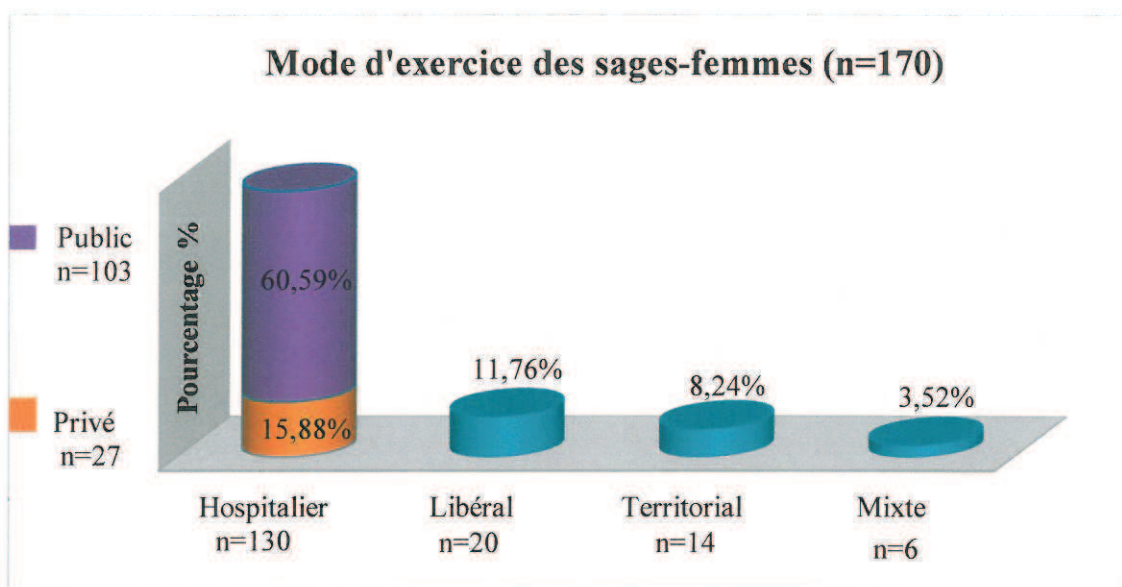
- Formations Atelier pour le Développement des Connaissances en Obstétrique (ADCO)
- Formation pose DIU et implant
- Formation FCV et examen des seins
- Formation diététique
- Formation avec les laboratoires pharmaceutiques.

L'item « autres » regroupe :

- L'initiation à l'échographie (cité une fois).
- Les formations avec l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (cité une fois).
- Les GYPOM (cité quatre fois).
- Les journées du Conseil National de l'Ordre des sages-femmes (cité une fois).
- Le diplôme de conseillère conjugale (cité deux fois).

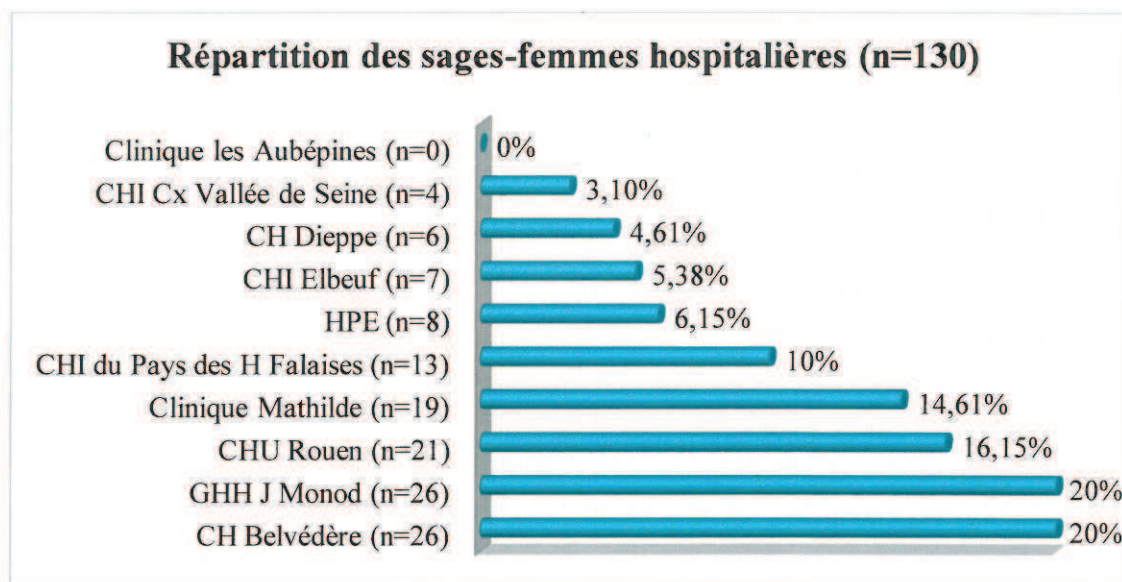
Pour cette question, quelques sages-femmes ont précisé toutes les formations qu'elles avaient faites et pas uniquement les formations en suivi gynécologique et/ou contraception. Cette erreur est certainement due à la formulation de la question.

3.1.3. Le mode d'exercice (question 7)



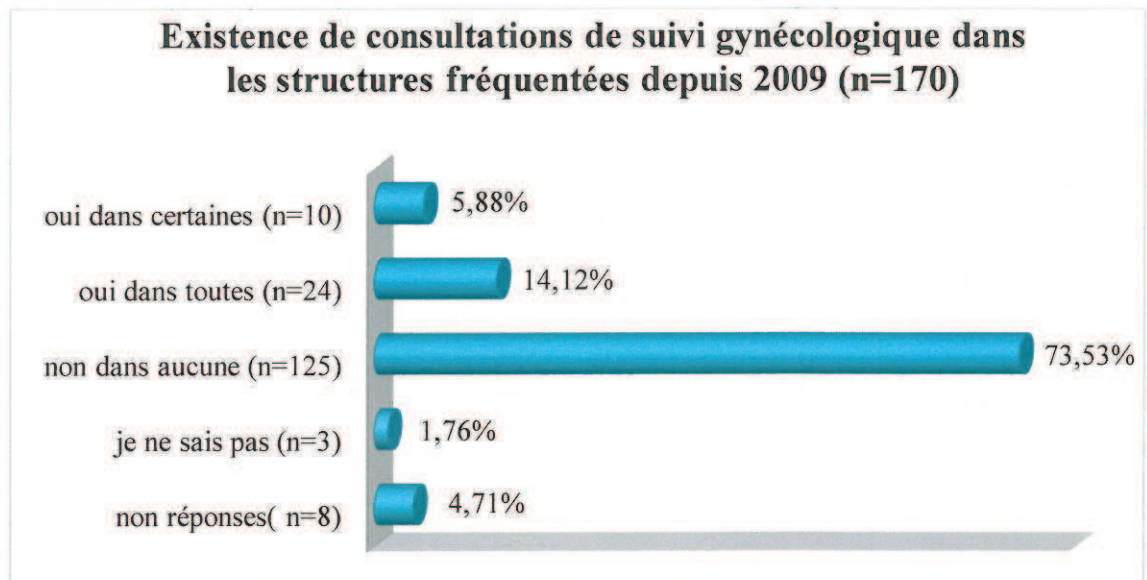
76,47% des sages-femmes de notre population exercent en établissement de santé (n=130).

Parmi le secteur d'activité mixte, trois sages-femmes exercent en établissement de santé et en libéral (1,76%) et trois sages-femmes exercent en établissement de santé et en centre de planification familiale (1,76%).



On regrette l'absence de représentation des sages-femmes exerçant à la clinique des Aubépines.

3.1.4. Existence de consultations de suivi gynécologique dans les structures fréquentées depuis 2009 (question 8)

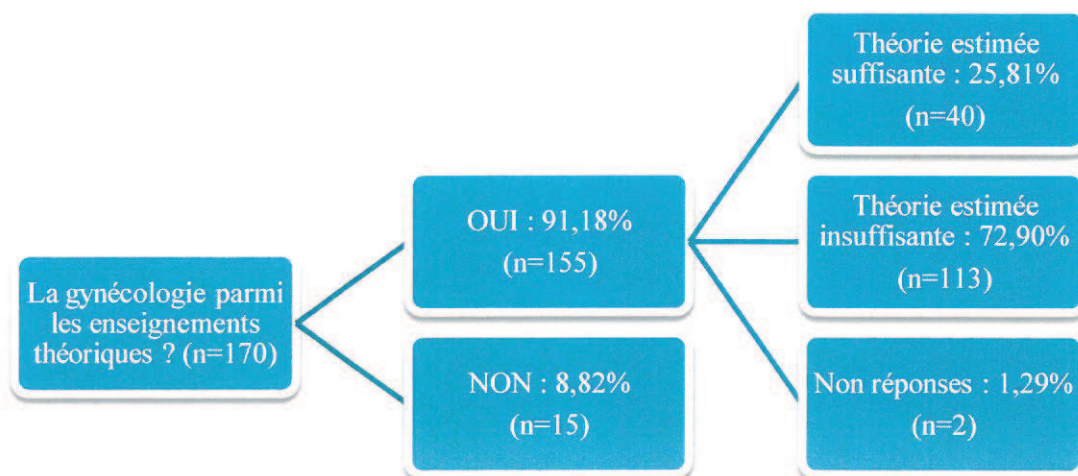


Presque trois quarts des sages-femmes ont fréquenté des structures où les consultations de suivi gynécologique de prévention réalisées par une sage-femme n'existaient pas.

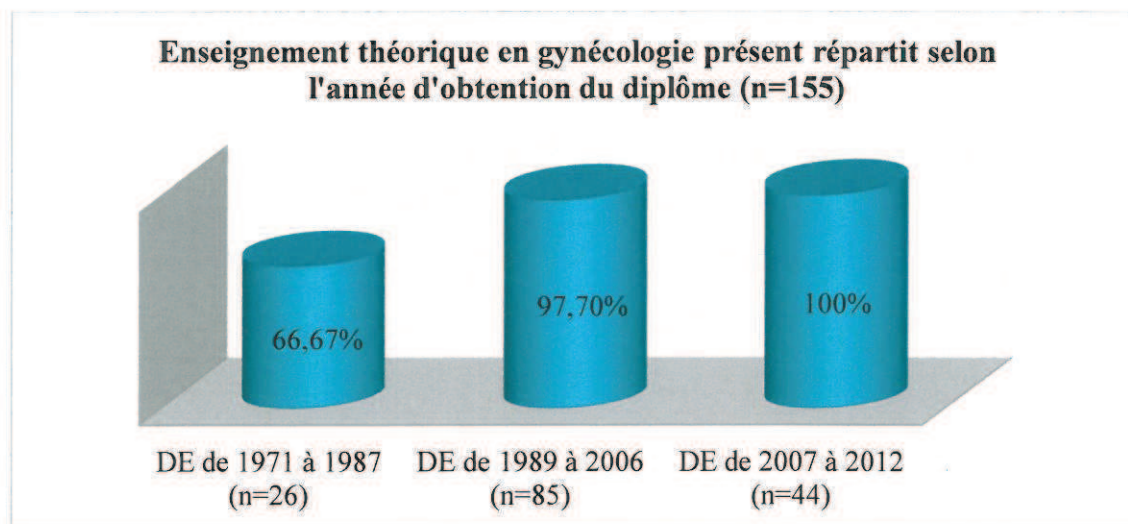
On remarque que huit sages-femmes n'ont pas su répondre à la question.

3.2. Partie 2 : les sages-femmes et leur formation initiale en gynécologie

3.2.1. La gynécologie parmi les enseignements théoriques (questions 9 et 10)



La grande majorité (91%) de notre population a bénéficié d'enseignements théoriques en gynécologie au cours de leur formation initiale mais seulement un quart estime cet enseignement suffisant pour réaliser des consultations de suivi gynécologique de prévention.

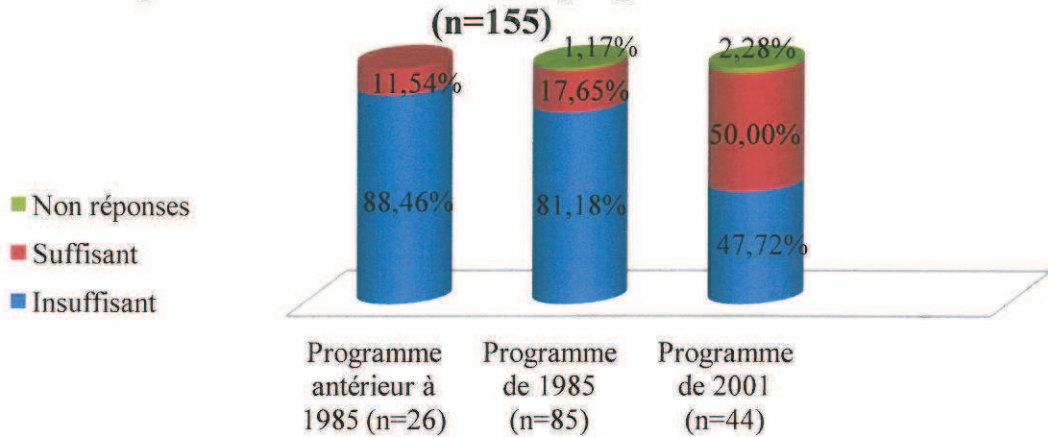


La répartition selon l'année d'obtention du diplôme permet de classer les sages-femmes selon le programme d'enseignement qu'elles ont reçu :

- DE obtenu entre 1971 et 1987 : programme antérieur à 1985 (3 années d'études)
- DE obtenu entre 1989 et 2006 : programme de 1985 (4 années d'études)
- DE obtenu entre 2007 et 2012 : programme de 2001 (5 années d'études).

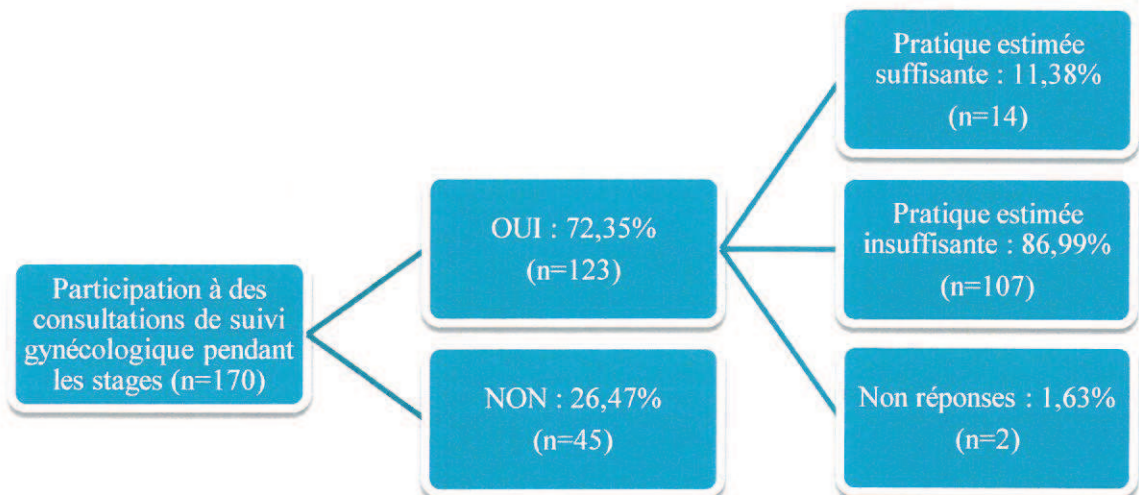
Les sages-femmes, dont les études comportaient cinq années, ont toutes répondu que la gynécologie faisait partie des enseignements théoriques.

Estimation de l'enseignement théorique en gynécologie pour assurer des consultations de suivi gynécologique de prévention en fonction du programme d'études



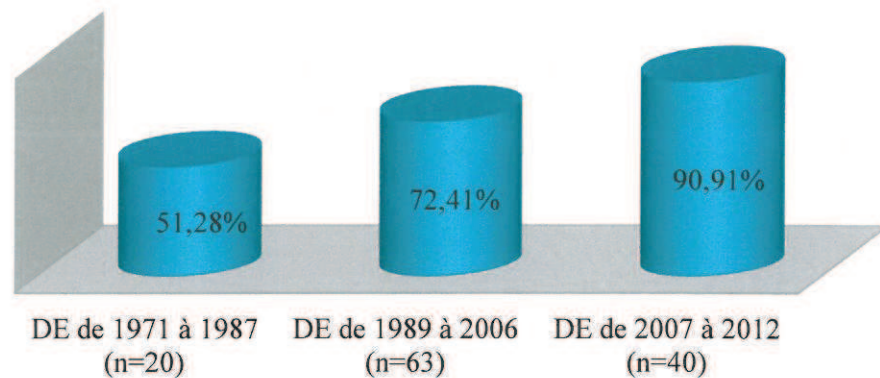
L'estimation que les sages-femmes ont fait de leur enseignement théorique en gynécologie est significativement différent selon le programme d'études ($p=0,0001$) et d'autant plus entre le programme de 1985 et celui de 2001.

3.2.2. La gynécologie parmi les enseignements pratiques (questions 11 et 12)



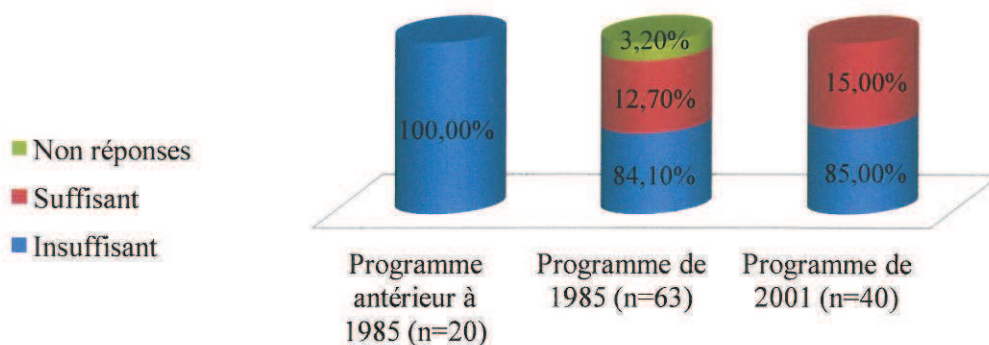
A peine trois quarts de notre population a participé à des consultations de suivi gynécologique en stage et seulement 11% estiment cet enseignement pratique suffisant pour assurer des consultations de suivi gynécologique de prévention.

**Participation à des consultations de suivi gynécologique
en stage réparti selon l'année d'obtention du diplôme
(n=123)**



Le pourcentage de participation à des consultations de suivi gynécologique augmente de façon régulière avec les changements de programme et donc avec l'augmentation du nombre d'années d'études.

**Estimation de l'enseignement pratique en gynécologie
pour assurer des consultations de suivi gynécologique
de prévention en fonction du programme d'études
(n=123)**



La moitié des sages-femmes diplômées avec le programme d'études antérieur à 1985 ont participé à des consultations de suivi gynécologique. Parmi ces sages-femmes, toutes estiment cet enseignement insuffisant pour assurer des consultations de suivi gynécologique.

L'estimation que les sages-femmes, diplômées avec les programmes d'études de 1985 et de 2001, ont fait de leur enseignement pratique en gynécologie n'est pas significativement différente ($p=0,15$).

3.3. Partie 3 : les sages-femmes et leurs nouvelles compétences en gynécologie

3.3.1. D'après la loi HPST (question 13)

Taux de réponses exactes	n (170)	%
Item 1 : les SF peuvent réaliser des consultations de suivi gynécologique de prévention... VRAI	164	96,47
Item 2 : les SF peuvent prescrire tous les moyens de contraception... VRAI	159	93,53
Item 3 : les SF peuvent réaliser une colposcopie. FAUX	167	98,24
Item 4 : les SF peuvent prescrire et interpréter les examens biologiques... VRAI	148	87,06
Item 5 : les SF ne peuvent pas prescrire un traitement hormonal substitutif... VRAI	164	96,47
Item 6 : les SF ne peuvent pas prescrire le vaccin contre le cancer du col... FAUX	137	80,59

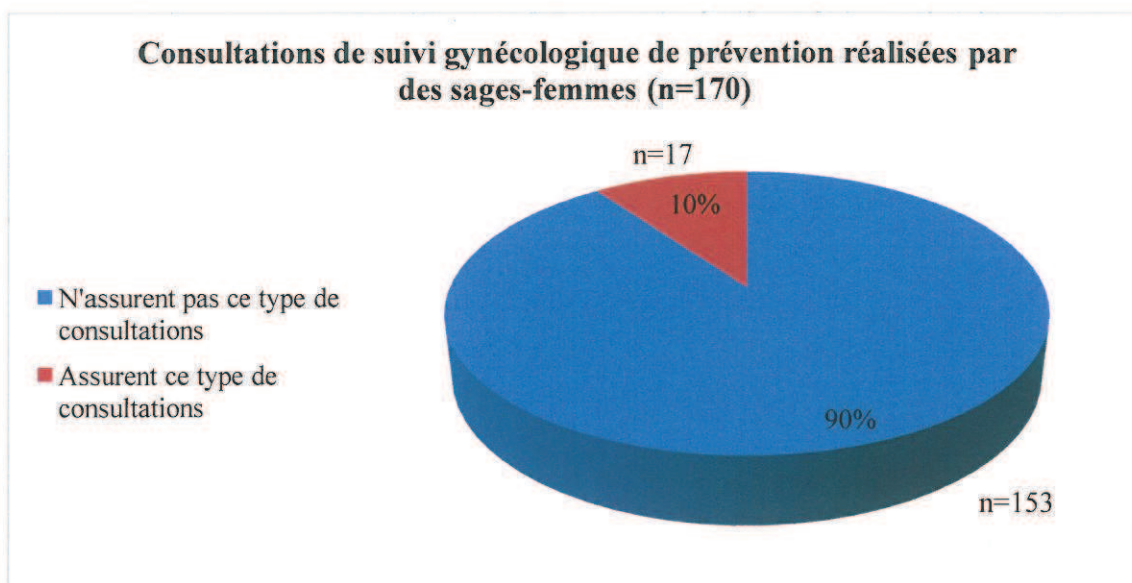
Les taux de réponses exactes sont très corrects. Les sages-femmes connaissent bien dans l'ensemble les compétences qu'elles possèdent en gynécologie. Malgré tout l'item 6 possède le taux de réponses exactes le plus faible alors que cette prescription est autorisée aux sages-femmes depuis janvier 2011.

3.3.2. D'après le référentiel métier (question 14)

Taux de réponses exactes	n (170)	%
Item 1 : l'anamnèse doit être orientée pour identifier les facteurs de risque médicaux... VRAI	167	98,24
Item 2 : l'examen clinique général de la patiente n'est pas nécessaire si elle consulte pour prescription d'une contraception. FAUX	158	92,94
Item 3 : ces consultations n'ont pas pour but de dépister les IST. FAUX	155	91,18
Item 4 : la SF doit planifier le suivi gynécologique de sa patiente. VRAI	151	88,82
Item 5 : ces consultations ne sont pas à visée préventive par rapport aux cancers gynécologiques. FAUX	162	95,29
Item 6 : en cas de pathologie, la SF adresse sa patiente à un médecin. VRAI	168	98,82

Pour cette question concernant le référentiel, une sage-femme n'a pas répondu et a précisé sur le questionnaire qu'elle ne connaissait pas celui-ci et ne pouvait donc pas répondre aux questions. L'item 4 possède le taux de réponses exactes le plus faible. La planification du suivi gynécologique des patientes ne fait pas encore partie des préoccupations de toutes les sages-femmes.

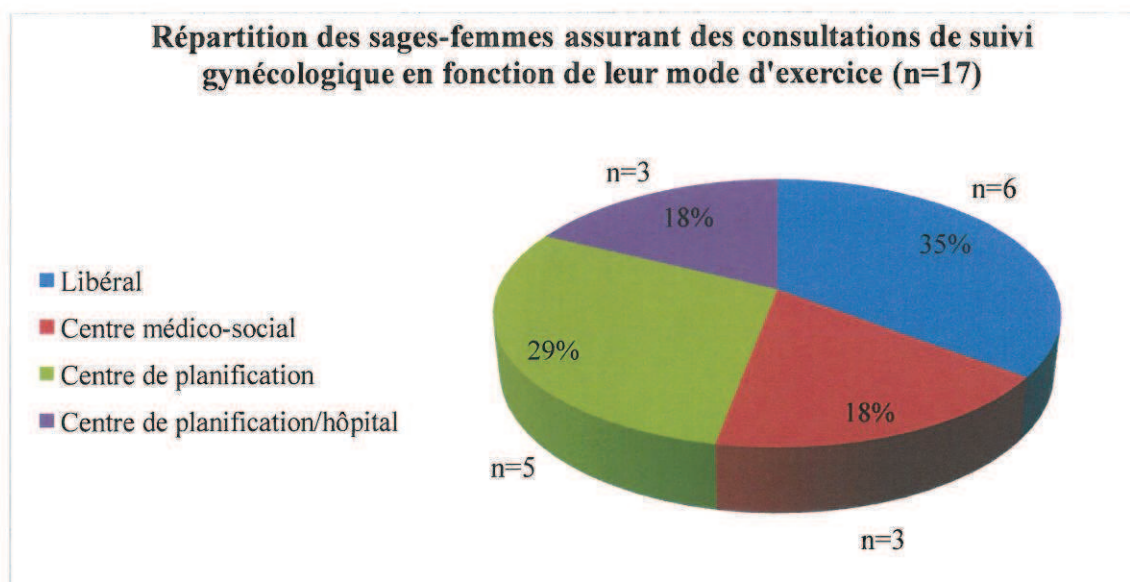
3.4. Partie 4 : vos pratiques actuelles en suivi gynécologique de prévention



Une faible proportion de sages-femmes parmi notre population assure des consultations de suivi gynécologique de prévention.

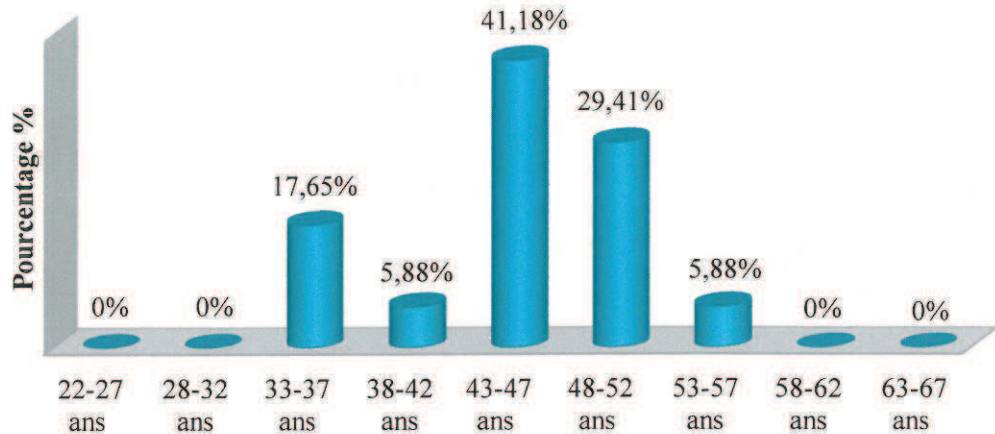
3.4.1. La pratique de consultations de suivi gynécologique de prévention

➤ Le profil des sages-femmes



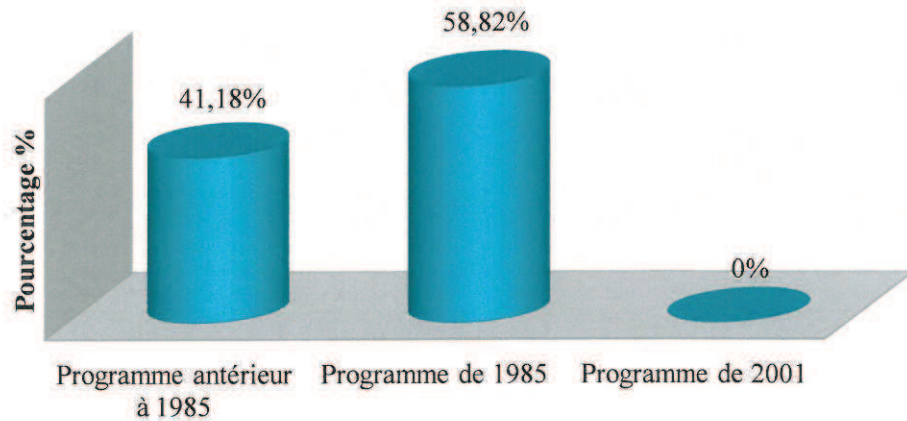
Les sages-femmes assurant des consultations de suivi gynécologique de prévention les plus nombreuses sont les sages-femmes territoriales (huit sages-femmes sur dix-sept).

Répartition des sages-femmes assurant des consultations de suivi gynécologique en fonction de leur âge (n=17)



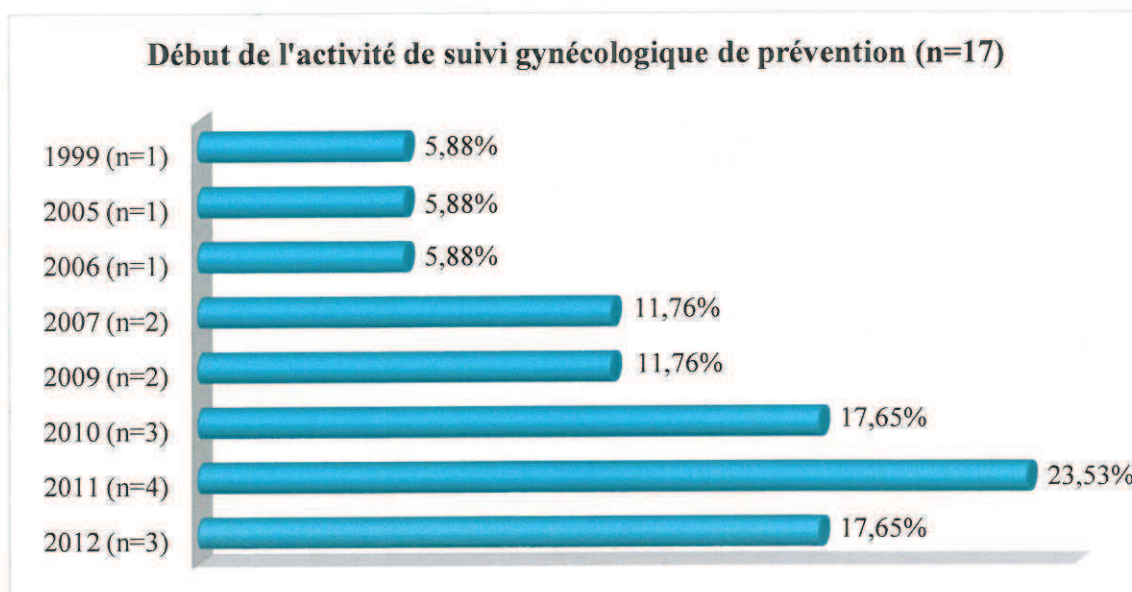
Les deux extrémités de la pyramide des âges de notre population n'assurent aucune consultation de suivi gynécologique de prévention. La sage-femme la plus jeune, assurant ces consultations, a 34 ans et la plus âgée a 54 ans. La catégorie la plus représentée comporte sept sages-femmes âgées de 43 à 47 ans.

Répartition des sages-femmes assurant des consultations de suivi gynécologique en fonction de leur programme d'études (n=17)



Les sages-femmes, assurant des consultations de suivi gynécologique de prévention, ont réalisé leurs études en trois années (41%) et en quatre années (58%).

➤ Le détail de leurs activités (questions 16 et 17)



L'année moyenne du début de la pratique de consultations de suivi gynécologique est 2008. La pratique de cette activité date de 1999 pour la plus ancienne et 2012 pour la plus récente. On peut s'interroger sur le contenu de cette activité puisque cette compétence en gynécologie n'était pas encore acquise pour les sages-femmes avant 2009.

Entre 1999 et 2007, les premières sages-femmes à assurer le suivi gynécologique étaient des sages-femmes territoriales et des sages-femmes hospitalières avec une activité en centre de planification. Avant 2009, aucune sage-femme libérale ne pratiquait des consultations de suivi gynécologique.

Le pourcentage de l'activité en gynécologie par rapport à l'activité globale :

L'activité en gynécologie	1%	2%	5%	10%	20%	30%	35%	80%
Effectifs (n=17)	3	1	4	3	1	3	1	1

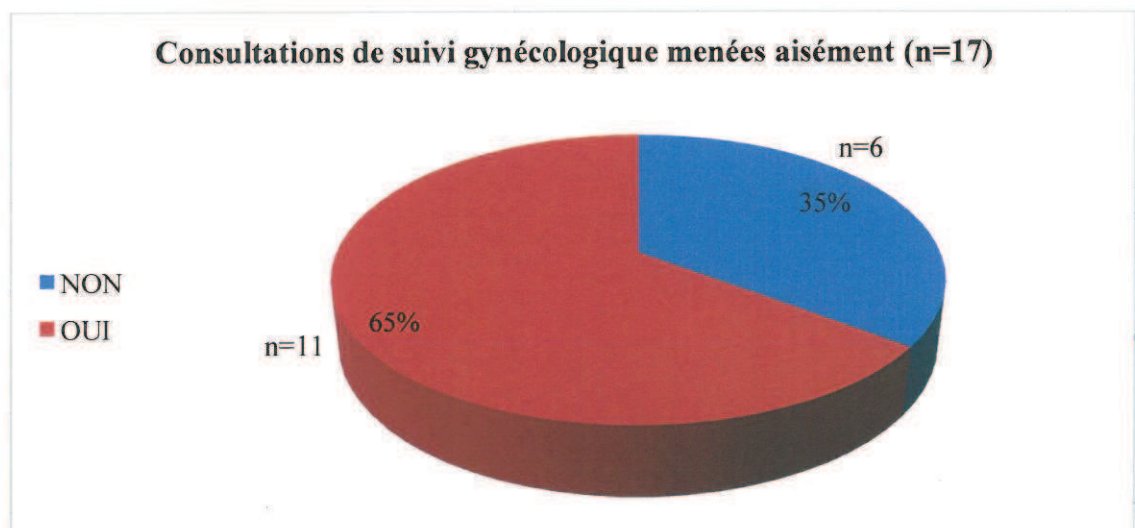
Il n'y a qu'une sage-femme pour qui le suivi gynécologique représente la majorité de son activité. Celle-ci exerce dans un centre de planification au sein d'un hôpital.

➤ Le profil des patientes les plus fréquemment prises en charge selon le mode d'exercice (question 18) :

Sages-femmes libérales (n=6)	• Femmes en âge de procréer > autres femmes (n=6)
Sages-femmes territoriales (n=8)	• Mineures > autres femmes (n=7)
Sages-femmes de planification/hôpital (n=3)	• Femmes en âge de procréer > autres femmes (n=3)

Les femmes ménopausées ne font pas parties des patientes prises en charge fréquemment par les sages-femmes, en revanche les mineures et les femmes en âge de procréer le sont. On remarque que le profil des patientes prises en charge par les sages-femmes est significativement différent selon leurs modes d'exercice ($p=0,021$).

➤ L'aisance à mener les consultations (question 19 et 20)

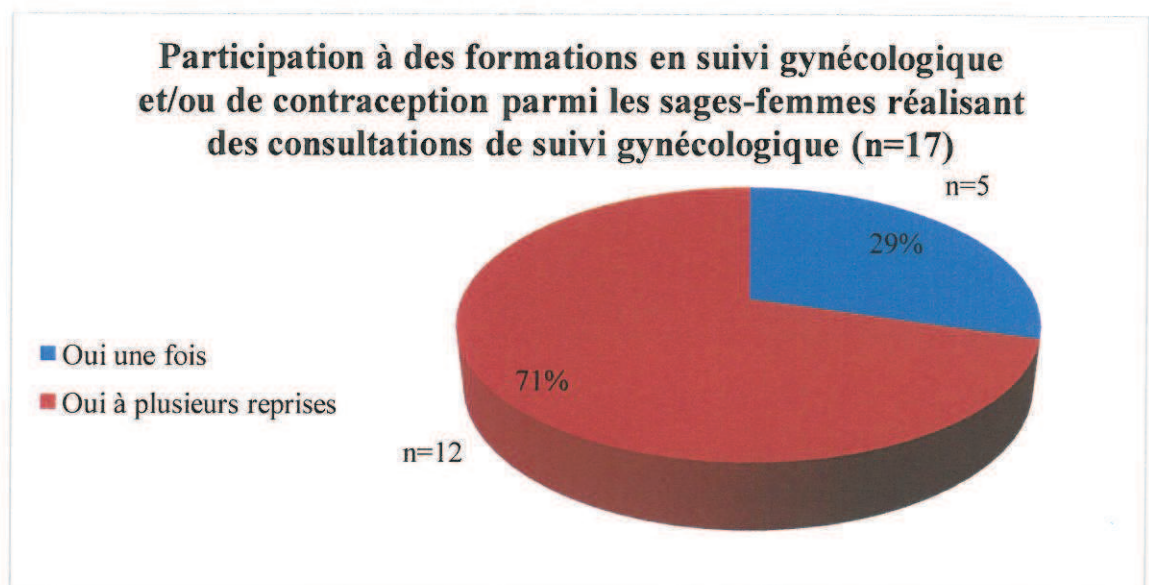


Plus d'un tiers des sages-femmes estiment ne pas mener aisément leurs consultations.

Les arguments des sages-femmes, concernant leurs façons de mener les consultations de suivi gynécologique, sont :

Avec aisance (n=11)		Avec difficultés (n=6)	
	n		n
Force de l'habitude	3	Manque de formation	2
Structure d'exercice : centre de planification	1	Activité débutante	2
Non réponses	6	Manque de formation et d'expérience	1
Non exploitable	1	Peu de patientes	1

Le taux de non réponses est élevé pour les arguments en faveur des consultations menées aisément. C'est une question ouverte et très personnelle, ce qui peut expliquer ce taux de non-réponses. On souligne que deux sages-femmes ont désigné le manque de formation comme argument les mettant en difficultés.

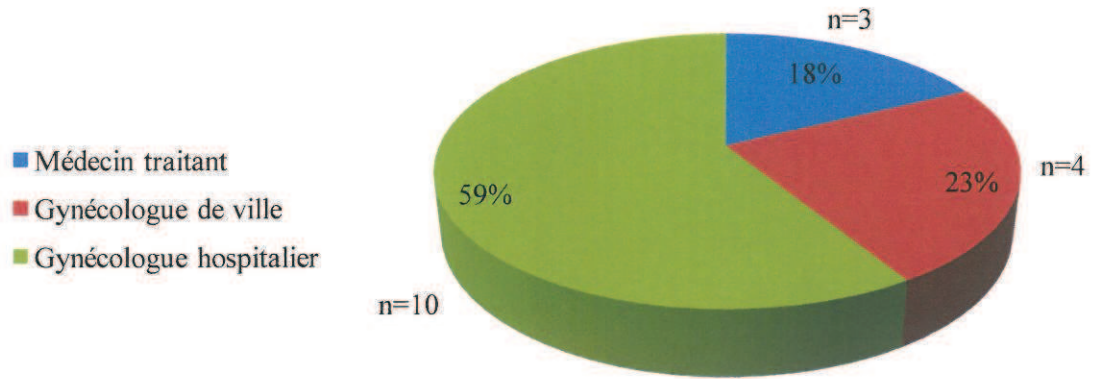


Toutes les sages-femmes qui assurent des consultations de suivi gynécologique de prévention ont participé au moins une fois à une formation en gynécologie et/ou contraception.

La participation à une formation en gynécologie et/ou contraception n'a pas d'influence sur le fait de mener aisément les consultations de suivi gynécologique en effet la différence n'est pas significative ($p=0,605$).

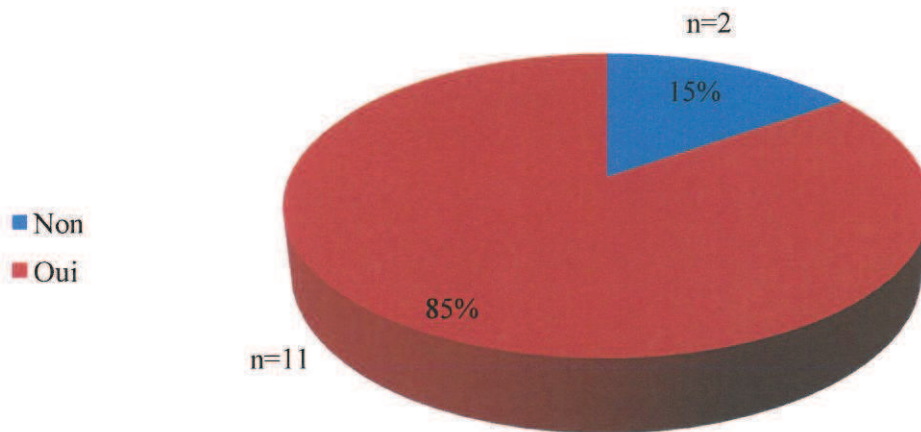
➤ La collaboration avec les médecins (questions 21 et 22)

En cas de pathologie et en 1ère intention la sage-femme adresse sa patiente au : (n=17)



Dans le cadre du suivi gynécologique de prévention, les sages-femmes collaborent plus souvent avec les gynécologues hospitaliers.

Collaboration suffisante pour les sages-femmes (n=13)



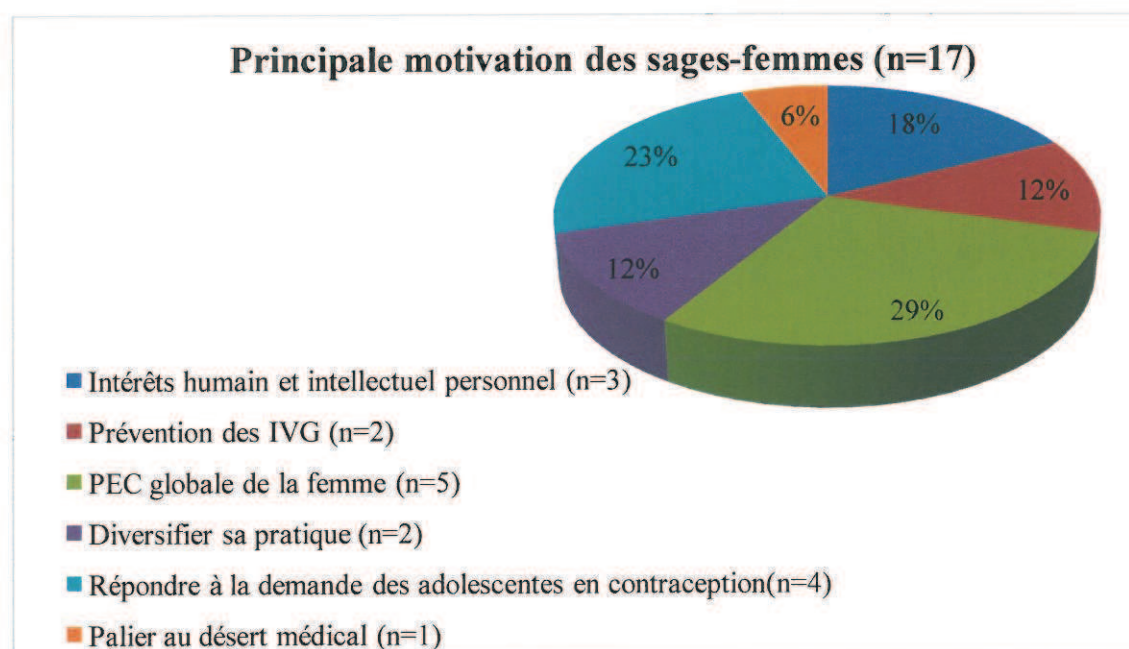
Deux sages-femmes n'ont pas répondu à cette question. L'une a débuté son « activité très récemment et n'a pas encore eu l'occasion d'adresser une patiente » ; l'autre a précisé que « cette collaboration dépendait du cas et de la personne ».

Les arguments des sages-femmes, concernant la collaboration avec le médecin lorsqu'elles adressent une patiente, sont :

Satisfaisante (n=11)	n	Non satisfaisante (n=2)	n
Toujours retours des courriers envoyés	3	Pas de retours des courriers envoyés	1
Gynécologue présent au centre de planification ou au centre médico-social	3	Non réponses	1
Non réponses	5		

Le taux de non réponses est très élevé pour cette question. Malgré tout, un argument ressort. Les sages-femmes, qui travaillent en centre de planification ou centre médico-social, estiment la collaboration satisfaisante avec le médecin du faite de sa proximité.

➤ La principale motivation pour les sages-femmes (question 23)



La motivation évoquée par cinq sages-femmes sur dix-sept est de pouvoir prendre en charge globalement leurs patientes et donc instaurer une continuité entre le suivi de grossesse et le suivi gynécologique de prévention.

Principales motivations des sages-femmes en fonction de leur mode d'exercice (n=17) :

	Sages-femmes territoriales (n=8)	Sages-femmes libérales (n=6)	Sages-femmes de planification/hôpital (n=3)
Intérêts humain et intellectuel personnel	n=2 25%		n=1 33,33%
Cadre de la prévention des IVG	n=1 12,50%		n=1 33,33%
Prise en charge globale de la femme		n=5 83,33%	
Diversification de la pratique		n=1 16,67%	n=1 33,34%
Répondre à la demande des adolescentes	n=4 50%		
Palier au désert médical	n=1 12,50%		

La prise en charge globale des femmes est plutôt un argument évoqué par les sages-femmes libérales (cinq sages-femmes sur six) tandis que la réponse en termes de contraception à la demande des adolescentes est un argument évoqué par des sages-femmes territoriales uniquement (quatre sages-femmes sur huit).

3.4.2. La non pratique des consultations de suivi gynécologique de prévention

➤ Les principales raisons des sages-femmes (question 24)

Principales raisons (n=149)	n	%
Pas de consultations ouvertes aux sages-femmes dans l'établissement fréquenté	65	43,62
Pas de formation suffisante	32	21,48
Ne travaille pas dans le service de consultations	25	16,78
Possède une autre activité principale (préparation à la naissance, échographie...)	8	5,37
Manque d'intérêt pour la gynécologie de prévention	7	4,70
Raisons liées à l'organisation interne du centre de planification ou du centre médico-social	5	3,36
Autres	7	4,68

Pour cette question, quatre sages-femmes n'ont pas répondu.

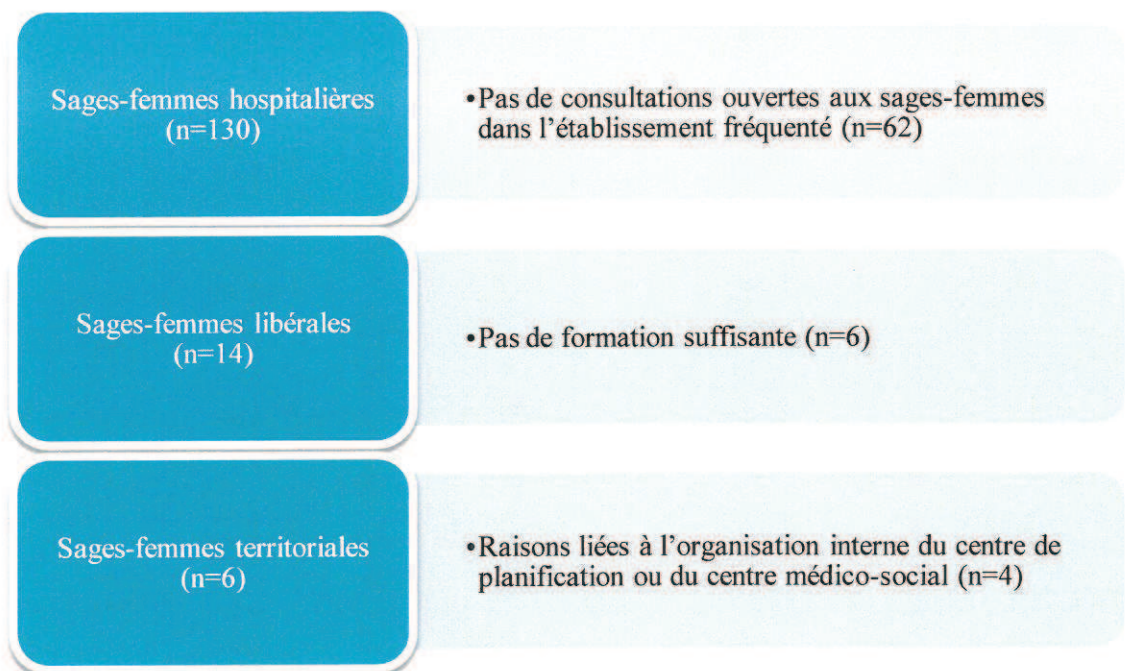
L'item « autres » rassemble les raisons suivantes :

- « Ne réalise pas de consultations avant d'avoir effectué la formation demandée » cité une fois.
- « Fin de carrière » cité une fois.
- « Pas de souhait d'élargir ses compétences en gynécologie car déjà beaucoup d'activité » cité deux fois.
- « Jeune diplômée et préfère se consacrer à l'obstétrique » cité deux fois.
- « Activité pas encore très développée » cité une fois

L'argument évoqué quasiment une fois sur deux par les sages-femmes est l'absence de plages horaires dédiées aux consultations de suivi gynécologique de prévention au sein de leur établissement. Quelques sages-femmes ont apporté des précisions à ce sujet : « il y a un manque de volonté d'ouvrir ces consultations aux sages-femmes de la part de l'établissement dans lequel je travaille » ; « au sein de la clinique ce type d'activité serait mal perçu par les gynécologues » ou encore « il y a un immobilisme de l'hôpital et pas assez de temps de consultations dégage ».

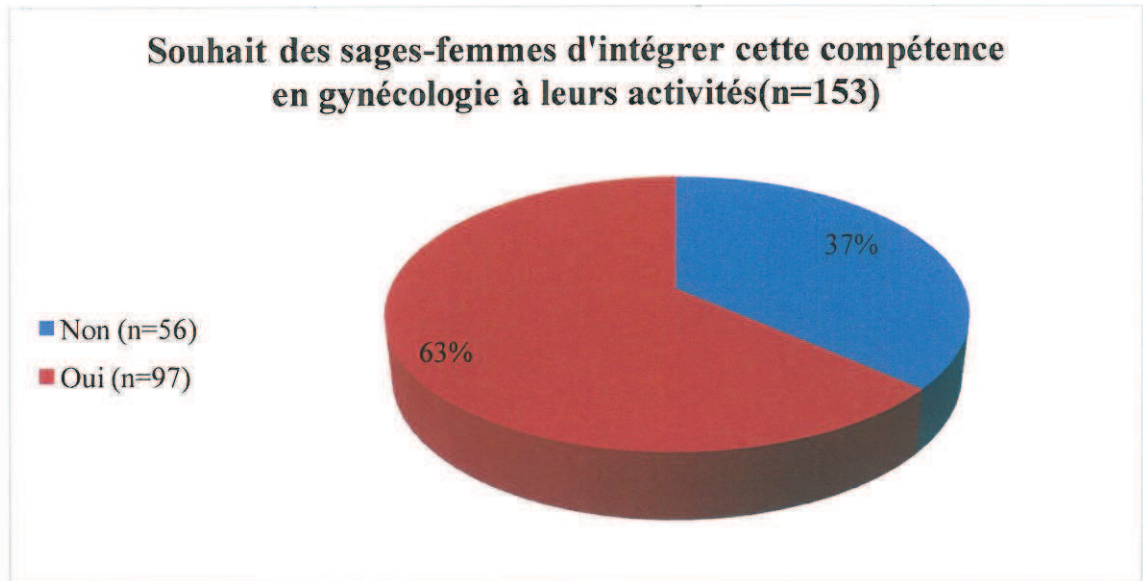
Seulement 58 sages-femmes ont donné un second argument par rapport au fait qu'elles ne réalisaient pas ce type de consultations. Parmi celles-ci deux sages-femmes ont cité : l'absence de Diplôme Universitaire de gynécologie de prévention pour réaliser des consultations (d'après elles ce DU est exigé).

Les principales raisons évoquées par les sages-femmes qui ne réalisent pas de consultations de suivi gynécologique de prévention en fonction de leur mode d'exercice :



On remarque que les raisons évoquées par les sages-femmes qui ne pratiquent pas de consultations de suivi gynécologique de prévention sont influencées par le mode d'exercice. En effet, la différence est significative ($p=0,0372$).

- Souhait d'intégrer cette compétence à son activité (question 25)

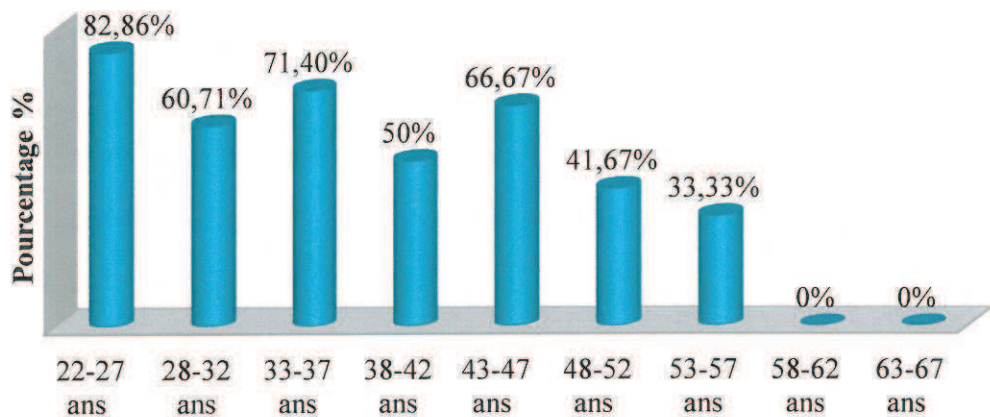


Presque deux tiers de la population qui n'effectuent pas de consultations de suivi gynécologique actuellement souhaiteraient intégrer cette compétence à leurs activités.

Souhait d'intégrer cette compétence à son activité en fonction du mode d'exercice (n=153)	NON	OUI
Sages-femmes libérales (n=14)	n=6 42,86%	n=8 57,14%
Sages-femmes territoriales (n=6)	n=0 0 %	n=6 100%
Sages-femmes hospitalières (n=130)	n=46 35,38%	n=84 64,62%
Sages-femmes dont l'activité est mixte (n=3) (Libéral et établissement de santé)	n=2 66,67%	n=1 33,33%

Le souhait d'intégrer cette compétence est surtout marqué chez les sages-femmes territoriales. En effet, elles souhaitent réaliser des consultations de suivi gynécologique. Tandis que pour les sages-femmes ayant un autre mode d'exercice, les avis sont plus partagés. Le mode d'exercice n'est pas associé significativement au souhait d'intégrer cette compétence à son activité (p=0,11).

Souhait d'intégrer cette compétence à son activité en fonction de l'âge (n=153)

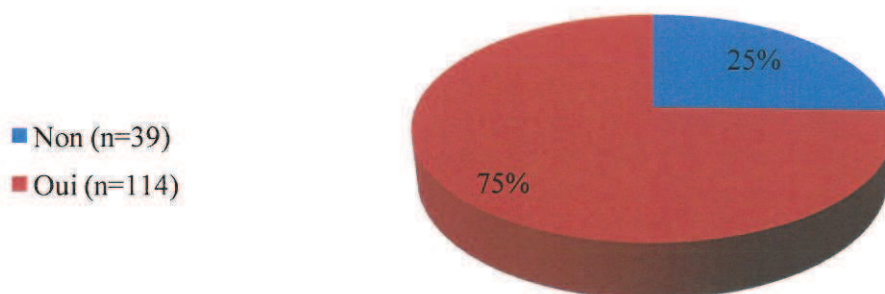


Le souhait d'intégrer cette compétence à son activité est influencé de façon significative par l'âge de la sage-femme ($p=0,0002$).

Les sages-femmes qui souhaitent intégrer cette compétence à leurs activités ont en moyenne 34 ans.

- Volonté de participer à une formation en gynécologie/contraception à l'avenir (question 26)

Participation à des formations en gynécologie/contraception envisagée pour l'avenir (n=153)



Trois quarts des sages-femmes ne réalisant pas de consultations de suivi gynécologique de contraception envisagent de participer à une formation à l'avenir. Parmi celles-ci 63% n'ont jamais participé à ce type de formation.

➤ Arguments des sages-femmes (questions 27 et 28)

Participation à des formations en suivi gynécologique/contraception envisagée pour l'avenir (plusieurs réponses possibles)	n	%
Nouveau projet professionnel	41	25,31
Actualiser sa pratique aux compétences en gynécologie	95	58,64
Autres	26	16,05

L'item « autres » regroupe entre autres :

- Participation à ce type de formation en lien avec le projet d'installation en libéral pour effectuer le suivi global des femmes (cité huit fois).
- Informations de qualité apportées aux patientes en suites de couches (cité trois fois).
- Promouvoir ou développer les visites post-natales et les consultations de prévention au sein de l'établissement de santé fréquenté (cité trois fois).
- Participation à ce type de formation dans le but de diversifier sa pratique actuelle (cité 10 fois).

Participation à des formations en suivi gynécologique/contraception non envisagée pour l'avenir (plusieurs réponses possibles)	n	%
Manque de motivation	13	25,5
Manque d'intérêt pour le sujet	17	33,33
Manque de temps pour participer à une formation	4	7,84
Manque de moyen financier	6	11,76
Autres	11	21,57

L'item « autres » regroupe entre autres :

- Formation refusée par l'établissement fréquenté (cité deux fois).
- Formations concernant la grossesse et le post-partum auraient plus d'intérêt (cité quatre fois).
- Pas d'intérêt pas car pas de possibilité de mettre en application au sein de l'établissement fréquenté (cité quatre fois).

DISCUSSION

1. PROFIL DE LA POPULATION ETUDIEE

Selon le Conseil National de l'Ordre des sages-femmes(62), 23 365 sages-femmes ont été recensées en 2010 en France dont 488 sages-femmes actives en Seine-Maritime. Notre étude porte sur la participation de 170 sages-femmes ce qui représente un peu plus d'un tiers de la population de sages-femmes seinomarines. Cet effectif est moyen et ne peut donc être considéré comme représentatif de la population générale.

Le principal mode d'exercice des sages-femmes de notre population d'étude est hospitalier puisqu'il représente 76%, ce qui est représentatif de la population générale. En effet, au niveau national ce taux est de 74% et pour le département 75%(62).

En Seine-Maritime, le secteur libéral n'est pas encore très développé et ne représente que 10% de la population générale des sages-femmes. Par rapport au département, notre population d'étude est bien représentée (11%). En revanche, elle est sous-représentée par rapport à la moyenne nationale qui est proche de 14%.

Les sages-femmes territoriales de Seine-Maritime représentent 4% de la population générale, ce qui correspond parfaitement à la moyenne nationale. Notre population d'étude n'est pas représentative puisqu'elle est sur-représentée (8%). Cela est certainement lié à l'intérêt que les sages-femmes territoriales portent à ce sujet. En effet, parmi celles qui ne réalisent pas de consultations de suivi gynécologique de prévention, elles ont toutes exprimé le souhait d'inverser cette tendance. Le Schéma départemental en faveur de l'Enfance et de la Famille de 2011/2015 développé par le conseil général de Seine-Maritime(71) favorise les consultations à visée préventive grâce aux centres de planification. Ce domaine est donc très valorisé pour les sages-femmes territoriales.

Les sages-femmes interrogées ont en moyenne 37,6 ans, ce qui est en dessous de la moyenne nationale de 41 ans(6) ainsi notre échantillon n'est pas représentatif. Les classes d'âges 22-27 ans et les 43-47 ans sont majoritairement représentées. On peut émettre l'hypothèse que les sages-femmes jeunes diplômées sont encore très sensibles aux problématiques des études et entres autres à la réalisation du mémoire de fin d'étude et se sont plus investies dans le remplissage du questionnaire par rapport aux autres sages-femmes. Elles débutent leur carrière dans le secteur hospitalier pour la grande majorité d'entres-elles et ce secteur est le plus représenté au sein de notre étude. Par ailleurs, 40% des sages-femmes assurant des consultations de suivi gynécologique

appartiennent à la classe d'âge 43-47 ans. Faisant partie de leur activité, ce sujet a donc suscité un intérêt tout particulier pour la participation à cette enquête.

Au sein de notre population, les sages-femmes formées en quatre années sont les plus représentées (51%). Ces sages-femmes ont obtenu leur diplôme entre 1989 et 2006. D'une part, c'est la durée la plus importante entre deux changements de programme, ce qui peut expliquer que proportionnellement cette catégorie de sages-femmes soit plus représentée que les autres. D'autre part, durant les années 1990, le numerus clausus pour les étudiants sages-femmes a fortement augmenté pour se stabiliser dans les années 2000(17). Ce qui peut expliquer que la répartition en termes de durée de formation n'est pas uniforme au sein de notre population.

2. HYPOTHESES DE TRAVAIL

2.1. Première hypothèse : « La formation initiale des sages-femmes complétée par une réactualisation des connaissances est suffisante pour assurer des consultations de suivi gynécologique de prévention de qualité ».

Avec l'évolution de la formation initiale durant les trente dernières années et l'acquisition de nouvelles compétences dans le domaine de la gynécologie en 2009 par la loi HPST(56), les sages-femmes peuvent étoffer leurs rôles de prévention dans ce domaine. Mais se sentent-elles prêtes à assurer ce rôle ?

Les sages-femmes ayant répondu à notre questionnaire sont plutôt bien informées des compétences que la loi HPST leur a donné(56). En effet, les taux de réponses exactes sont très bons et varient entre 80% et 98%. Le taux le plus faible de réponses exactes concerne le droit de prescription du vaccin contre le cancer du col. Cette prescription est dirigée vers les jeunes filles n'ayant pas eu de rapports sexuels ou dans l'année qui suit. On peut émettre une hypothèse concernant ce résultat : les sages-femmes sont peu amenées à prendre en charge ces jeunes filles et n'utilisent que très exceptionnellement ce droit de prescription qu'elles possèdent depuis janvier 2011. Les jeunes filles se tournent plus vers le médecin traitant pour compléter le schéma vaccinal

plutôt que vers une sage-femme. Parallèlement, les sages-femmes sont peu consultées par les femmes en dehors du suivi de grossesse.

Au sein de notre population d'étude, on remarque que 66% des sages-femmes, ayant fait leurs études en trois ans, ont bénéficié d'un enseignement théorique en gynécologie et seulement la moitié d'entre-elles ont pu participer à des consultations de suivi gynécologique pendant leurs stages. Les sages-femmes, formées en trois et quatre ans, soulignent le manque d'approfondissement des connaissances dans leur formation initiale. Néanmoins, leur formation était adaptée aux compétences qu'elles possédaient à ce moment là. Avec l'augmentation de la durée de la formation (trois, puis quatre et aujourd'hui cinq ans), cette tendance s'est inversée. En effet, les sages-femmes, ayant obtenu le concours d'entrée à l'école de sages-femmes par la première année de médecine, ont toutes bénéficié de cours théoriques en gynécologie et 90% ont participé à des consultations pendant leurs stages.

Malgré le renforcement de la formation initiale en gynécologie, contraception, sexologie et psychologie, 75% des sages-femmes de notre population d'étude pensent que la formation initiale théorique n'est pas suffisante pour assurer des consultations de suivi gynécologique de prévention.

Concernant l'enseignement clinique par le biais des stages, plusieurs sages-femmes ont ajouté un commentaire sur le questionnaire. Elles ont précisé qu'au cours de leurs stages leur participation aux consultations de gynécologie n'était que peu active. En effet, les consultations de suivi gynécologique au sein des établissements de santé sont souvent orientées vers du suivi très spécialisé et non pas de prévention. Ces sages-femmes expriment le manque d'adéquation entre les compétences qu'ont leurs donneurs et l'apprentissage clinique sur les terrains de stage.

Le gouvernement impulse des changements et des compétences supplémentaires pour les sages-femmes. La profession est alors valorisée. Cette évolution semble logique puisqu'elle a pour finalité la prise en charge globale de la femme tout au long de sa vie. La problématique actuelle concerne l'acquisition de nouvelles compétences instaurées par la loi HPST(56) et les programmes d'enseignement qui leurs correspondent. Les programmes sont actuellement en plein remaniement avec l'introduction du master de sciences maïeutiques. Il serait souhaitable que les terrains de stage soient également modifiés afin que la formation clinique soit la plus adaptée possible à l'apprentissage des compétences que l'étudiant sage-femme doit acquérir durant sa formation. Par conséquent, les objectifs de stage devraient être adaptés ainsi

que les feuilles d'appréciation de stage. Il serait normal qu'un relevé des actes réalisés en gynécologie et en consultations de contraception soit mis en place pour tous les étudiants au même titre que le relevé des actes en obstétrique ou en pédiatrie qui est actuellement en vigueur. Un stage obligatoire encadré par des sages-femmes qui pratiquent ce type de consultations serait très adapté. On rappelle que « dans le cadre de son exercice professionnel, la sage-femme a le devoir de contribuer à la formation des étudiants sages-femmes et de ses pairs ». C'est un devoir pour toute sage-femme notifié dans le Code de Déontologie(26). Les sages-femmes quelque soit leur mode d'exercice ne peuvent donc refuser de contribuer à la formation des étudiants.

Certes il existe des formations complémentaires au Diplôme d'Etat de sage-femme afin de se perfectionner dans le domaine de la gynécologie et notamment le Diplôme Universitaire (DU) de régulation des naissances et de suivi gynécologique de prévention mais l'exercice de cette compétence n'est pas soumise à l'obtention d'un DU. Cette notion n'est pas connue de toutes. La formation initiale devrait suffire à elle-même pour que les sages-femmes exercent en toute sécurité et offrent des soins de qualité optimale. Au sein de notre population, deux sages-femmes ont précisé sur le questionnaire qu'elles ne pouvaient réaliser ce type de consultations et ont justifié par le fait qu'elles ne possédaient pas le DU correspondant.

Malgré une bonne connaissance de leur champ de compétence en gynécologie, les sages-femmes ne se sont pas complètement appropriées ces compétences. Les sages-femmes connaissent leurs limites actuelles et remettent en question la formation initiale.

Une partie de notre première hypothèse semble infirmée : la formation initiale n'est pas suffisante pour assurer ce type de consultations.

En ce qui concerne les formations en gynécologie et/ou contraception, 43% de notre population a participé au moins une fois à ce type de formation. Ce taux prouve que les sages-femmes sont intéressées par ce domaine et qu'elles ressentent le besoin de réactualiser leurs connaissances. Cependant pour plus de la moitié des sages-femmes, la dernière formation a été effectuée il y a un an ou plus. On rappelle que la loi autorisant les sages-femmes à pratiquer l'insertion, le suivi et le retrait des dispositifs intra-utérins et des implants contraceptifs date de juillet 2012(31). Les formations effectuées avant

cette date n'ont donc pas permis la mise à jour des connaissances théoriques et pratiques puisque cette compétence n'était pas encore acquise pour les sages-femmes.

Parmi les sages-femmes qui n'ont jamais participé à ce type de formation, la moitié d'entre-elles a moins de dix ans d'expérience professionnelle. Ce paramètre est à prendre en compte. On pourrait penser que la formation initiale de ces jeunes sages-femmes n'est pas si lointaine et qu'elles ne ressentent pas le besoin d'une réactualisation de leurs connaissances dans ce domaine. Or, ces sages-femmes n'ont jamais eu l'occasion d'apprendre à poser ou à retirer des dispositifs intra-utérins ou des implants contraceptifs étant donné que cette compétence a été acquise en juillet 2012. Les sages-femmes, ayant moins de dix ans d'expérience professionnelle et n'ayant jamais participé à des formations de suivi gynécologique et/ou contraception ont quasiment toutes répondu qu'elles souhaiteraient à l'avenir participer à ce type de formation. Cette réponse reflète l'attitude responsable des sages-femmes dans le cadre de leur exercice professionnel.

La totalité des sages-femmes réalisant des consultations de suivi gynécologique de prévention a participé au moins à une reprise à une formation en gynécologie et/ou contraception et deux d'entre-elles possèdent le DU de régulation des naissances et de suivi gynécologique. Ce DU a été créé assez récemment et n'est pas accessible au sein de toutes les universités, ce qui peut expliquer sa faible représentativité.

Parmi les sages-femmes qui ne réalisent pas de consultations de suivi gynécologique, 63% d'entre-elles souhaiteraient intégrer cette compétence à leurs activités. Pour le faire, 75% des sages-femmes souhaiteraient participer à une formation. Selon une étude de 2011(43), 100% des sages-femmes ont confirmé la nécessité d'une formation complémentaire pour pratiquer le suivi gynécologique de prévention. Notre taux est plus faible que celui de cette enquête cependant il reste important.

Une partie de notre première hypothèse semble confirmée : une réactualisation des connaissances est nécessaire pour assurer des consultations de suivi gynécologique de prévention.

Au total, cette première hypothèse ne peut être complètement confirmée. Malgré une augmentation des enseignements théoriques dispensés, l'apprentissage clinique n'est pas assez approfondi. Celui-ci semble comblé grâce à l'actualisation des connaissances par des formations complémentaires au Diplôme d'Etat.

2.2. Deuxième et troisième hypothèses : « Les sages-femmes libérales et territoriales développent plus ce versant de la profession avec la volonté d'atteindre les objectifs de santé publique (diminuer le taux d'IVG, dépister précocement les cancers...). Pour les sages-femmes hospitalières, le cœur du métier est l'obstétrique ».

Les consultations de suivi gynécologique de prévention ne sont réalisées que par 10% des sages-femmes de notre population d'étude. Les sages-femmes ne sont pas encore très impliquées dans ce domaine. Selon l'enquête du Conseil Inter-régional du secteur 2 (Nord-Pas de Calais, Picardie, Champagne-Ardenne, Alsace et Lorraine) datant de 2010(12), 8,5% des sages-femmes réalisent des consultations de suivi gynécologique de prévention. Notre échantillon est légèrement sur-représenté par rapport à cette enquête, cependant cette enquête a été effectuée il y a trois ans. La différence est en corrélation avec ce délai.

On constate grâce à notre enquête que les sages-femmes qui assurent un suivi gynécologique auprès des femmes sont majoritairement territoriales. Au sein de notre population, on compte quatorze sages-femmes territoriales. Huit d'entre-elles assurent des consultations de suivi gynécologique de prévention. Ces sages-femmes exercent dans des centres de planification ou dans des centres médico-sociaux. Celles qui ne proposent pas ce type de consultations ne le font pas par choix mais pour des raisons liées à l'organisation interne du centre dont elles dépendent.

Epaulées par les médecins présents au sein de ces centres, elles peuvent leurs adresser des patientes rapidement en cas de pathologie. Les sages-femmes exerçant dans un centre de planification au sein d'un hôpital ont également créé un partenariat avec les médecins. Toutes ces sages-femmes ont précisé que la collaboration en cas de pathologie avec le médecin était satisfaisante du fait de la proximité avec celui-ci.

La prise en charge des adolescentes compose la majorité de leurs activités. La principale motivation des sages-femmes est d'assurer une couverture contraceptive aux adolescentes demandeuses et ainsi contribuer à la diminution du taux de grossesses non souhaitées.

La prévention gynécologique et la contraception ne représentent pas la part la plus importante de leur activité, en effet les taux varient entre 1 et 35%. Au sein de la population, il n'y a qu'une sage-femme pour qui cette activité représente la grande

majorité de son exercice. C'est pour elle un choix, les motivations évoquées sont que cette compétence doit être développée afin de découvrir un autre domaine et avoir une autre vision de la profession de sage-femme.

Au sein de notre population, six sages-femmes libérales sur vingt assurent des consultations de suivi gynécologique de prévention. Cinq sages-femmes proposent ce suivi de prévention à leurs patientes dans un but de prise en charge globale afin de poursuivre la relation établie au cours du suivi de grossesse. La majorité des patientes qu'elles prennent en charge sont des femmes en âge de procréer. Cependant cette activité représente une faible part de leur activité globale. Elles qualifient de satisfaisante la collaboration qu'elles ont avec le médecin en cas de pathologie. C'est une notion très importante puisqu'elle peut nuire à la qualité du suivi de la femme si elle est mauvaise.

Parmi les quatorze sages-femmes libérales qui ne réalisent pas ce suivi gynécologique, huit souhaiteraient le faire à l'avenir. Il y a plus de réticence de la part des sages-femmes libérales que des sages-femmes territoriales à s'investir dans ce domaine. Les sages-femmes libérales interrogées ont évoqué le fait que l'activité au sein de leur cabinet était déjà très dense et ne permettait pas d'élargir leur exercice au suivi gynécologique de prévention.

Les sages-femmes de notre population d'étude assurant des consultations de suivi gynécologique de prévention ont en moyenne 44,7 ans, l'écart entre les âges est compris entre 34 et 54 ans. Le profil de ces sages-femmes est bien particulier, elles sont plus âgées que notre population générale. La sage-femme libérale la plus jeune assurant des consultations de suivi gynécologique de prévention a 37 ans et la sage-femme territoriale a 34 ans. Le suivi gynécologique de prévention est une compétence que les sages-femmes développent plutôt en deuxième partie de carrière en lien avec leur mode d'exercice libéral ou territorial. 58% de ces sages-femmes ont été formées en quatre ans, ce qui explique qu'elles ont ressenti le besoin de réactualiser leurs connaissances en rapport avec l'augmentation de leur champ de compétence.

Notre seconde hypothèse semble confirmée : les sages-femmes territoriales et libérales développent leur compétence en gynécologie dans le but d'atteindre les objectifs de santé publique pour les unes et d'instaurer un suivi globale de leurs patientes pour les autres.

Aucune sage-femme hospitalière de notre population ne réalise de suivi gynécologique de prévention. La raison évoquée le plus souvent (une fois sur deux) pour justifier cette non-pratique est qu'il n'y a pas de consultations ouvertes aux sages-femmes au sein des structures dans lesquelles elles exercent. Les sages-femmes ont également précisé qu'elles étaient affectées dans les services d'hospitalisation ou de salle de naissance. L'activité de suivi gynécologique de prévention n'est pas donc pas compatible avec ces secteurs.

On peut s'interroger : est-ce un réel problème d'organisation par rapport à l'affectation dans un service autre que celui de consultations ou est-ce que les sages-femmes sont réticentes à développer cette activité ?

Plusieurs sages-femmes ont cité le manque d'investissement de l'établissement dans lequel elles exercent pour développer cette activité et pour leur ouvrir des consultations. D'autre part, l'exercice en secteur privé n'est pas le plus favorable. Plusieurs sages-femmes pensent que développer cette activité serait mal perçue par les médecins de la clinique.

Les sages-femmes hospitalières ont répondu pour 63% d'entre-elles qu'elles souhaiteraient intégrer cette compétence à leurs pratiques actuelles. Dans cette continuité, elles souhaiteraient participer à des formations en suivi gynécologique et/ou contraception pour actualiser leurs pratiques aux compétences qu'on leur a confié. C'est la première réponse qu'elles ont donné. La seconde serait de participer à des formations avec pour projet une installation en libéral et ainsi pouvoir assurer le suivi global des femmes. Seulement sept sages-femmes de notre étude ont cité le manque d'intérêt pour la gynécologie de prévention pour justifier leur non pratique des consultations de suivi gynécologique.

Le mode d'exercice des sages-femmes le plus développé est celui en établissement de santé. La structure hospitalière n'étant pas un atout pour développer cette compétence comme l'on vient de l'expliquer, ce qui explique ce faible taux.

Notre dernière hypothèse semble confirmée : pour les sages-femmes hospitalières, le cœur du métier est orienté vers l'obstétrique, malgré elles.

3. PERSPECTIVES D'AVENIR

La représentation de la profession de sage-femme a été bouleversée durant les années 2000 et tend à être de plus en plus valorisée (augmentation de la durée des études avec valorisation des compétences médicales de la profession, élargissement du champ de compétences et des droits de prescription, évolution du secteur libéral...)

Selon les perspectives d'avenir et l'augmentation du nombre d'installations de sages-femmes en libéral(6), le mode d'exercice des sages-femmes va certainement être modifié dans quelques années. Le secteur libéral tend en effet, à se développer de plus en plus. En 2030, une sage-femme sur trois exercera dans un cabinet libéral(6). Les sages-femmes recherchent une autre approche de la profession et diversifient d'avantage leurs activités (suivi obstétrical, préparation à la naissance, sophrologie, acupuncture, visite post-natale et suivi gynécologique de prévention...). 63% des sages-femmes de notre étude ont ainsi répondu qu'elles souhaitaient intégrer le suivi gynécologique de prévention à leurs activités.

Dans une approche plus médico-sociale, les sages-femmes territoriales vont à l'avenir être amenées à participer au suivi de prévention des adolescentes au sein des centres de planification et également des femmes qui vivent dans un milieu social défavorisé. Ces consultations vont certainement se mettre en place pour pallier au désert médical que l'on peut rencontrer en milieu rural.

Promouvoir la santé des femmes dans le cadre de la politique de santé publique actuelle semble indispensable. Les sages-femmes grâce à leurs compétences en gynécologie peuvent y participer. On peut mettre en avant deux axes pour répondre à cette politique de santé publique.

Le premier axe passe par les campagnes d'information et de prévention de la sexualité, de la contraception, des infections sexuellement transmissibles... Ces campagnes existent déjà pour tous les collégiens. Les sages-femmes territoriales de Seine-Maritime, accompagnées des infirmières scolaires sont amenées à réaliser des séances d'information pour tous les adolescents de 4^{ème} ou de 3^{ème}. Le but est de sensibiliser les garçons et les filles afin qu'ils se sentent concernés par le sujet. Par la suite, cette prévention primaire pourrait passer par une consultation remboursée par la sécurité sociale sur le modèle du « Pass Contraception », déjà développé dans certaines régions en France. Ce Pass serait mis à disposition de tous les adolescents entre 13 et 18

ans. Ils pourraient bénéficier d'une consultation gratuite et anonyme auprès d'un professionnel de santé de leur choix (médecins ou sages-femmes). Dans la conjoncture actuelle, l'approche économique est très importante. Une prévention primaire de bonne qualité assurerait des dépistages plus précoces et donc moins coûteux. Les frais médicaux et les frais liés aux hospitalisations pourraient être diminués.

Le deuxième axe est de promouvoir la visite post-natale. Les femmes doivent être à nouveau sensibilisées quant à l'importance de celle-ci. Tous les professionnels de santé de la périnatalité (sages-femmes, gynécologues de ville et hospitaliers, médecins traitants, puéricultrices, pédiatres) doivent participer à cette promotion de la santé en s'appuyant sur le réseau ville-hôpital. Cette visite médicale, réglementairement obligatoire, permet entre autres d'encourager les femmes à avoir un suivi plus régulier dans la continuité de leur suivi de grossesse.

Pour le suivi au long court, il serait intéressant de créer, à l'image du parcours coordonné qui est en place avec le médecin traitant, le choix d'une « sage-femme référente » pour chaque femme et donc pour chaque couple. Ainsi la sage-femme serait le professionnel de santé consulté en première intention pour les femmes. Cette notion implique un travail en partenariat avec le médecin traitant et avec les gynécologues (les compétences de la sage-femme s'arrêtant à la physiologie). Les sages-femmes ont l'habitude de travailler en réseau dans le cadre de suivi obstétrical des femmes et pourrait l'appliquer au suivi gynécologique de prévention. Cependant, cette idée nécessite de développer l'exercice des sages-femmes en libéral, ce qui n'est pas encore le cas dans certaines régions.

CONCLUSION

Aujourd'hui, l'accès à des consultations de contraception et de suivi gynécologique peut être difficile pour les femmes. Des actions de santé publique sont pourtant mises en place afin d'y remédier. Ces actions devraient participer à l'amélioration du suivi gynécologique et à l'accès à une contraception pour toutes. L'accès aux soins avec une prise en charge de qualité pour les femmes est un objectif important pour la région Haute-Normandie. L'acquisition de compétences supplémentaires en gynécologie de prévention pour les sages-femmes par la loi HPST devrait permettre d'étoffer l'offre de soins afin d'améliorer la santé des femmes.

Notre étude auprès de 170 sages-femmes (tous modes d'exercice confondus) a permis de constater que ce champ de compétence n'était pas encore très investi par celles-ci, seulement 10% de notre population assurent des consultations de suivi gynécologique de prévention. Les sages-femmes qualifient leur formation initiale comme insuffisante pour exercer dans ce domaine. 75% d'entre-elles estiment insuffisant l'enseignement théorique en gynécologie et souhaitent une formation complémentaire. L'exercice en milieu hospitalier n'est pas un atout pour développer cette activité, 43% des sages-femmes ont donné cet argument pour expliquer leur non-pratique de cette compétence. A l'heure actuelle, la gynécologie de prévention est plus développée en milieu libéral et dans les centres rattachés au secteur territorial.

Les sages-femmes sont conscientes de leurs limites dans le domaine de la gynécologie, qui n'est pas leur domaine de prédilection. Cependant, avec le Développement Professionnel Continu et l'obligation de perfectionnement des connaissances, elles pourront parvenir à compenser ces manques.

Un temps de préparation et d'anticipation avant la promulgation de cette loi HPST aurait été bénéfique pour permettre d'adapter la formation initiale à ces compétences. L'instauration du nouveau programme d'étude, avec le grade Master en Sciences Maïeutiques, modifiera certainement l'opinion des futures sages-femmes quant à l'adéquation de la formation initiale pour effectuer des consultations de suivi gynécologique. Il serait intéressant de réévaluer les pratiques d'ici 2015-2020 lorsque les premiers étudiants sages-femmes issus de ce programme seront diplômés et en exercice.

BIBLIOGRAPHIE

➤ *LIVRES*

- (1) BERTRAND J, BODY G, SOUTOUL J-H – La consultation en gynécologie – Edition Ellipses – 1994- 352 pages.
- (2) CNGOF – Protocoles en gynécologie obstétrique 2è édition – Edition Masson – 2012 – 221 pages.
- (3) DRAPIER-FAURE E, THIBAUD E – Gynécologie de l'adolescente – Edition Masson – 2005 – 312 pages.
- (4) MERGER-PELIER M, DIBIE-KRAJCMAN D – Manuel juridique de la sage-femme 2è édition – Edition les études hospitalières – 2012 – 286 pages.

➤ *ARTICLES*

- (5) AKOUKA C, PINON L - Implant contraceptif : quid de la pose et du retrait par les sages-femmes ? – « Contact sage-femme » - avril 2011 – n°27 – page 12.
- (6) CAVILLON M – La profession de sage-femme : constat démographique et projection d'effectifs – « Etudes et résultats » - mars 2012 – n°791.
- (7) CAZEIN F, VELTER A, BELLO P-Y, HAUS-CHEYMOL R, LA RUCHE G - VIH/sida en France : données de surveillance et études – « Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire » - décembre 2012 – n° 46/47.
- (8) CLAVREUL L, REY-LEFEBVRE I - Formation des médecins : le numerus clausus relevé à 8 000 étudiants – « Le Monde » - décembre 2012.
- (9) COLLETTE A- Pass contraception : Ségolène Royal revient à la charge – « Rue89 » – mai 2010.
- (10) COMBRE E - Le suivi gynécologique : pour toutes – « Déclic » – mars 2004 – n°98 page 78/81.
- (11) DAGUERRE A, NATIVEL C - Voyage au pays des maternités précoces – « Le Monde diplomatique » - décembre 2003.

- (12) DUPOND C – Loi HPST : contraception et suivi gynécologique de prévention (enquête du conseil inter-régional du secteur 2) – « Contact sage-femme » - janvier 2011 – n°26.
- (13) FRANCILLON F – Tout savoir sur le dossier de suivi gynécologique – « Vocation sage-femme » - mai 2010 – n° 82.
- (14) FRANCILLON F – Les sages-femmes et le développement professionnel continu – « Vocation sage-femme » - juin juillet 2010 – n°83.
- (15) GAULME D – Lettre à Xavier Bertrand écrite par le comité de défense de la gynécologie médicale – « le monde comme il va » - 16 avril 2012.
- (16) ISOLA C - Qui fera quoi, demain en gynécologie-obstétrique ? – « Les dossiers de l'obstétrique » - août septembre 2000 – n°286 page 34/35.
- (17) JAKOUBOVITCH S – Le parcours des étudiants en école de sages-femmes – « Etude et résultats » - juillet 2011 – n°768.
- (18) MAGNAN G – Que font les sages-femmes territoriales ? – « Profession sage-femme » - septembre 2012 – n°188.
- (19) NAVES M-C, SAUNERON S - Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ? – « Note d'analyse » - juin 2011 – n°226 (premiers résultats du baromètre santé 2010).
- (20) PAULARD I et LINET T – Evolutions des compétences des sages-femmes : ouverture de la loi HPST – « vocation sage-femme » - octobre 2009 – n° 76.
- (21) RICHARD-GUERROUDJ N - Education sexuelle : à l'écoute des adolescentes – « Profession sage-femme » - février 2011 – n°172.
- (22) RICHARD-GUERROUDJ N - IST : les femmes de plus en plus touchées – « Profession sage-femme » - février 2011 – n°172.
- (23) RIGAL F – Premiers pas en maison de santé pluridisciplinaires – « Profession sage-femme » - septembre 2012 – n°188.
- (24) TEURNIER F – Le développement professionnel continu des sages-femmes – « DPC & pratiques » - mars 2012 – n°63.

(25) VILAIN A, MOUQUET M-C- Les interruptions volontaires de grossesse en 2010-
« Études et résultats » - juin 2012 - n°804.

➤ *TEXTES OFFICIELS*

Code de déontologie des sages-femmes :

(26) Article R4127-304 du décret n°2012-881 du 17/07/2012 relatif à l'obligation de Développement Professionnel Continu.

Code de la santé publique :

(27) Article 86 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 (comprenant les articles L2122-1, L4151-1 et L5134-1) relatif à l'extension du champ de compétences des sages-femmes dans le domaine de la gynécologie entre autres.

(28) Article 101 et 102 de la loi 2004-806 du 9 août 2004 relatif à la visite post-natale et prescription de contraceptifs.

(29) Article L5134-1 de la loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012 relatif à la surveillance biologique ayant trait à la contraception hormonale.

(30) Article R4127-318 du décret du 17 octobre 2006 relatif à l'autorisation de pratiquer le frottis cervico-vaginal.

(31) Article R4127-318 du décret n°2012-881 du 17 juillet 2012 relatif à la pose, à la surveillance et au retrait du dispositif intra-utérin et implant contraceptif.

(32) Article R6123-50 du décret n°2010-344 du 31 mars 2010 relatif à l'autorisation d'obstétrique.

(33) Charte d'Ottawa adoptée le 21/11/1986 lors de la première conférence internationale pour la Promotion de la Santé.

(34) Recommandations pour la pratique clinique : « Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme » décrites par l'INPES, l'ANAES, la HAS et l'AFSSAPS. Décembre 2004.

(35) Référentiel métier et compétences des sages-femmes écrit par le Conseil National de l'Ordre des sages-femmes et le Collectif des Associations et de Syndicats des sages-femmes. Janvier 2010.

(36) Synthèse des recommandations en santé publique « État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France » décrite par la HAS. Juillet 2010.

(37) Synthèse des recommandations en santé publique : « La participation au dépistage du cancer du sein des femmes de 50 à 74 ans » décrite par la HAS. Novembre 2011.

➤ *DOCUMENTS NON PUBLIES*

Mémoires :

(38) BAPAUME Aniah - la pratique de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention par les sages-femmes : un enjeu de santé publique – Mémoire cadre sage-femme – Dijon – 2011.

(39) BOULLIT-CHABERT Pauline - formation initiale des sages-femmes sur le suivi gynécologique et la contraception – Mémoire sage-femme – Marseille – 2011.

(40) LE SERRE Justine – extension du champ de compétences des sages-femmes au suivi gynécologique : qu'en pensent-elles ? – Mémoire sage-femme – Rennes – 2010.

(41) NANCET Hélène – le suivi gynécologique des femmes du voyage – Mémoire sage-femme – Rouen – 2008.

(42) PISANESCHI Mélanie - le frottis cervico-vaginal au cours du suivi obstétrical - Mémoire sage-femme – Nancy – 2009.

(43) VAN COPPENOLLE Perrine – les sages-femmes et le suivi gynécologique de prévention et de contraception – Mémoire sage-femme – Reims – 2011

➤ *AUTRES SOURCES*

- (44) http://www.anesf.com/wp/?page_id=639 : consulté en janvier 2012.
- (45) <http://www.ars.haute-normandie.sante.fr/Projet-regionale-de-Sante-de-Ha.132661.0.html> Synthèse du Projet Régional de Santé de Haute-Normandie 2012/2017 : consulté en octobre 2012.
- (46) <http://www.conseil-general.com/conseil-regional/conseil-regional-haute-normandie.htm> : consulté en janvier 2012.
- (47) <http://www.conseil-national.medecin.fr/demographie/atlas-regionaux-2011-1128> : consulté en janvier 2013.
- (48) http://www.cres-paca.org/fiche_detail.php?fil_rouge=prsp_paca/contraception.php&from=23 Comité Régional d'Education pour la Santé de la région PACA : consulté en février 2013.
- (49) <http://www.drees.sante.gouv.fr> : consulté en novembre 2012.
- (50) <http://www.e-cancer.fr> Institut nationale du cancer : consulté en novembre 2012.
- (51) <http://www.education.gouv.fr/cid55895/lancement-pass-sante-contraception-ile-france.htm> : consulté en février 2013.
- (52) <http://www.emmasm.fr/> : consulté en janvier 2013.
- (53) <http://www.guidedesdemarches.com/SANTE/ivg-76-seine-maritime.htm> : consulté en janvier 2013.
- (54) <http://www.inpes.sante.fr> Guide des vaccinations de 2012 : consulté en octobre 2012.
- (55) http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=14&ref_id=18412 : consulté en février 2013.
- (56) <http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/LoiHPST.pdf> Institut de recherche et documentation en économie de la santé : consulté en janvier 2013.
- (57) http://isnar-img.com/sites/default/files/120522_Precis_ECN%20_2012.pdf : consulté en février 2013.

(58)

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027062316> : arrêté du 4 février 2013 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes : consulté en février 2013.

Site du conseil de l'Ordre des Sages-Femmes :

(59) http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/exercice_de_la_profession/histoire_de_la_profession/index.htm : consulté en décembre 2012.

(60) http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/menu/communiqués_de_presse/03012012_lambiguïté_autour_de_la_prescription_de_la_contraception_par_les_sf_supprimée/index.htm : consulté en décembre 2012.

(61) http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/partie_extranet/news_data/gynecologie_contraception_et_preconception/la_sagefemme_estelle_habilitee_a_prescrire_et_a_poser_limplant_contraceptif/index.htm : consulté en décembre 2012.

(62) http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/img/upload/1/1072_Nombredesages-femmespardepartement-donnees2010.pdf : consulté en janvier 2013.

(63) <http://www.orshn.fr/NosTravaux/OSSR2011/VersionInteractive/HTML/43-ProfSante.html> : consulté en septembre 2012.

(64) <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/index-fra.php> Agence de la Santé Publique du Canada : consulté en janvier 2013.

(65) <http://www.planning-familial.org> communiqué de presse « Pilules, pas de panique : il faut le redire » : consulté en janvier 2013.

Site du réseau périnatalité de Haute-Normandie :

(66) <http://www.reseaux-perinat-hn.com/page22559.asp> : consulté en février 2012.

(67) <http://www.reseaux-perinat-hn.com/page6531.asp> : consulté en janvier 2013.

Site de la santé du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé :

(68) http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf : consulté en décembre 2012.

(69) <http://www.sante.gouv.fr/les-centres-de-planification-ou-d-education-familiale.html> : consulté en février 2013.

(70) <http://www.seinemaritime.net/docs/centres%20de%20planification.pdf> : consulté en février 2013.

(71) <http://www.seinemaritime.net/sm2020/media/enjeuxdetailleweb.pdf> : consulté en mars 2013.

(72) <http://www.unaids.org/fr/dataanalysis/knowyourepidemic/> : consulté en décembre 2012.

(73) <http://vosdroits.service-public.fr/F1100.xhtml> : consulté en septembre 2012.

(74) Reportage télévisé : l'IVG un combat pour le choix. Diffusé sur France 2 le 28 octobre 2012.

SOMMAIRE DES ANNEXES

ANNEXE I : Densité de médecins généralistes en Haute-Normandie

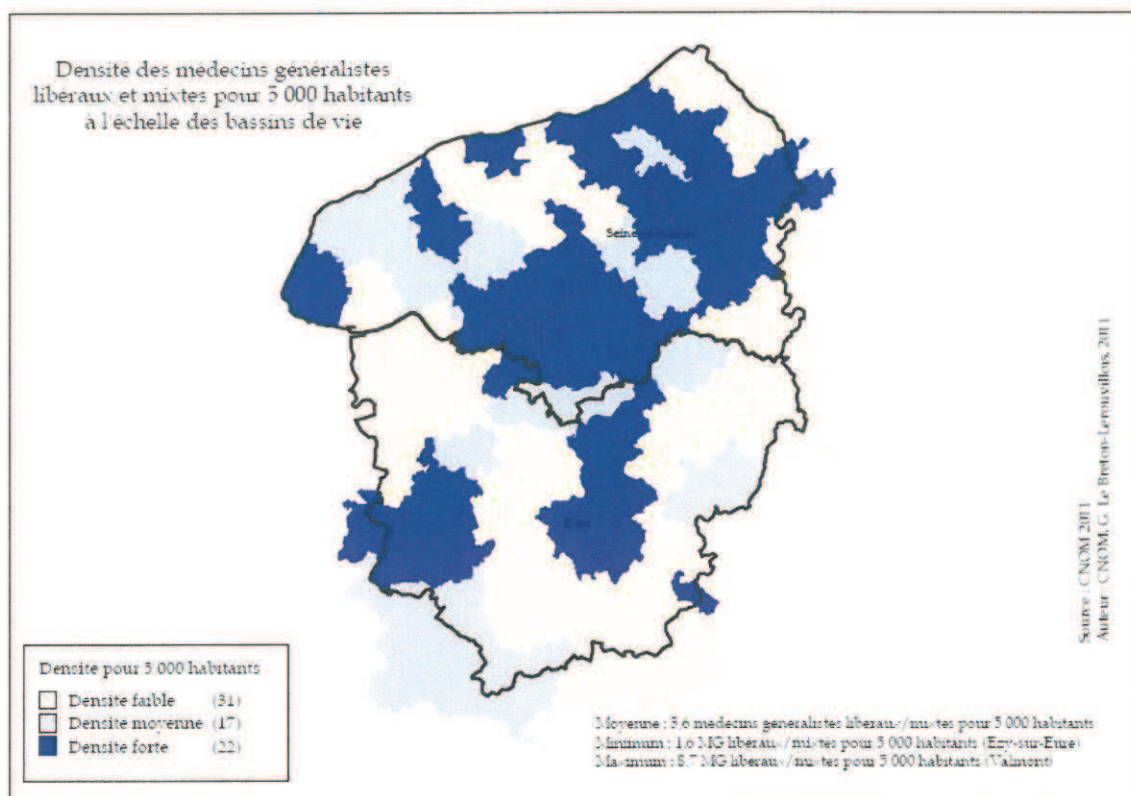
ANNEXE II : Densité de médecins gynécologues en Haute-Normandie

ANNEXE III : Densité de sages-femmes salariées en France en 2011

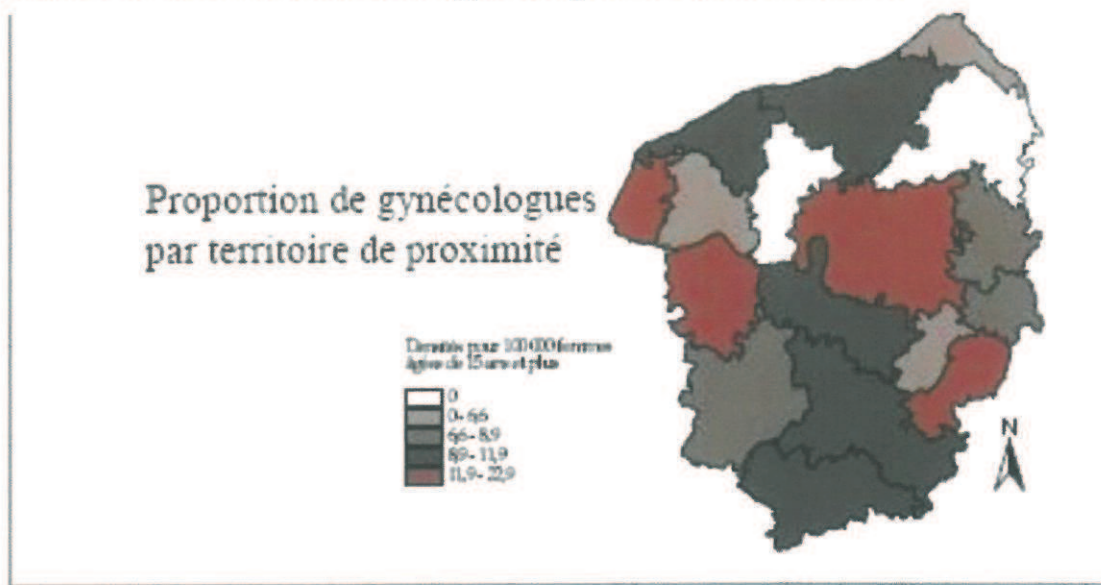
ANNEXE IV : Densité de sages-femmes libérales en France en 2011

ANNEXE V : Questionnaire

ANNEXE I : Densité de médecins généralistes en Haute-Normandie



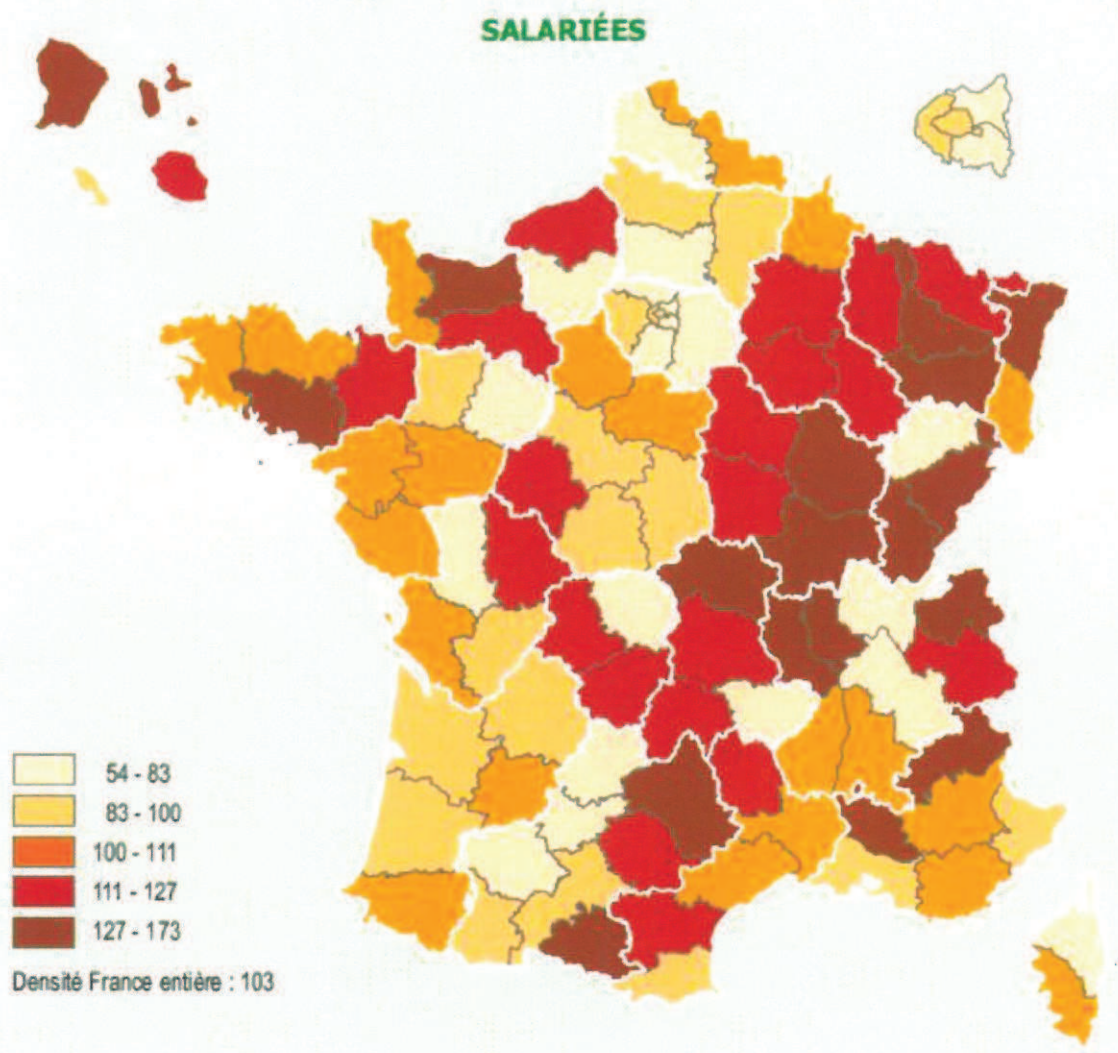
ANNEXE II : Densité de médecins gynécologues en Haute-Normandie



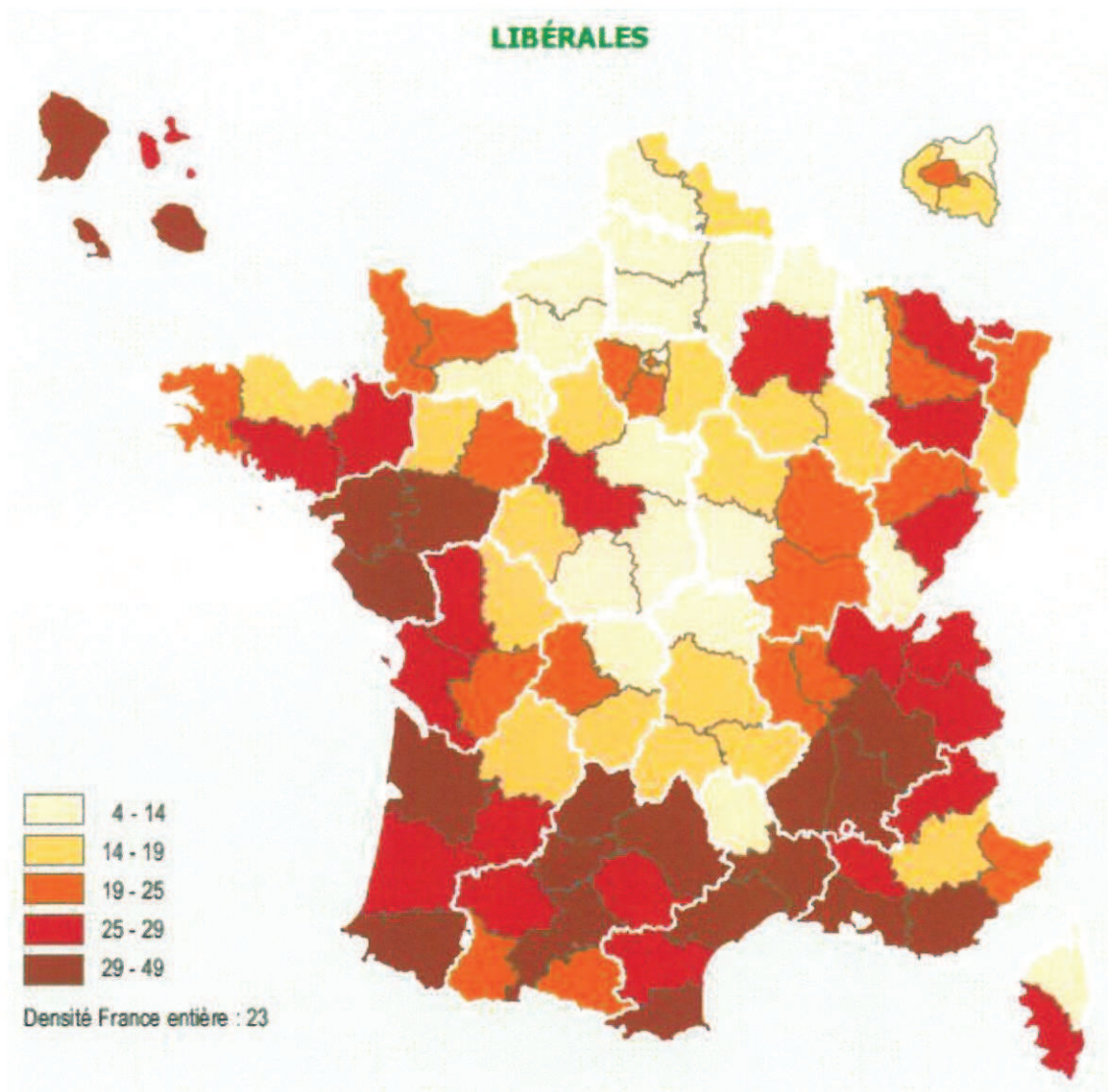
Sources : ARS, Insee - RP 2008

ANNEXE III : Densité de sages-femmes salariées en France en 2011

Nombre de sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans



ANNEXE IV : Densité de sages-femmes libérales en France en 2011



ANNEXE V : Questionnaire

Questionnaire sage-femme

Actuellement étudiante sage-femme en dernière année, je mène une enquête auprès de toutes les sages-femmes de Seine-Maritime dans le cadre de mon mémoire de fin d'études dont le sujet est :

État des lieux des pratiques des sages-femmes dans le suivi gynécologique des femmes en âge de procréer.

C'est pourquoi je sollicite votre participation afin de réaliser ce travail de recherche par l'intermédiaire d'un questionnaire anonyme. Celui-ci est composé de 4 parties ne nécessitant que quelques minutes pour y répondre.

En vous souhaitant une bonne lecture,

Justine VINCENT

Si vous souhaitez connaître les résultats de mon enquête vous pouvez me contacter à cette adresse : justine.vincent76@gmail.com

Partie 1 : quelle sage-femme êtes-vous ?

1) Quel âge avez-vous ?

.....

2) En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'état (DE) de sage-femme (SF) ?

.....

3) Avez-vous suivi une formation universitaire complémentaire ?

Oui. Précisez :

Non.

4) Depuis votre DE, avez-vous participé à des formations en suivi gynécologique et/ou de contraception ?

Oui une fois.

Oui à plusieurs reprises.

Non jamais. **Passez à la question n°7**

5) Si oui, précisez le ou les types de formation effectuées :

.....

6) La formation la plus récente à laquelle vous avez participé date de : (mois et année)

.....

7) Dans quelle structure exercez-vous actuellement ?

Cabinet libéral.

Centre médico-social.

Centre de planification familiale.

Maison de santé pluridisciplinaire.

Hôpital/clinique. Précisez la maternité et le service :

.....

8) Parmi les structures dans lesquelles vous avez travaillé entre 2009 (date de la loi HPST) et aujourd'hui, y avait-il des consultations de suivi gynécologique réalisées par des SF ?

Oui dans certaines.

Oui dans toutes.

Non dans aucune.

Je ne sais pas.

Partie 2 : les sages-femmes et leur formation initiale en gynécologie

9) Durant votre formation initiale la gynécologie faisait-elle partie des enseignements théoriques ?

- Oui.
- Non. **Passez à la question n°11**

10) Estimez-vous cet enseignement théorique suffisant pour assurer des consultations de suivi gynécologique de prévention ?

- Oui.
- Non.

11) Durant vos stages, avez-vous participé à des consultations de suivi gynécologique ?

- Oui.
- Non. **Passez à la question n° 13**

12) Estimez-vous cet enseignement pratique suffisant pour assurer des consultations de suivi gynécologique de prévention ?

- Oui.
- Non.

Partie 3 : les sages-femmes et leurs nouvelles compétences en gynécologie

13) D'après la loi hôpital patient santé territoire (HPST) de 2009 modifiée par le décret du 17 juillet 2012, cochez les **propositions exactes :**

- Les SF peuvent réaliser des consultations de suivi gynécologique chez les femmes en bonne santé.
- Les SF peuvent prescrire tous les moyens de contraception (contraception orale, sous-cutané, intra-vaginal et dispositif intra-utérin).
- Les SF peuvent réaliser une colposcopie.
- Les SF peuvent prescrire et interpréter les examens biologiques nécessaires à la surveillance en cas de prise de pilule oestro-progestative.
- Les SF peuvent prescrire un traitement hormonal substitutif pour une femme ménopausée.
- Les SF ne peuvent pas prescrire le vaccin contre le cancer du col de l'utérus.

14) D'après le référentiel métier, lors d'une consultation de suivi gynécologique de prévention et de contraception réalisée par une SF. Cochez les **propositions exactes :**

- L'anamnèse doit être orientée pour identifier les facteurs de risques médicaux et ainsi identifier les contre-indications pour prescrire le contraceptif le plus adapté.
- L'examen clinique général de la patiente n'est pas nécessaire si la patiente consulte pour obtenir un contraceptif.
- Ces consultations n'ont pas pour but de dépister les infections sexuellement transmissibles.
- La SF doit planifier le suivi gynécologique régulier de sa patiente.
- Ces consultations ne sont pas à visée préventif par rapport aux cancers gynécologiques.
- En cas de dépistage de pathologie, la SF adresse sa patiente à un médecin.

Partie 4 : vos pratiques actuelles en suivi gynécologique de prévention

15) Dans votre activité, réalisez-vous des consultations de suivi gynécologique de prévention ?

- Oui. **Répondre aux questions 16 à 23**
- Non. **Répondre aux questions 24 à 28**

16) Depuis combien de temps ?

.....

17) Approximativement, quel pourcentage de votre activité globale le suivi gynécologique représente t-il ?.....

18) Classez par ordre décroissant de fréquence les patientes que vous prenez en charge parmi : les **mineures**, les **femmes en âge de procréer** et les **femmes ménopausées**.

.....

19) Menez-vous aisément vos consultations de suivi gynécologique ?

- Oui.
- Non.

20) Pourquoi ?

.....

21) En cas de pathologie gynécologique, à qui adressez-vous en première intention votre patiente ?

- Médecin traitant.
- Gynécologue de ville.
- Gynécologue hospitalier.
- Service d'urgences gynécologiques de l'établissement de santé le plus proche.

22) Dans ce cas, la collaboration avec le médecin est-elle satisfaisante pour vous ?

- Oui.
- Non.

Pourquoi pensez-vous cela ?

.....

23) Quelle est votre principale motivation à faire du suivi gynécologique de prévention ?

.....

Merci pour le temps que vous m'avez accordé !

24) Quelles sont les principales raisons pour lesquelles vous ne réalisez pas de suivi gynécologique de prévention ? **Classez vos réponses par ordre d'importance**

.....

25) Souhaiteriez-vous réaliser des consultations de suivi gynécologique de prévention ?

Oui.

Non.

26) Envisagez-vous pour l'avenir de participer à des formations de suivi gynécologique et de contraception ?

Oui.

Non.

27) Si oui, pourquoi ?

Nouveau projet professionnel.

Actualiser sa pratique aux nouvelles compétences données aux sages-femmes par la loi HPST.

Autres

.....

28) Si non, pourquoi ? (donnez la cause principale)

Manque de motivation.

Manque d'intérêt pour le sujet.

Manque de temps pour participer à une formation.

Manque de moyen financier pour participer à une formation.

Autres :

.....

Merci pour le temps que vous m'avez accordé !