



**HAL**  
open science

# Suivi gynécologique de prévention et consultations de contraception : état des lieux auprès des femmes et des sages-femmes de Haute-Normandie

Maurine Petit

► **To cite this version:**

Maurine Petit. Suivi gynécologique de prévention et consultations de contraception : état des lieux auprès des femmes et des sages-femmes de Haute-Normandie. Gynécologie et obstétrique. 2013. dumas-00881466

**HAL Id: dumas-00881466**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00881466>**

Submitted on 8 Nov 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**

**Suivi gynécologique de prévention et consultations de contraception : état des lieux  
auprès des femmes et des sages-femmes de Haute-Normandie**

Mémoire présenté par

Mademoiselle Maurine PETIT

Née le 27/01/1989

**DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME**

**PROMOTION 2013**



## REMERCIEMENTS

---

Je tiens à remercier ceux qui m'ont aidée, encouragée et soutenue :

Mme Darcet, qui a accepté de diriger ce travail, pour son aide précieuse, pour le temps qu'elle y a consacré, pour sa compréhension et son soutien.

Mme Le Guen pour sa disponibilité et ses conseils dans la guidance de ce mémoire.

Mes amies étudiantes sages-femmes pour leur aide dans la réalisation de mon enquête et pour le plaisir d'avoir traversé ces années d'études à leurs côtés.

Ma famille ainsi que mes amis pour leur soutien dans mes choix, pour leur patience et pour leur présence.

## Sommaire

---

INTRODUCTION.....	1
REVUE DE LA LITTERATURE.....	2
1. Consultations gynécologiques de prévention et de contraception : un enjeu de santé publique.....	2
1.1. Définitions .....	2
1.2. Campagnes de prévention existantes concernant la « santé sexuelle » et les cancers gynécologiques .....	3
2. Le suivi gynécologique de prévention et les consultations de contraception .....	5
2.1. Réaliser une consultation de contraception et de suivi gynécologique de prévention .....	5
2.2. Prévention des principaux cancers gynécologiques et des IST .....	6
2.3. La contraception .....	9
3. Consultation gynécologique de prévention et de contraception : le point de vue des femmes .....	12
3.1. Etude BVA : « le ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique » .....	12
3.2. Etude de l'observatoire régional de santé (ORS) de Bourgogne .....	13
4. Les professionnels assurant les consultations de suivi gynécologique de prévention et de contraception.....	15
4.1. Les gynécologues médicaux et obstétriciens .....	15
4.2. Les médecins généralistes.....	17
4.3. Les sages-femmes .....	17
ENQUETE .....	21
1. Objectifs et hypothèses .....	21
2. Méthodologie .....	22
2.1. Enquête à destinations des femmes habitant la Haute-Normandie.....	22
2.2. Enquête à destination des sages-femmes libérales de Haute-Normandie.....	24
3. Traitement des données.....	26

4.	Résultats .....	26
4.1.	Résultats du questionnaire à destination des femmes .....	26
4.2.	Résultats du questionnaire destiné aux sages-femmes .....	36
5.	Discussion .....	44
5.1.	Suivi gynécologique et contraception : reflet de la situation sanitaire des femmes en Haute-Normandie .....	44
5.2.	Ressenti des femmes vis-à-vis du suivi gynécologique .....	47
5.3.	La connaissance des compétences des sages-femmes par les femmes .....	49
5.4.	Utilisation de leurs compétences par les sages-femmes .....	51
	CONCLUSION .....	53

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES



## INTRODUCTION

---

Le suivi gynécologique de prévention et la contraception sont des thèmes fondamentaux concernant la santé des femmes. Concernant le suivi gynécologique, l'amélioration des traitements disponibles et le développement de la prévention ont permis, en partie grâce aux dépistages, de réduire l'incidence ou la mortalité des principaux cancers gynécologiques de la femme, à savoir le cancer du col de l'utérus et le cancer du sein. Quant à la contraception, elle a considérablement fait évoluer le mode de vie des femmes.

Le suivi gynécologique de prévention et les consultations de contraception sont généralement assurés par un gynécologue médical ou obstétricien ou bien par un médecin généraliste. La loi du 21 juillet 2009, dite « hôpital, patient, santé et territoires » (HPST), énonce que désormais, « *l'exercice de la profession de sage-femme peut comporter la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique* » (I).

L'apparition de ces nouvelles compétences pour les sages-femmes nous a amené à nous poser un certain nombre de questions. Nous sommes parties de la situation des femmes. Nous nous sommes demandé comment s'organisait leur suivi gynécologique. Si ce suivi était facilement accessible pour toutes les femmes. Et enfin ce que pourraient leur apporter les sages-femmes dans ce domaine. Cette réflexion nous a également amenées à nous questionner sur l'appropriation de ces nouvelles compétences par les sages-femmes.

Trois ans après l'émergence de ces compétences, nous avons donc décidé de faire un état des lieux de la situation en Haute-Normandie. Nous avons choisi d'effectuer une enquête prospective en interrogeant d'une part les femmes, afin de mieux cerner leur situation par rapport au suivi gynécologique et à la contraception. Et d'autre part en interrogeant les sages-femmes libérales afin de savoir comment elles ont pu intégrer, et si elles l'ont fait, ces nouvelles compétences.

### 1. Consultations gynécologiques de prévention et de contraception : un enjeu de santé publique

#### 1.1. Définitions

##### 1.1.1. La santé publique

La prévention intervient dans le domaine de la santé publique. Selon la définition de l'organisation mondiale de la santé (OMS), la santé publique « *a pour but de protéger et d'améliorer le bien être des individus par le moyen d'une action concertée visant à assainir le milieu, lutter contre les fléaux sociaux, enseigner les règles d'hygiène, organiser les services sanitaires en vue de la prévention, du dépistage, du traitement et de la réadaptation, mettre en œuvre les mesures propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec la conservation et la promotion de la santé.* »

##### 1.1.2. La prévention

D'après l'OMS, la prévention correspond à « *l'ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire, le nombre ou la gravité des maladies ou accidents* ». Nous distinguons trois niveaux de prévention en fonction de la date de survenue d'une maladie :

- la prévention primaire : elle se situe en amont du problème de santé, visant à éviter son apparition. Son but est de diminuer l'incidence d'une maladie dans la population.
- la prévention secondaire : son objectif est de réduire l'évolution de la maladie, par exemple en la détectant précocement lors d'un dépistage.
- la prévention tertiaire : elle vise à prévenir les rechutes ou les complications d'une maladie.



Un certain nombre de mesures préventives a été mis en place dans le domaine de la « santé sexuelle ». Ce terme a été défini par l’OMS en 2002 et désigne « *un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité. Elle ne consiste pas uniquement en l’absence de maladie, de dysfonction ou d’infirmité. La santé sexuelle a besoin d’une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, et la possibilité d’avoir des expériences sexuelles qui apportent du plaisir en toute sécurité et sans contrainte, discrimination ou violence. Afin d’atteindre et de maintenir la santé sexuelle, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et assurés...* » (36).

## **1.2.Campagnes de prévention existantes concernant la « santé sexuelle » et les cancers gynécologiques**

### **1.2.1. Exemples de campagnes préventives dans le domaine de la « santé sexuelle »**

Dans le domaine de la « santé sexuelle », l’institut national de prévention et d’éducation pour la santé (INPES) a lancé une campagne de prévention visant à réduire d’une part le nombre de contaminations par le virus de l’immunodéficience humaine (VIH) et les autres infections sexuellement transmissibles (IST), et d’autre part le nombre de grossesses non désirées. Afin d’atteindre ces objectifs, l’INPES agit à différents niveaux. Il soutient la réalisation d’études et de recherches, réalise des campagnes nationales et des campagnes dans les Territoires d’outre-mer, diffuse des documents imprimés de type brochures, dépliants, affiches. Il met également à disposition des préservatifs féminins et masculins, apporte un soutien financier et méthodologique aux associations et soutient les dispositifs de services de prévention et d’aide à distance en santé, écoute téléphonique et site internet comme Fil santé jeunes, Sida Info Service et Ligne Azur.

Par exemple, afin de réduire le nombre de grossesses non désirées, L’INPES a lancé la campagne « choisir sa contraception » qui informe sur les différents moyens de contraception mais aussi sur l’attitude à adopter en cas d’urgence, concernant un oubli de pilule notamment. Cette campagne se fait par le biais des médias, un spot a notamment été diffusé à la télévision en 2009. Il existe aussi des brochures, et un site internet : [choisirsacontraception.fr](http://choisirsacontraception.fr).

Concernant la promotion de la santé sexuelle et la prévention des risques qui peuvent être liés à la sexualité, comme les IST, l'INPES a créé un site internet : onsexprime.fr, ce site est destiné au grand public mais aussi aux professionnels de santé et à ceux des secteurs éducatif et social. Ciblont particulièrement les IST, l'INPES a réalisé en 2011 une campagne internet avec un film diffusé sur le web incitant les jeunes à se faire dépister (37).

### **1.2.2. Exemple de campagne préventive dans le domaine des cancers gynécologiques**

L'agence nationale sanitaire et scientifique en cancérologie, dans le cadre du plan cancer 2009-2013, sensibilise chaque année au mois de juin les femmes à la prévention et au dépistage du cancer du col de l'utérus. En juin 2011, un dossier de presse sonore portant sur ce dépistage et sur la vaccination préventive a été envoyé à toutes les radios locales en France afin de relayer l'information au plus près des femmes concernées. Dans le domaine de la prévention du cancer du sein, l'association « le cancer du sein : parlons-en ! » organise depuis 19 ans une campagne d'information au mois d'octobre intitulée « octobre rose », elle met à disposition différents outils de communication dans le but d'informer les femmes. Chaque année, le lancement de cette campagne est marqué par l'illumination en rose d'un monument représentatif de chaque pays, cette année c'est le palais Garnier qui s'est illuminé pour soutenir cette cause (27).

Nous venons de voir quelques exemples représentatifs de grandes campagnes de prévention menées au niveau national. La prévention prend aussi une part majeure au sein des consultations de suivi gynécologique et de contraception.



## **2. Le suivi gynécologique de prévention et les consultations de contraception**

### **2.1. Réaliser une consultation de contraception et de suivi gynécologique de prévention**

Dans l'optique d'un futur dispositif d'évaluation des compétences de la profession de sage-femme, un « référentiel métier » des sages-femmes a été réalisé à l'initiative du collectif des associations et des syndicats de sages-femmes et du conseil national de l'Ordre des sages-femmes (II). Dans sa version mise à jour en janvier 2010, huit situations types rencontrées par les sages-femmes sont détaillées. L'une d'entre elles concerne la réalisation d'une consultation de contraception et de suivi gynécologique de prévention. Lors de ce type de consultation, le référentiel métier dégage trois grands axes.

#### **2.1.1. Axe n°1 : « réaliser un diagnostic »**

Cette consultation doit comporter plusieurs temps. Le premier temps doit concerner l'accueil de la femme en consultation et l'information sur le suivi gynécologique régulier. Ensuite la sage-femme doit procéder à l'anamnèse de la patiente afin notamment d'identifier certaines contre-indications à un type de contraception. A cette étape, la sage-femme va également identifier les patientes qu'elle devra rediriger vers un médecin. Puis vient la réalisation de l'examen clinique, celui-ci peut inclure si nécessaire, un frottis cervico-utérin (FCU) ou encore un prélèvement vaginal.



### **2.1.2. Axe n°2 : « décider de l'indication et d'une stratégie de prise en charge et d'accompagnement »**

Concernant la contraception, la sage-femme doit présenter les différents moyens de contraception afin d'éclairer le choix de la patiente. Elle participe aussi au dépistage et à la prévention des cancers gynécologiques et des IST. Enfin elle prescrira tout examen complémentaire nécessaire au suivi gynécologique et à la contraception et si nécessaire, d'autres thérapeutiques faisant partie de ses champs de compétences. Cette consultation doit pouvoir permettre à la sage-femme de prévenir et de dépister toute situation de vulnérabilité de la femme.

### **2.1.3. Axe n°3 : « effectuer un suivi et assurer une continuité de prise en charge »**

La sage-femme doit planifier le suivi gynécologique de la femme et l'adresser à un médecin devant toute situation pathologique.

Les thèmes majeurs de ces consultations sont la prévention des cancers gynécologiques, des IST et la prescription d'une contraception adaptée, nous allons maintenant revenir plus en détail sur ces sujets.

## **2.2. Prévention des principaux cancers gynécologiques et des IST**

### **2.2.1. Le cancer du col de l'utérus**

Ce cancer est la onzième cause de cancer chez la femme, il est responsable chaque année d'environ 1000 décès. Il constitue le deuxième cancer gynécologique en France. Dans la majorité des cas, le cancer du col utérin est une affection d'origine virale, se développant suite à une infection génitale à certains papillomavirus oncogènes. Les génotypes 16 et 18 seraient mis en évidence dans la majorité de ces cancers. L'infection persistante par un de ces virus pourra engendrer des lésions histologiques précancéreuses de différents grades, pouvant soit régresser spontanément, soit évoluer

vers un cancer du col utérin. La détection de ces lésions précancéreuses permet de mettre en place une prise en charge adaptée avant l'apparition du cancer. De plus l'évolution lente de ce cancer permet son dépistage à un stade précoce.

Le dépistage du cancer de col de l'utérus consiste en la réalisation de FCU. Le FCU est un test cytologique qui permet d'identifier les femmes à risque de lésions précancéreuses. Ce test est peu coûteux, facilement reproductible, facilement acceptable par les femmes, et est sensible à 70-90%. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), le FCU doit être réalisé chez les femmes entre 25 et 65 ans. Après deux FCU annuels, il doit être effectué tous les trois ans. Tout FCU étiqueté comme anormal grâce à la classification de BETHESDA doit être suivi d'investigations diagnostiques par colposcopie et biopsies (22). Pour le moment, il n'existe pas de programme national de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Treize départements sont actuellement en expérimentation pour la mise en place de ce programme. Au mois de mars 2013, l'ARS d'Auvergne a d'ailleurs annoncé la poursuite de ce programme de dépistage au-delà de l'expérimentation.

Depuis quelques années, il existe deux vaccins prophylactiques prévenant l'infection par certains papillomavirus. Il s'agit du Gardasil®, vaccin tétravalent contre les génotypes 6, 11, 16, 18 et le Cevarix®, vaccin bivalent contre les génotypes 16 et 18. Selon la HAS, ce vaccin doit être proposé aux jeunes filles de 14 ans, ou à celles ayant entre 15 et 24 ans dont le premier rapport sexuel date de moins d'un an. Ce vaccin, sujet à polémique, a été l'objet de deux avis par le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) en 2007 et 2010. Le dernier avis « *considère que dans l'état actuel des connaissances, il n'y a plus lieu de recommander de façon préférentielle l'un des deux vaccins* », d'autre part, il « *constate que la couverture vaccinale est insuffisante à ce jour* ». Concernant les effets secondaires, le document « *Repères pour votre pratique* » de l'INPES de février 2012 portant sur la « *prévention des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus* », rappelle que « *tous les médicaments mis sur le marché font l'objet d'une surveillance. Certains d'entre eux font l'objet d'une surveillance plus spécifique qui peut prendre la forme d'un plan de gestion des risques (PGR) ou d'une enquête de pharmacovigilance. Les vaccins contre les infections à papillomavirus humains (HPV), notamment le Gardasil® et le Cervarix®, font partie de la liste des médicaments sous surveillance. Quatre ans après leur arrivée sur le marché, il n'y a pas d'éléments remettant en cause leur bénéfice/risque et la recommandation de vacciner à partir de 14 ans* » (23).



Malgré cette prévention et l'existence du dépistage, le cancer invasif du col utérin persiste. En effet, si son incidence est passée de 22/100 000 en 1975 à 8/100 000 en 2000, il semble que les chiffres stagnent ces dernières années. Une étude, datant de 2006 et portant sur 524 cas, permet de mettre en évidence plusieurs raisons à cette stagnation (43) :

- 24% des patientes n'avaient jamais bénéficié de FCU
- 43% avaient bénéficié de FCU mais de façon irrégulière avec un intervalle toujours supérieur à trois ans
- 67% des femmes n'avaient pas bénéficié du dépistage selon les recommandations.
- 27% des femmes avaient un FCU normal dans les trois ans précédents le diagnostic ce qui montre les limites de ce dépistage
- 3% des femmes n'avaient pas été revues après un FCU anormal mettant en évidence un manque d'organisation du suivi
- 3% présentaient un cancer invasif malgré le traitement d'un CIN.

### 2.2.2. Le cancer du sein

En termes de fréquence, ce cancer est le premier cancer de la femme. Un dépistage existe pour ce cancer, celui-ci est intégré dans un programme national de dépistage organisé, il concerne les femmes de 50 à 74 ans. Ce dépistage consiste en la réalisation tous les deux ans d'une mammographie chez un radiologue habilité comprenant deux clichés par sein (19). Les images obtenues sont ensuite classées grâce à la classification BI-RADS de l'*American college of radiology* (ACR). La mammographie doit être associée à un examen clinique des seins. L'amélioration de l'efficacité des traitements disponibles et ce dépistage organisé ont permis entre 2000 et 2005 de réduire la mortalité de 1,3% par an en moyenne. En dehors de ce dépistage organisé, un cancer du sein peut être suspecté devant tout élément clinique évocateur : palpation d'une tumeur mammaire, présence d'un écoulement mamelonnaire, rétraction cutanée, ou encore découverte d'une adénopathie axillaire.

Ainsi nous comprenons l'importance d'une part de la palpation et de l'inspection mammaire lors de la consultation gynécologique de prévention, d'autre part du rappel du dépistage organisé. D'autant plus que ce cancer bénéficie d'un pronostic favorable à

long terme s'il est diagnostiqué et pris en charge tôt. En effet, la survie moyenne à cinq ans est estimée à près de 85%.

### **2.2.3. IST**

Un communiqué de presse de l'INPES datant de juin 2011 signale une recrudescence des IST qui témoigne d'un relâchement de la prévention (44). Parmi les tendances, nous notons l'augmentation constante ces dernières années de l'infection à chlamydia ainsi qu'une recrudescence des infections à gonocoques avec un taux d'augmentation de 50% entre 2008 et 2009. Il faut informer les femmes sur la prévention par l'utilisation du préservatif et proposer un dépistage au cas par cas, quand la situation semble le nécessiter.

Nous n'aborderons pas ici les autres pathologies gynécologiques que nous pouvons rencontrer lors des consultations de gynécologie, celles-ci ne faisant pas l'objet de préventions spécifiques.

Ainsi, cette consultation gynécologique de prévention représente un réel enjeu de santé publique. La consultation gynécologique de prévention est souvent couplée à une consultation de contraception, elle permet de faire le point sur la contraception actuelle ou de débiter une nouvelle stratégie de contraception.

## **2.3. La contraception**

### **2.3.1. Etat des lieux en France**

Un dossier d'octobre 2011 de l'INPES montre que la France se trouve dans une situation paradoxale (17). En effet, selon le baromètre santé de 2010, 90,2% des femmes sexuellement active au cours des 12 derniers mois ne cherchant pas à avoir un enfant utilisent une méthode de contraception. Pourtant il semblerait qu'un tiers des grossesses surviendrait sans être prévues.



La pilule est le contraceptif le plus utilisé par les femmes en France. En 2010 70,8% des femmes de moins de 35 ans qui déclarent « *faire quelque chose pour éviter une grossesse* » utilisent la pilule.

Le deuxième moyen de contraception le plus utilisé en France est le dispositif intra utérin (DIU) mais il concernerait les femmes plus âgées. Ce constat vient remettre en cause le schéma de prescription classique : pilule puis DIU. En effet ce schéma ne semble pas prendre en compte les situations personnelles et attentes spécifiques de chaque femme alors qu'une contraception adaptée faciliterait son observance.

### 2.3.2. Recommandations

La contraception, et particulièrement la contraception orale, a été le sujet d'une vaste polémique dans les médias, suite à la publication de cas d'accidents vasculaires chez des femmes jeunes suivant la prise d'une pilule oestroprogestative. Le 26 février 2013, l'académie nationale de médecine a publié un rapport au sujet de la contraception orale et du risque vasculaire (26). Si ce rapport reconnaît le sur-risque qu'engendrent les pilules de 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> génération, il est formel sur la question de l'interdiction ou du déremboursement qui ne paraît pas raisonnable. Ce rapport insiste sur l'importance d'évaluer la balance bénéfice/risque pour chaque patiente. Utilisées en deuxième intention et si les facteurs de risques ont été bien identifiés, il semble que l'augmentation du risque d'accident thrombo-embolique veineux soit limité. La prescription d'une contraception doit être précédée d'un entretien minutieux avec la femme, afin d'éliminer tous les facteurs de risques potentiels qui contre-indiqueraient la prescription d'un certain type de contraceptif. Les règles de prescription doivent être respectées, elles constituent en effet « *la condition la plus importante pour maintenir un accès à la contraception en réduisant le risque thrombo-embolique* ».

Cette prescription doit également prendre en compte le mode de vie de la femme, celle-ci doit participer activement au choix de sa contraception. Le professionnel de santé doit s'appuyer sur les recommandations de l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES, aujourd'hui HAS) de décembre 2004 (24). Ces recommandations rappellent différents points essentiels.

La consultation doit être centrée sur la question de la contraception s'il s'agit d'une première consultation. L'entretien doit être confidentiel, les adolescentes doivent être reçues seules. Quoiqu'il arrive, le consultant doit adapter sa consultation et sa prescription à chaque consultante. Il doit au mieux associer le couple au choix de la méthode contraceptive.

Ces recommandations formulent également des rappels concernant le choix de la méthode contraceptive. La contraception oestroprogestative constitue une des méthodes de 1<sup>ère</sup> intention pour les femmes ne présentant pas de facteur de risque particulier. Dans les situations où la contraception oestroprogestative est contre-indiquée, il est possible d'utiliser la contraception par progestatif seul, notamment en cas de risque cardiovasculaire.

Il est stipulé que les DIU ne sont pas uniquement destinés aux multipares. Il s'agit d'une méthode de première intention dès que les contre-indications à sa pose ont été écartées et que les risques infectieux et de grossesse extra utérine ont été évalués.

Concernant les méthodes de stérilisation, elles sont susceptibles d'être adaptées à certaines situations médicales, sociales ou culturelles. En pratique, il faut les présenter comme généralement irréversibles.

Au sujet des méthodes naturelles les recommandations disent qu'elles doivent être réservées à des femmes connaissant bien leur cycle, maîtrisant bien la méthode et acceptant de s'exposer à un risque de grossesse.

Enfin il faut rappeler que les préservatifs sont la seule méthode efficace dans la prévention de la transmission des IST. En cas de situation à risque, le professionnel doit recommander son utilisation, en complément ou non d'une méthode médicale.

Concernant les examens entourant la prescription d'une contraception, l'HAS dit que si l'examen clinique est normal, que les antécédents personnels et familiaux comme l'hypertension, le diabète, l'hyperlipidémie, les migraines, l'accident thromboembolique, ont été recherchés et qu'aucun problème médical n'a été identifié, les examens gynécologiques et sanguins peuvent être expliqués et programmés dans les 3 à 6 mois.

Les recommandations de l'HAS rappellent que lors de toute prescription de contraception, la femme doit être préventivement informée des moyens de rattrapage en



cas de rapport non protégé. De plus, lorsqu'un oubli de pilule se répète trop fréquemment, il faut envisager un moyen moins sujet au problème d'observance comme le DIU, l'implant hormonal, le dispositif transdermique ou l'anneau vaginal.

Enfin il ne faut pas oublier qu'à partir de 35-40 ans, du fait de l'augmentation des risques de cancer, des risques cardio-vasculaires et de la pré-ménopause, l'adéquation de la contraception doit être réévaluée. Tout professionnel prescrivant une contraception doit maîtriser ces différents points.

La femme est au centre de cette consultation, c'est pourquoi nous avons voulu nous intéresser au point de vue des femmes qui viennent consulter pour ce type de suivi.

### **3. Consultation gynécologique de prévention et de contraception : le point de vue des femmes**

Plusieurs études ont été réalisées sur le ressenti des femmes vis-à-vis des consultations de suivi gynécologique. Nous allons nous intéresser plus précisément à deux d'entre elles.

#### **3.1. Etude BVA : « le ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique »** **(12)**

A la demande de la fédération nationale des collèges de gynécologie médicale (FNCGM), une enquête portant sur le ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique a été réalisée par l'institut BVA en mai 2008. Cette enquête s'est déroulée par téléphone, auprès de 1030 femmes issues d'un échantillon représentatif de la population française âgée de 15 ans et plus. Cette enquête met en évidence différents points.

La majorité des femmes interrogées (85%) est suivie sur le plan gynécologique. Restent 14% des femmes qui déclarent ne pas être suivies. Cela serait en partie lié au milieu social des femmes, dès lors se pose la question de l'accessibilité financière des consultations gynécologiques. Nous remarquons également que les femmes les plus

jeunes et les plus âgées sont les moins suivies. 69% de femmes sont suivies entre 15 et 24 ans et 72% à partir de 65 ans.

Pour les femmes interrogées, les gynécologues sont plus à même d'effectuer le suivi gynécologique comparativement aux médecins généralistes. Cela est valable pour l'ensemble des femmes, avec 91% d'entre elles partageant cette opinion. 86% des femmes suivies par un médecin généraliste partagent elles aussi cette opinion. Les médecins généralistes sont jugés moins compétents que les gynécologues pour ce type de suivi, nous remarquons en effet que seulement 20% des femmes interrogées pensent que les médecins généralistes sont suffisamment formés pour assurer le suivi gynécologique. Même parmi les femmes suivies par un médecin généraliste, elles ne sont que 42% à penser que ces médecins sont assez formés pour ce type de suivi.

Cette étude met aussi en évidence le fait que près de trois quart des femmes interrogées pensent qu'il est de plus en plus difficile d'obtenir une consultation gynécologique. De plus, parmi les femmes interrogées, une sur quatre habituellement suivie par un gynécologue consultera son médecin traitant en cas d'urgence en raison de l'impossibilité d'avoir un rendez-vous en urgence chez son gynécologue ou en raison de la distance à parcourir pour se rendre chez celui-ci.

### **3.2. Etude de l'observatoire régional de santé (ORS) de Bourgogne (14)**

Une étude, celle de l'ORS de Bourgogne, publiée en septembre 2004, porte sur « La prévention des cancers gynécologiques : quelles relations des femmes à la santé et au système de soins ? ». Il s'en dégage quatre grands constats.

#### **3.2.1. Premier constat : « la méconnaissance du cancer de l'utérus par les femmes »**

Pour les femmes la nécessité d'un suivi gynécologique semble être au cœur des préoccupations, cependant pour elles, le cancer et sa prévention ne sont que secondaires. Les femmes semblent plus informées sur le cancer de sein que sur le cancer de l'utérus dont elles ne connaissent a priori que le nom. Elles ne font pas forcément de lien entre



ce cancer et la réalisation de FCU. De plus, elles n'ont qu'une idée approximative du rythme auquel doit être pratiqué cet examen. Ce premier constat met en évidence un manque d'information des femmes au sujet de l'intérêt de leur suivi.

### **3.2.2. Deuxième constat : « la difficulté pour les femmes à vivre l'examen gynécologique »**

Cet examen porte sur des zones intimes du corps de la femme. D'après l'étude, il semble que les femmes interrogées ressentent une certaine violence et parfois un manque d'humanité dans la réalisation de celui-ci. Certaines femmes, se comparant à celles qui vivent mal ce type d'examen, ont employé des mots fortement connotés : *« j'ai un gynécologue qui n'est pas un sauvage »*. Selon la philosophe M-C Zinck qui a travaillé sur le dépistage du cancer du sein, *« le souci de la présence de l'humanité en l'autre peut, non pas atténuer la violence, mais tout du moins faire que cette violence reste humaine »*.

### **3.2.3. Troisième constat : l'existence de « freins objectifs à l'accès au dépistage »**

Dans cette partie, nous retrouvons le manque de médecins qui aboutit à des délais parfois très longs pour l'obtention d'un rendez-vous. Nous notons aussi ici des durées de consultation apparemment trop courtes pour que les femmes puissent poser leurs questions. L'éloignement des cabinets, notamment dans les zones rurales, pose le problème de l'accès à ces consultations, les moyens de locomotion n'étant pas forcément suffisamment développés pour permettre aux femmes ne disposant pas d'un véhicule de s'y rendre facilement. Un dernier élément concerne l'inégalité d'accès à une qualité égale de prise en charge ressentie par les femmes interrogées.

### **3.2.4. Quatrième constat : « la nécessité de travailler les questions de communication et d'information »**

Les femmes reçoivent des informations de différentes sources : médias, réseaux professionnels, sociaux et familiaux. Or il semblerait que toutes ces informations, parfois contradictoires, se mélangent, remettant parfois en question la qualité du suivi gynécologique. Le rôle du professionnel de santé assurant le suivi gynécologique est de rendre cohérentes ces informations, car une meilleure compréhension peut avoir un impact positif sur le suivi des patientes.

Grâce à ces différentes enquêtes, nous avons pu voir que le suivi gynécologique était au cœur des préoccupations des femmes. D'ailleurs, la plupart d'entre elles sont suivies. Cependant, nous avons vu que parmi les obstacles au suivi, la question de l'accès aux soins et le manque de médecins se pose.

## **4. Les professionnels assurant les consultations de suivi gynécologique de prévention et de contraception**

### **4.1. Les gynécologues médicaux et obstétriciens**

La gynécologie médicale a connu diverses évolutions ces dernières décennies. En effet, suite à la réforme de l'internat en 1984, la gynécologie médicale a d'abord été supprimée du cursus universitaire avant d'être rétablie en 2003 sous la forme d'une part d'une discipline d'internat distincte de celle de gynécologie-obstétrique, d'autre part d'un diplôme d'études spécialisées, le DES de gynécologie médicale. Malgré cette réinsertion de la gynécologie médicale dans le cursus universitaire, nous remarquons le peu de postes d'internes en gynécologie médicale offerts par an aux Epreuves Classantes Nationales : environ 20 pour tout le territoire français (35).

De plus, la moyenne d'âge des gynécologues en exercice est actuellement supérieure de 5 ans à celle des autres spécialistes, 56,2 ans contre 50,8 ans, nous pouvons craindre un départ en retraite de plus de 60% d'entre eux d'ici à 2020. En parallèle, depuis les années 2000, le nombre de gynécologues-obstétriciens a augmenté



de façon importante, or selon une analyse de remboursement des actes dans le rapport de l'observatoire national de la démographie des professionnels de santé, ONDPS 2006-2007, il semblerait qu'une majorité de gynécologues médicaux installés proviennent de la gynécologie-obstétrique. Ces professionnels sont à prendre en compte pour évaluer le potentiel de soins en gynécologie médicale.

Au niveau démographique, nous remarquons l'inégale répartition des gynécologues sur le territoire et même parfois leur absence dans certains départements. Se pose le problème de la prise en charge des femmes dans ces territoires. Selon le rapport de l'audition des gynécologues médicaux du 2 février 2011, la densité moyenne nationale de gynécologues médicaux est de 7,86/100 000 femmes (15).

En Haute Normandie, la densité est de 8/100 000 avec 62 gynécologues médicaux. La région où la densité est la plus basse est l'Alsace avec une densité de 2,2 gynécologues médicaux/100 000 femmes (III).

Si nous considérons cette inégale répartition des gynécologues ainsi que les évolutions relatives aux missions des médecins généralistes et des sages-femmes, nous comprenons qu'une réflexion doit être engagée sur la répartition des prises en charge en matière de santé des femmes.

Les gynécologues médicaux auditionnés ont formulé plusieurs remarques. L'une d'elles est le fait que si les médecins généralistes et les gynécologues obstétriciens exercent la gynécologie médicale, cela se fera aux dépens de l'exercice pour lequel ils ont été formés. Nous pouvons préciser ici, comme l'a fait la représentante du syndicat des internes en médecine générale, que le suivi gynécologique fait pourtant partie des prérogatives des médecins généralistes et de celles des sages-femmes depuis 2009. Cette interrogation des gynécologues se retrouve dans le communiqué de presse du syndicat national des gynécologues obstétriciens de France (SYNGOF) parut le 20/09/2012 qui *« s'étonne de l'appel lancé par l'ordre des sages-femmes incitant les femmes françaises à les consulter en gynécologie »*. En effet dans ce communiqué ils s'inquiètent du fait que les sages-femmes *« désertent les salles de naissances où elles excellent avec dévouement pour s'aventurer en gynécologie où leurs compétences sont insuffisantes dès qu'il s'agit de pathologie, ce qui comporte le risque de faire dysfonctionner les salles de naissance »*.

## **4.2. Les médecins généralistes**

Reprenons l'étude BVA citée précédemment. Les résultats montrent que 85% des femmes déclarent avoir un suivi gynécologique, parmi ces femmes, 70% sont suivies par un gynécologue, 15% par un médecin généraliste. Grâce à l'étude permanente de la prescription médicale (EPPM), le CNGOF a publié un travail sur la prise en charge des femmes françaises. Ce travail montre que les actes en gynécologie réalisés par les médecins traitants concernent essentiellement la contraception et la ménopause (38).

Mais comme pour les gynécologues, la répartition des médecins généralistes est très inégale sur le territoire français (IV). La problématique de l'offre de soins de proximité est exposée dans le rapport 2006/2007 de l'ONDPS (21). Selon ce rapport, l'offre de soins de premier recours n'a augmenté que de 6,9% de 1995 à 2005 contre 14,8% pour celle des autres spécialités. Dans le même temps on remarque que le nombre de généralistes salariés a lui augmenté de plus de 29%. Cela tend à poser un problème de renouvellement puisque 27,7% des généralistes de premier recours ont plus de 55 ans.

## **4.3. Les sages-femmes**

Avec l'arrêté du 27 juin 2006, les sages-femmes, jusqu'alors limitées à la prescription de diaphragmes, capes et contraceptifs locaux, avaient déjà obtenu le droit de prescrire une contraception hormonale dans les suites de couches, lors de l'examen postnatal et après une interruption volontaire de grossesse.

### **4.3.1. Acquisition des compétences : la législation**

La loi HPST de 2009 donne aux sages-femmes la compétence en matière de suivi gynécologique de prévention et de consultation de contraception. Depuis cette date, *« l'exercice de la profession de sage-femme peut comporter la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique »*.



La modification apportée par la loi du 21 décembre 2011 supprime l'ambiguïté qui existait à la sortie de la loi HPST de 2009 énonçant que concernant la contraception, « *la surveillance et le suivi biologique sont assurés par le médecin traitant* ». Depuis 2011, les sages-femmes peuvent être autonomes dans la prescription et la surveillance d'une contraception.

Suite à l'obtention de ces nouvelles compétences, le décret n°2012-881 du 17 juillet 2012 modifie le code de déontologie des sages-femmes, incluant ces nouvelles compétences. L'article R.4127-318 du code de la santé publique énonce désormais que « la sage-femme est autorisée à pratiquer l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de pathologie, concernant les femmes à l'occasion du suivi gynécologique de prévention et de la réalisation des consultations de contraception ». Ce décret précise que les sages-femmes sont autorisées à pratiquer l'insertion, le suivi, et le retrait des DIU et des implants contraceptifs.

#### **4.3.2. Appropriation de ces compétences par les sages-femmes**

Ces compétences sont récentes, dès lors il semble logique de s'intéresser à la façon dont les sages-femmes ont pu se les approprier. Appuyons nous d'abord sur une enquête intitulée « sages-femmes : quelle adéquation entre pratiques et compétences » réalisée auprès des sages-femmes d'Auvergne en 2010 (3). 164 questionnaires avaient pu être réalisés auprès des sages-femmes exerçant dans des établissements de santé publics ou privés ou bien en libéral. Les résultats de cette étude montrent que seulement 5% des sages-femmes assuraient des consultations gynécologiques et 16% des consultations de contraception.

Une autre étude réalisée en 2010 par le comité interrégional de l'Ordre des sages-femmes du secteur 2 (Nord-Est) a permis d'analyser 1761 réponses de sages-femmes exerçant dans ce secteur. Cette étude porte sur la mise en pratique des nouvelles compétences des sages-femmes en matière de suivi gynécologique de prévention et de contraception. Comme dans la première étude citée, nous remarquons que seulement 8,5% des sages-femmes pratiquent du suivi gynécologique de prévention. En revanche, 67,8% des sages-femmes interrogées ont une activité dans le domaine de la



contraception. Ces nouvelles compétences sont utilisées mais le suivi gynécologique de prévention semble plus difficile à mettre en place. La revalorisation des actes des sages-femmes prévue par l'arrêté du 12 mars 2012 fixant le tarif d'une consultation à 23 euros en France métropolitaine et 25,30 euros dans les départements d'outre-mer au 1er septembre 2013 devrait pouvoir inciter au développement de ces activités.

La mise en place du PRADO pourrait aider au développement de ces compétences. Le PRADO est un dispositif visant à accompagner la sortie de la maternité de la mère et de son enfant grâce à la visite d'une sage-femme libérale dès le retour à domicile. Dans ce cadre, les sages-femmes pourraient être amenées à aborder la question de la contraception et du suivi gynécologique de prévention.

#### 4.3.3. Les sages-femmes libérales sur le territoire français

Les données de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) mettent en évidence une croissance significative du nombre de sages-femmes libérales. En effet, depuis 1995 l'effectif des sages-femmes libérales augmentait de 6,1% chaque année ce qui est supérieur à l'augmentation de l'ensemble de la profession. De plus cette augmentation s'accélère depuis 2004 jusqu'en 2008 où elle atteint 8,8%. Cependant, d'après le compte rendu de l'audition des sages-femmes du 7 avril 2010 par l'ONDPS, la répartition de ces sages-femmes reste pour le moment inégale sur le territoire français (16, IV). Le minimum est observé dans la Meuse avec 5 sages-femmes libérales pour 1 million d'habitants. Les sages-femmes libérales sont également peu représentées dans le Nord et le Centre de la France. C'est en PACA, Rhône-Alpes et Poitou-Charentes qu'elles sont les plus nombreuses. Des mesures sont mises en place afin de limiter cette inégale répartition des sages-femmes. En effet l'arrêté du 12 mars 2012, portant approbation de l'avenant n°1 à la convention des sages-femmes libérales, indique la création « d'un « *contrat incitatif sage-femme* », destiné à favoriser l'installation et le maintien des sages-femmes libérales en zone « *sans sage-femme* » à l'exception des zones ayant moins de 350 naissances domiciliées par an, « *très sous-dotées* » et « *sous-dotées* », dans le cadre de laquelle est allouée une participation aux équipements et aux frais de fonctionnement en lien direct avec l'exercice professionnel ainsi qu'une participation adaptée des caisses aux cotisations sociales obligatoires » (10).

En Haute-Normandie, la densité de sages-femmes libérales est faible : 27 sages-femmes libérales pour 1 000 000 d'habitants. De plus, nous remarquons que ces sages-femmes sont inégalement réparties dans la région.

## 1. Objectifs et hypothèses

Notre objectif est d'établir un état des lieux en Haute-Normandie trois ans après l'obtention des compétences en matière de suivi gynécologique de prévention et de contraception par les sages-femmes. Notre sujet, concernant les femmes et les sages-femmes, nous a conduit à réaliser deux enquêtes : une enquête de rue auprès des femmes et une enquête auprès des sages-femmes libérales de Haute-Normandie.

Nous avons souhaité connaître les habitudes des femmes en matière de suivi gynécologique et de contraception afin de mieux cerner ce que pourraient leur apporter les sages-femmes. Nous voulions également savoir si les femmes savaient qu'elles pouvaient consulter une sage-femme pour ce type de suivi et si elles envisageraient de se faire suivre par ce type de professionnel.

Il nous a semblé important de savoir également où les sages-femmes en étaient par rapport à cette compétence récente.

Les hypothèses concernant les femmes sont les suivantes :

- Beaucoup de femmes n'ont pas un suivi gynécologique régulier et certaines d'entre elles ne sont pas satisfaites de leur suivi
- Les femmes ne connaissent pas la compétence des sages-femmes en suivi gynécologique de prévention et en contraception

Les hypothèses concernant les sages-femmes sont les suivantes :

- Peu de sages-femmes libérales ont mis en place les consultations de suivi gynécologique de prévention et de contraception.
- Les sages-femmes ne se sentent pas assez formées dans ce domaine



## **2. Méthodologie**

Notre travail s'appuie sur deux questionnaires : le premier à destination de femmes de 18 à 35 ans habitant en Haute-Normandie, le second à destination des sages-femmes exerçant en libéral installées dans cette région.

### **2.1. Enquête à destinations des femmes habitant la Haute-Normandie (VI)**

#### **2.1.1. Choix de la population**

Le premier questionnaire est à destination de femmes de 18 à 35 ans habitant en Haute-Normandie. Il a pour but d'établir un état des lieux de la situation dans laquelle se trouvent les femmes vis-à-vis de leur suivi gynécologique. Sont-elles suivies ? Par qui ? Sont-elles satisfaites de leur suivi ? Savent-elles que les sages-femmes ont pour compétence le suivi gynécologique de prévention et les consultations de contraception ? Seraient-elles prêtes à se faire suivre par une sage-femme pour ce type de suivi ?

Nous avons choisi d'interroger des femmes jeunes (18 à 35 ans) puisque ces femmes entament leur suivi gynécologique, elles n'ont pas toutes des professionnels attirés, ce sont donc ces femmes qui seraient le plus susceptibles de consulter une sage-femme pour un suivi gynécologique ou pour leur contraception. De plus elles sont moins à risque de pathologies, qui les empêcheraient d'être suivies par une sage-femme.

Notre enquête a été prospective, elle s'est déroulée dans la rue afin d'avoir une population représentative de la population générale. Nous avons en effet voulu interroger toutes les femmes, aussi bien les nullipares que les femmes ayant déjà eu une ou plusieurs grossesses. L'enquête de rue nous a aussi permis d'interroger des femmes qui n'avaient pas de suivi mis en place.

### 2.1.2. Elaboration du questionnaire

Pour que les femmes acceptent de répondre, nous avons dû élaborer un questionnaire court. Les questions devaient être précises pour que les femmes puissent y répondre facilement. Avant de débiter l'enquête, nous avons modifié le questionnaire à plusieurs reprises. Nous avons testé ce questionnaire dans la rue auprès d'une dizaine de femmes ce qui a permis d'évaluer le temps nécessaire à sa réalisation. Ce test nous a aussi permis d'effectuer quelques modifications afin que certaines questions soient mieux comprises par les femmes. En moyenne, le questionnaire prenait environ 5 minutes pour être complété. Au final le questionnaire compte 17 questions et se divise en deux parties :

- Une première partie portant sur des généralités afin d'établir le profil de la femme, cela au travers de différentes questions comme l'âge, la profession et le lieu d'habitation.
- Une deuxième partie concernant le suivi gynécologique de ces femmes. Cette partie a pour but de savoir si ces femmes ont un suivi régulier ou non, et si ce n'est pas le cas, pour quelles raisons. Nous avons demandé aux femmes qui avaient un suivi régulier si elles étaient satisfaites par leur suivi ou si elles rencontraient des problèmes, pour obtenir un rendez-vous notamment. Nous avons enfin demandé à toutes les femmes interrogées si elles savaient que les sages-femmes pouvaient effectuer ce type de suivi et si elles seraient prêtes à consulter une sage-femme dans ce cadre.

### 2.1.3. Déroulement de l'enquête

L'enquête s'est déroulée sur plusieurs demi-journées, entre octobre 2012 et janvier 2013, dont certaines avec l'aide d'un enquêteur supplémentaire (une autre étudiante sage-femme) afin de pouvoir solliciter un nombre suffisant de femmes. L'enquête a eu lieu à Rouen dans différents lieux afin d'améliorer la représentativité de notre population. Nous avons obtenu une autorisation de la mairie de Rouen afin d'effectuer notre enquête dans les lieux suivant : quartier Saint-Sever, quartier du Palais de Justice, rue des Carmes et théâtre des arts. Nous avons effectué nos interviews à différents jours et horaires de la semaine afin d'avoir un meilleur brassage de notre



population. Postées dans la rue, nous avons interpellé les femmes, nous leur avons présenté notre projet et leur avons demandé si elles étaient d'accord pour répondre à notre questionnaire. Si elles acceptaient, l'enquêteur leur posait les différentes questions après s'être assuré que chaque femme présentait nos deux critères d'inclusion (âge entre 18 et 35 ans et résidant en Haute-Normandie). Au total, 191 femmes répondant à ces deux critères ont participé à notre enquête.

## **2.2. Enquête à destination des sages-femmes libérales de Haute-Normandie** **(VII)**

### **2.2.1. Choix de la population**

Nous avons choisi d'interroger de manière prospective les sages-femmes libérales installées dans la région Haute-Normandie. Ce deuxième questionnaire nous permet de savoir comment se situent les sages-femmes par rapport à leur compétence en suivi gynécologique de prévention et en contraception. Nous avons interrogé les sages-femmes de la région Haute-Normandie afin de pouvoir mettre en parallèle leurs réponses avec certains éléments du premier questionnaire destiné aux femmes. Nous avons interrogé uniquement les sages-femmes exerçant en libéral puisque lorsque nous avons commencé notre enquête de rue auprès des femmes, il est apparu que celles-ci consultaient majoritairement un professionnel libéral pour ce type de suivi.

### **2.2.2. Elaboration du questionnaire**

Nous avons élaboré un questionnaire que nous avons testé auprès d'une sage-femme libérale. Ce test nous a permis d'effectuer certaines modifications afin qu'il soit plus facilement compréhensible par les sages-femmes. Dans sa version finale, le questionnaire compte 16 questions et se divise en deux parties :

- Une première partie qui porte sur le profil général de la sage-femme : âge, année d'obtention du diplôme de sage-femme, parcours professionnel, année d'installation en libéral, ville d'exercice, activités effectuées dans son cabinet.

- Une deuxième partie qui traite de la position de la sage-femme vis-à-vis des consultations gynécologiques de prévention et de contraception. Effectue-t-elle déjà ce type de consultation ? Si oui à quelle fréquence, une formation spécifique a-t-elle été effectuée en vue de cette pratique ? Si non, pour quelles raisons n'effectue-t-elle pas ce type de suivi ? A-t-elle pour projet de développer ce type de consultation ?

### **2.2.3. Déroulement de l'enquête**

Il y a 51 sages-femmes exerçant en libéral en Haute-Normandie. Nous avons profité d'une réunion de l'association des sages-femmes libérales de Haute-Normandie au mois de novembre 2012 pour distribuer et récupérer quelques questionnaires. Lors de cette journée nous avons pu récupérer 15 questionnaires. Nous avons ensuite joint par téléphone les sages-femmes de la région qui n'étaient pas présentes pendant cette réunion. Lors de ce contact téléphonique, nous leur avons expliqué l'objectif de notre recherche et leur avons proposé de répondre à notre questionnaire. Suite à ce contact, nous avons envoyé nos questionnaires à celles qui ont accepté de nous répondre. Le questionnaire a été envoyé soit par mail, soit par courrier selon le souhait de la sage-femme contactée.

Tous les questionnaires ont été envoyés à fin du mois de novembre 2012. Les derniers retours par courrier sont arrivés au mois de janvier 2013. Au total, nous avons envoyé 16 mails et 15 courriers. Devant le peu de réponses nous avons relancé les sages-femmes qui avaient initialement accepté de nous répondre. Nous avons choisi de clore notre enquête en février afin d'avoir le temps nécessaire à l'exploitation des résultats. Au total 27 sages-femmes nous ont répondu, 15 lors de la réunion de l'association des sages-femmes libérales de Haute-Normandie, 2 par mail, 10 par courrier.



### 3. Traitement des données

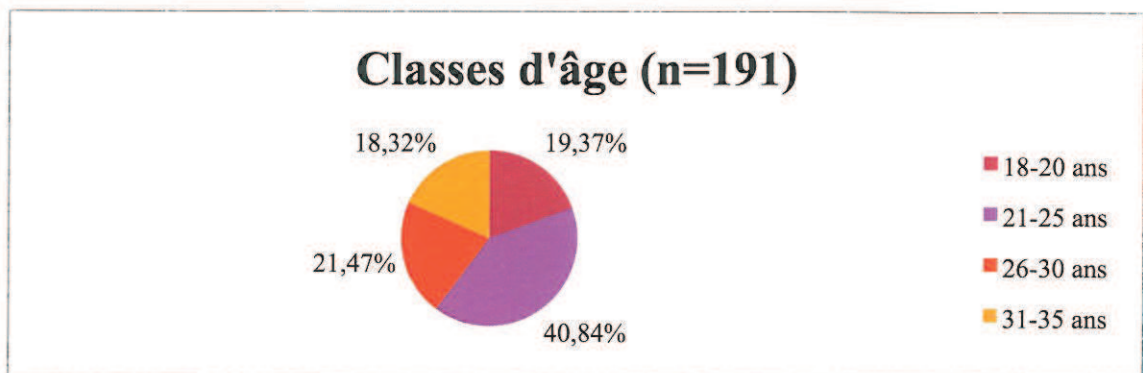
Nous avons utilisé le logiciel « microsoft office excel 2007 » pour rassembler nos réponses sous forme de tableaux et pour réaliser nos graphiques. Puis nous avons réalisé nos tests du chi 2 avec le logiciel « stata ».

### 4. Résultats

#### 4.1. Résultats du questionnaire à destination des femmes

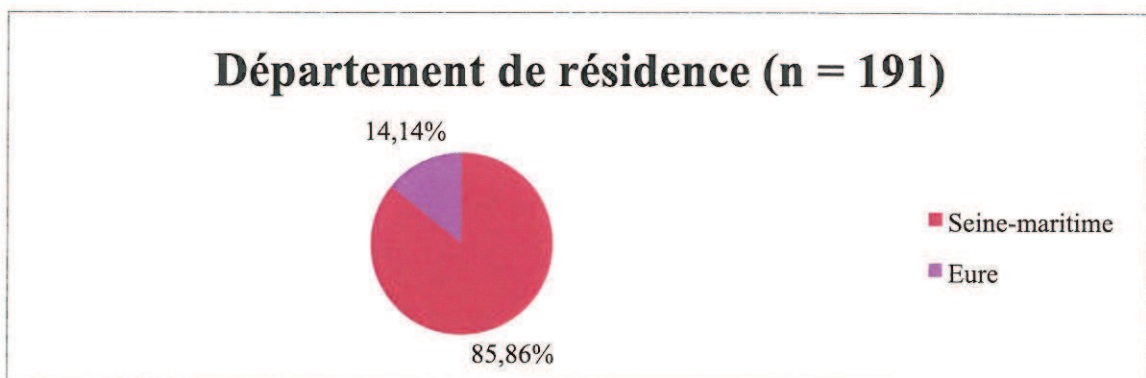
##### Première partie : profil général

Question 1 : Quel âge avez-vous ?



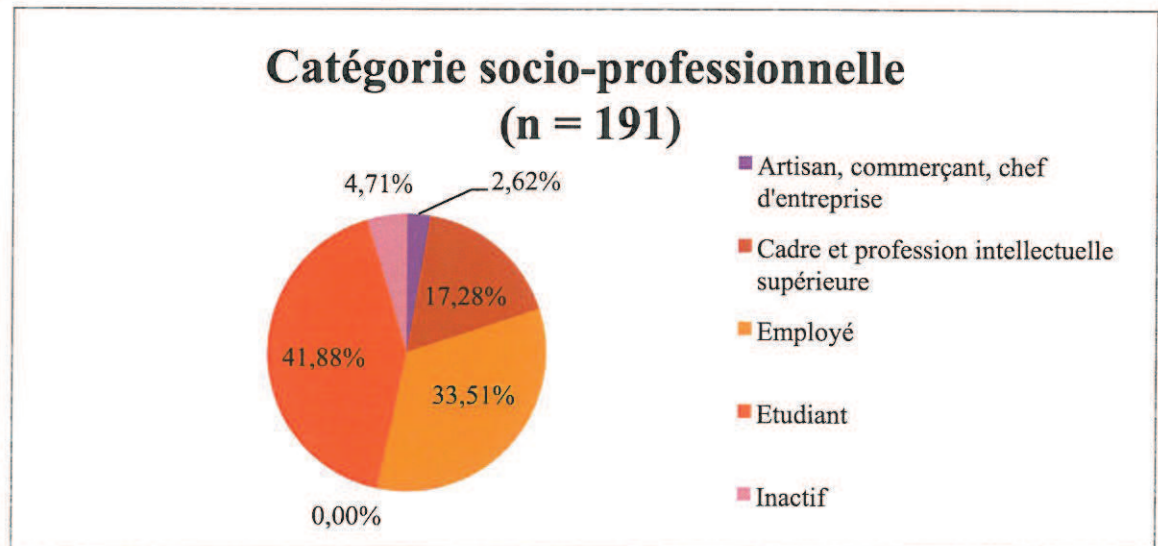
Sur les 191 femmes interrogées, 40,84% d'entre elles ont entre 21 et 25 ans. Les autres classes d'âges sont un peu plus équilibrées.

Question 2 : Dans quel département habitez-vous ?



La grande majorité des femmes interrogées habite en Seine-Maritime.

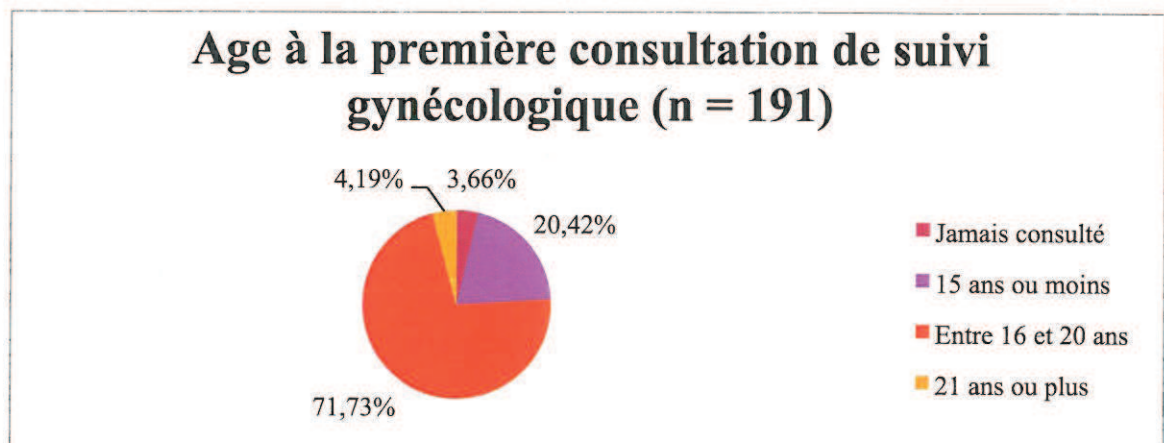
**Question 3 : Quelle est votre profession ?**



Parmi les 191 femmes interrogées, 33,51% sont étudiantes, 41,88% sont employées. 17,28% font partie de la catégorie des cadres et professions intellectuelles supérieures, 4,71% sont inactives et 2,62% appartiennent au groupe « artisan, commerçant et chef d'entreprise ». Aucune des femmes interrogées n'appartenait aux catégories « ouvrier » ou « agriculteur ».

**2<sup>ème</sup> partie : le suivi gynécologique et la contraception**

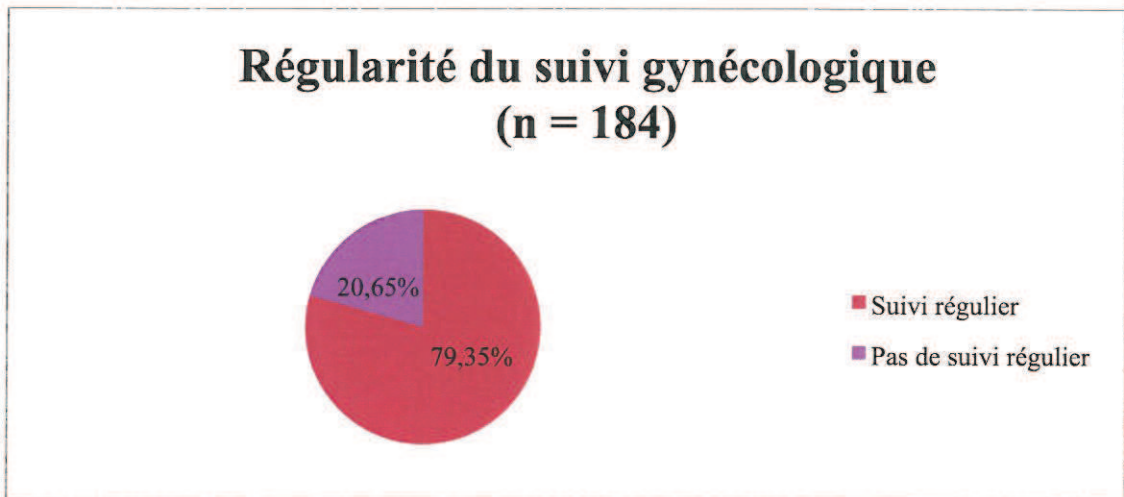
**Question 4 : A quel âge avez-vous commencé à consulter pour votre suivi gynécologique ?**



71,73% des femmes interrogées ont commencé à consulter pour leur suivi gynécologique entre 16 et 20 ans.

Parmi les femmes n'ayant jamais consulté (n=7), 4 d'entre elles ont entre 18 et 20 ans, 3 ont entre 21 et 25 ans. Parmi ces femmes, 6 sont étudiantes et 1 est employée. Toutes les femmes de plus de 26 ans ont déjà consulté pour leur suivi gynécologique ou leur contraception.

Question 5 : Avez-vous un suivi gynécologique régulier ? (1fois/an environ)



La majorité des femmes ayant entamé un suivi gynécologique a par la suite un suivi régulier.

Parmi les 38 femmes n'ayant pas de suivi régulier, la majorité (n=23) a pourtant un moyen de contraception (pilule, stérilet ou implant). Le reste de ces femmes utilise des préservatifs (n=8) ou n'a aucun moyen de contraception (n=7).

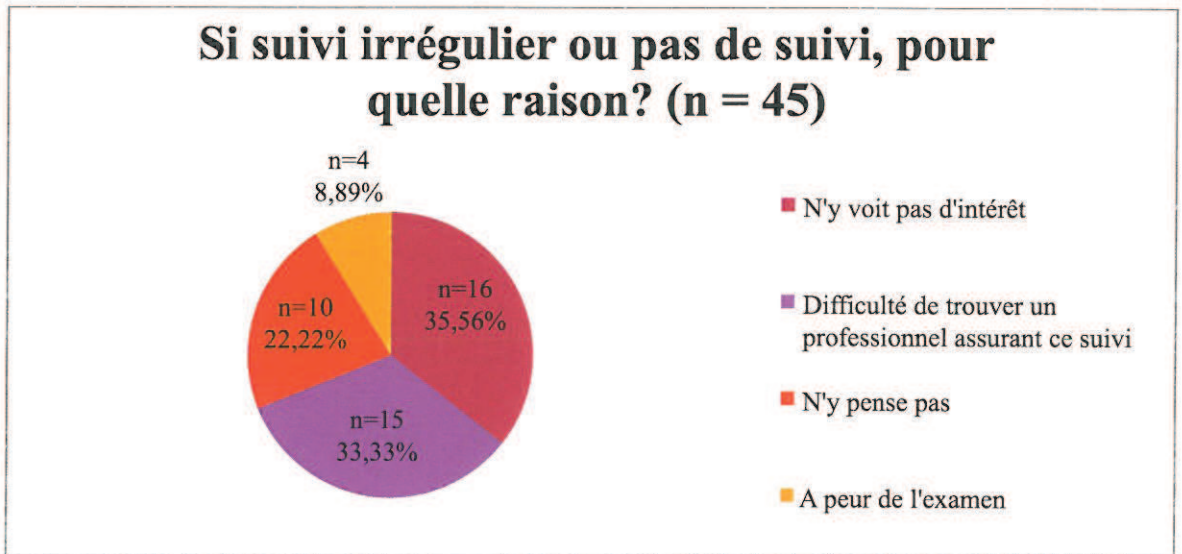
68,42% des femmes n'ayant pas de suivi régulier sont étudiantes. 92,10% des femmes n'ayant pas de suivi régulier ont moins de 26 ans.

Après avoir appliqué le test du chi 2, nous pouvons dire qu'il existe un lien significatif entre la catégorie socioprofessionnelle et le fait d'avoir un suivi régulier ou non (p=0,002). Nous pouvons aussi dire qu'il existe un lien significatif entre l'âge et le fait d'avoir un suivi régulier ou non (p=0,000...).



### Question 6 pour celles qui n'ont pas de suivi gynécologique ou un suivi irrégulier

Question 6 : (Si suivi irrégulier ou pas de suivi) pour quelle raison ?

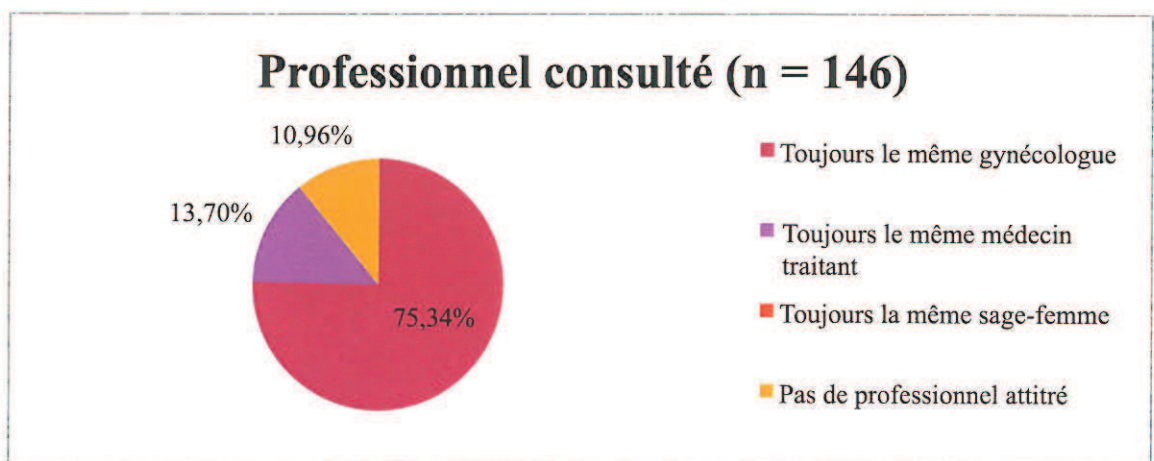


Parmi les femmes qui n'ont pas de suivi régulier, 33,33% d'entre elles évoquent la difficulté de trouver un professionnel qui assurerait leur suivi.

8,89% (n=4) disent avoir peur de l'examen, ce qui les empêche de se faire suivre.

### Question 7 à 13 pour celles qui ont un suivi gynécologique régulier

Question 7 : Qui consultez-vous ?



Nous avons regroupé les gynécologues médicaux et obstétriciens dans le même groupe car les femmes ne faisaient pas la différence entre les deux. 75,34% des femmes

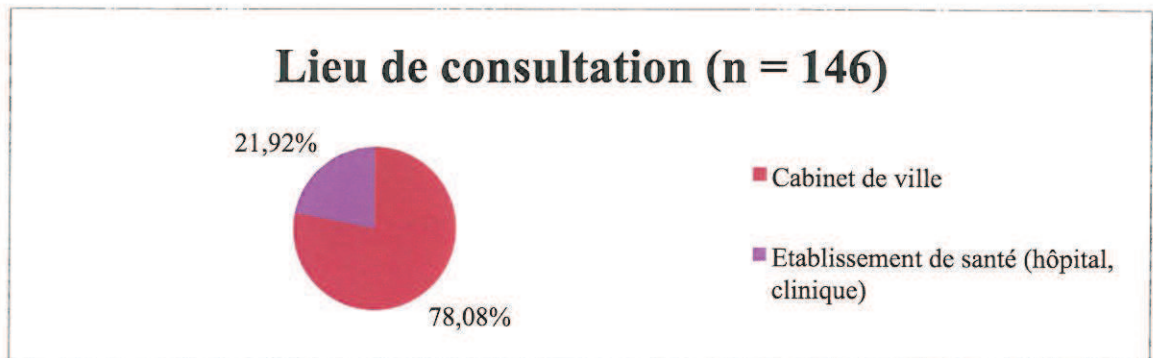


les consultent pour leur suivi gynécologique et leur contraception, ces femmes consultent toujours le même professionnel.

Aucune femme interrogée ne consulte de sage-femme pour son suivi gynécologique ou sa contraception.

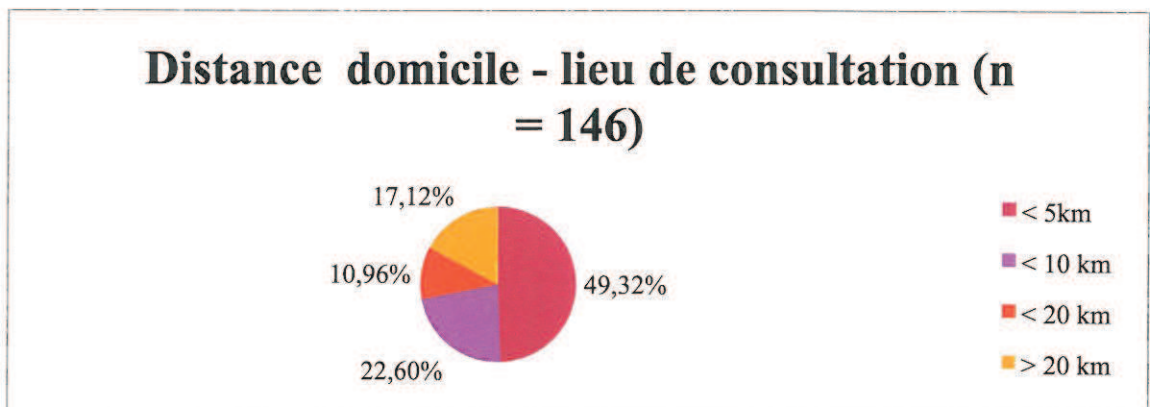
10,96% des femmes n'ont pas de professionnel attitré pour leur suivi gynécologique.

Question 8 : Où consultez-vous ?



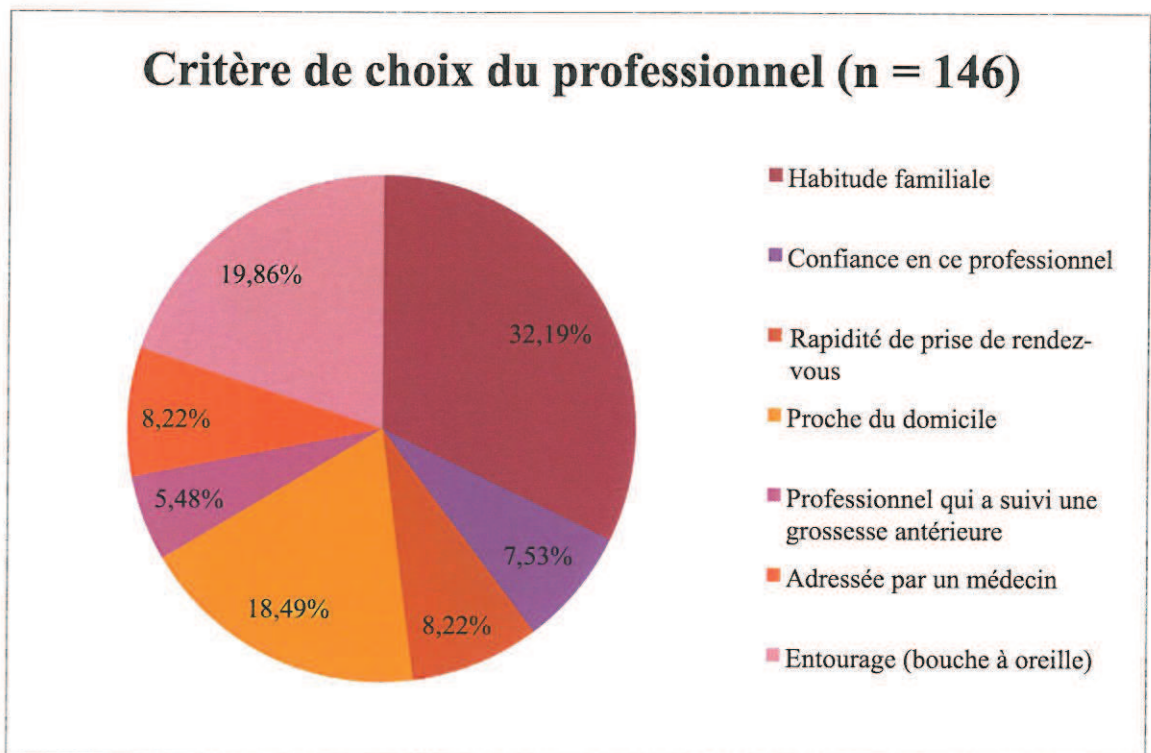
La majorité des femmes consulte dans un cabinet en ville quand il s'agit de leur suivi gynécologique. Aucune femme interrogée ne consulte au planning familial ou à la PMI.

Question 9 : A quelle distance de votre domicile exerce le professionnel qui assure votre suivi ?



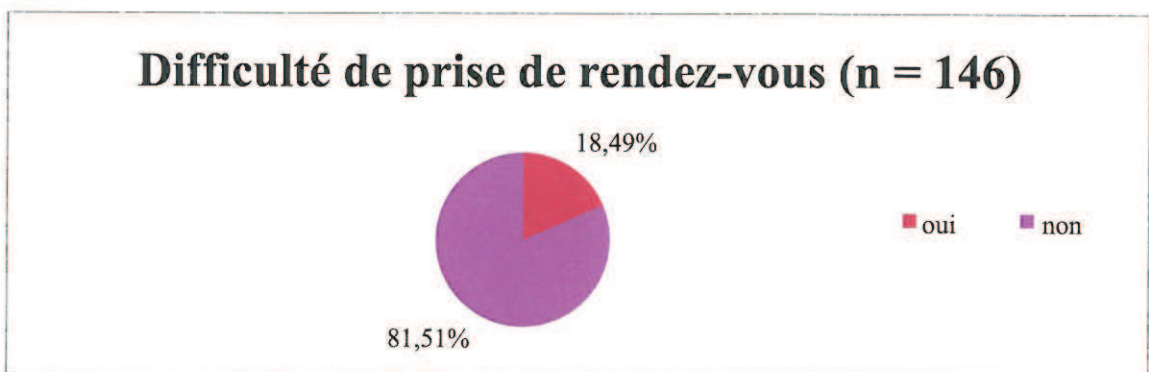
49,32% des femmes consultent un professionnel proche de leur domicile (à moins de 5 kms).

Question 10 : Sur quel critère choisissez-vous de consulter un professionnel en particulier?



Quand elles choisissent de consulter un professionnel en particulier, les femmes répondent que leur choix est fondé sur une habitude familiale à 32,19%. 19,86% d'entre elles font leur choix d'après la recommandation de leur entourage. 18,49% des femmes choisissent un professionnel d'abord parce qu'elles peuvent le consulter à proximité de leur domicile.

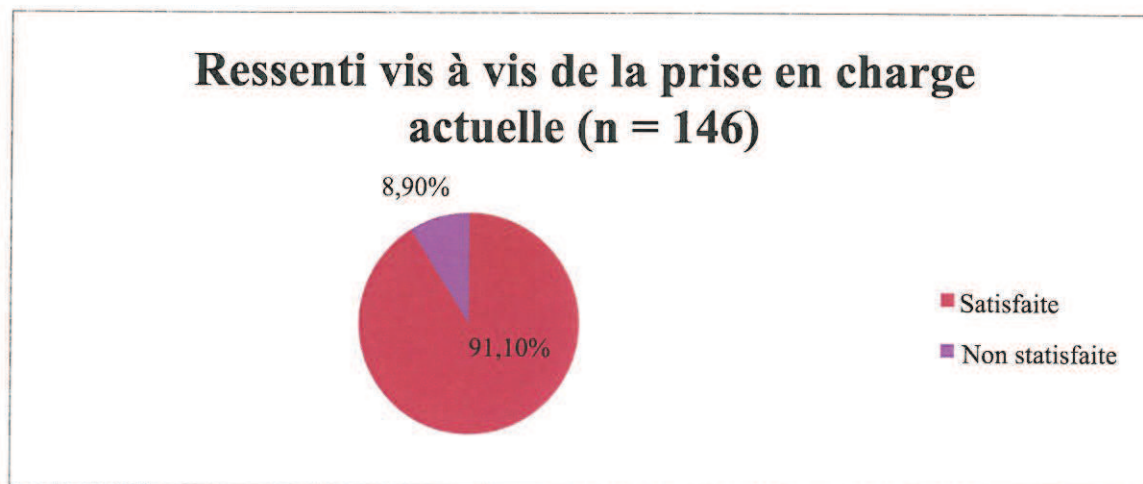
Question 11 : Rencontrez-vous des problèmes pour obtenir un rendez-vous ?





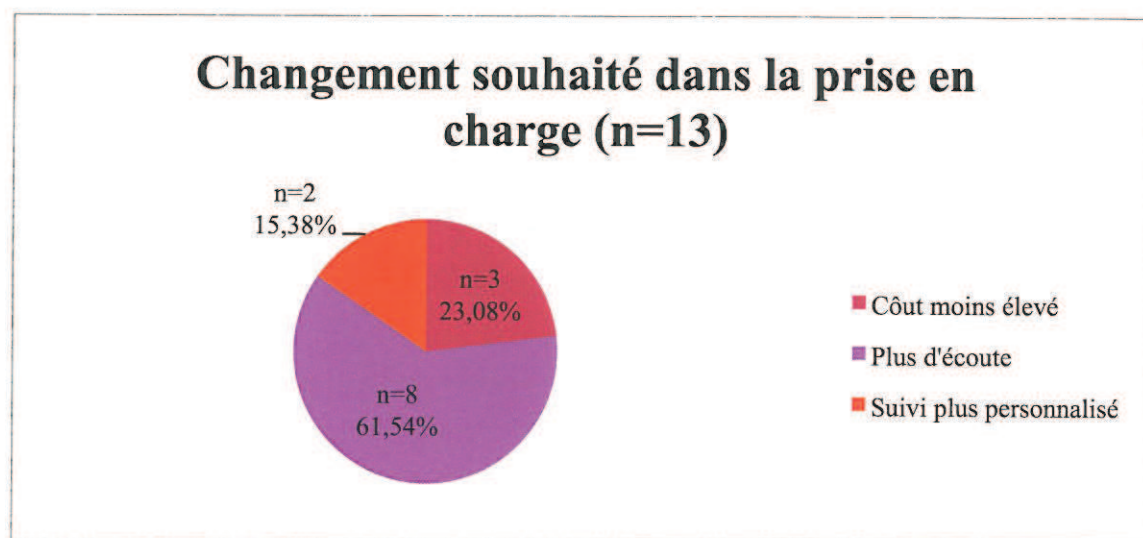
La majorité des femmes ne rencontre aucune difficulté pour obtenir un rendez-vous avec le professionnel qui assure leur suivi.

Question 12 : Etes-vous satisfaite de votre prise en charge actuelle ?



91,10% des femmes sont satisfaites de leur prise en charge.

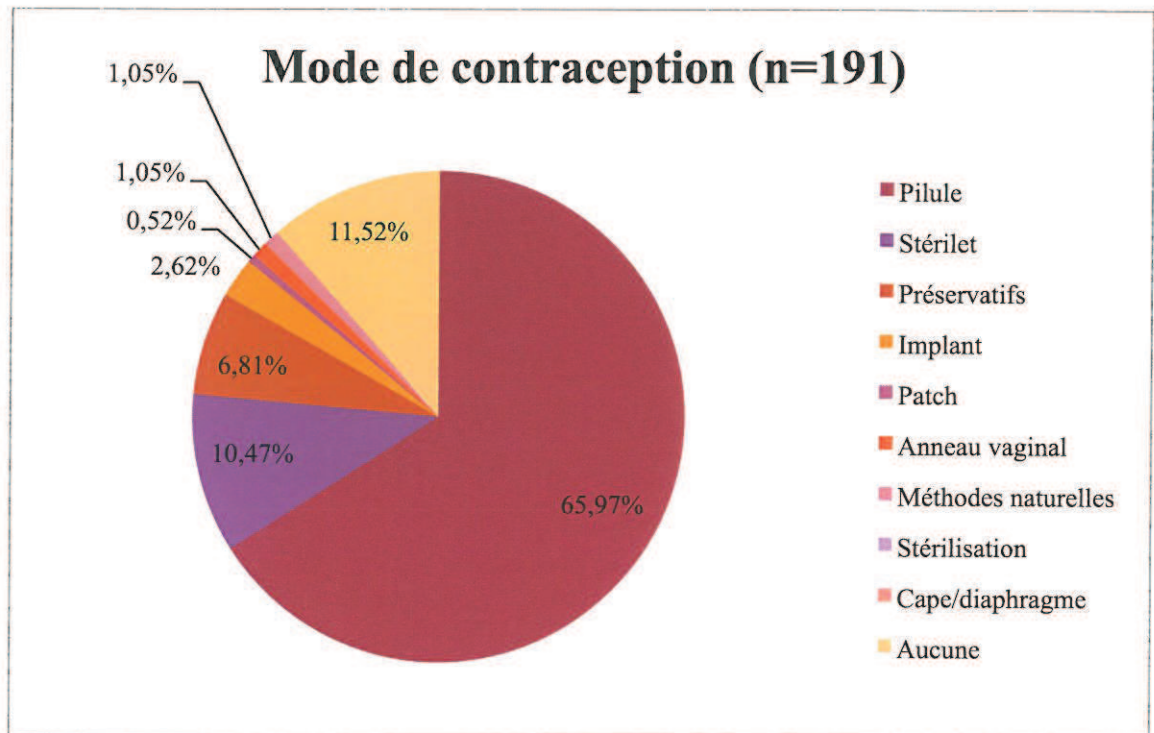
Question 13 : (Si non satisfaite) qu'aimeriez-vous changer ?



13 femmes ne sont pas satisfaites de leur prise en charge, elles aimeraient plus d'écoute de la part du professionnel ou encore un suivi plus personnalisé. 3 d'entre elles voudraient que le coût de la consultation soit moins élevé.

## Suite du questionnaire pour toutes les femmes interrogées

Question 14 : Quel est votre mode de contraception ?



La majorité des femmes interrogées a comme moyen de contraception une pilule.

20 femmes ont choisi le stérilet comme moyen de contraception, 18 d'entre elles ont plus de 26 ans.

22 femmes n'avaient aucun moyen de contraception.

Après avoir effectué le test du chi 2, nous pouvons dire qu'il existe un lien significatif entre l'âge et le choix de la contraception ( $p=0,000\dots$ ). En revanche il n'existe pas de lien significatif entre l'appartenance à une catégorie socioprofessionnelle et le choix de la contraception ( $p=0,582$ )



Question 15 : Savez-vous que depuis 3 ans, les sages-femmes peuvent assurer le suivi gynécologique de prévention et les consultations de contraception pour les femmes ne présentant aucune pathologie ?

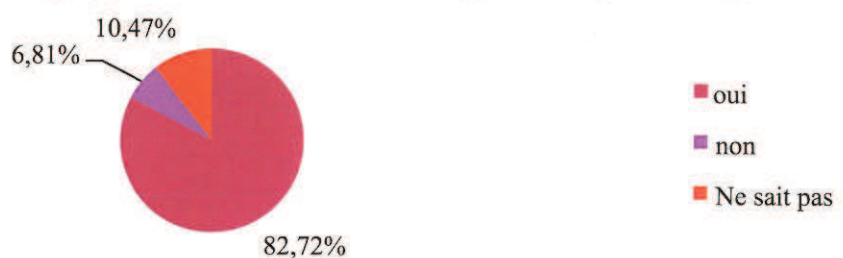
### Compétence des sages-femmes en matière de suivi gynécologique de prévention et de contraception (n=191)



Les trois quart des femmes ne savaient pas que le suivi gynécologique de prévention et la contraception faisaient partie des compétences des sages-femmes.

Question 16 : Seriez-vous prête à consulter une sage-femme pour votre suivi gynécologique ou pour votre contraception ?

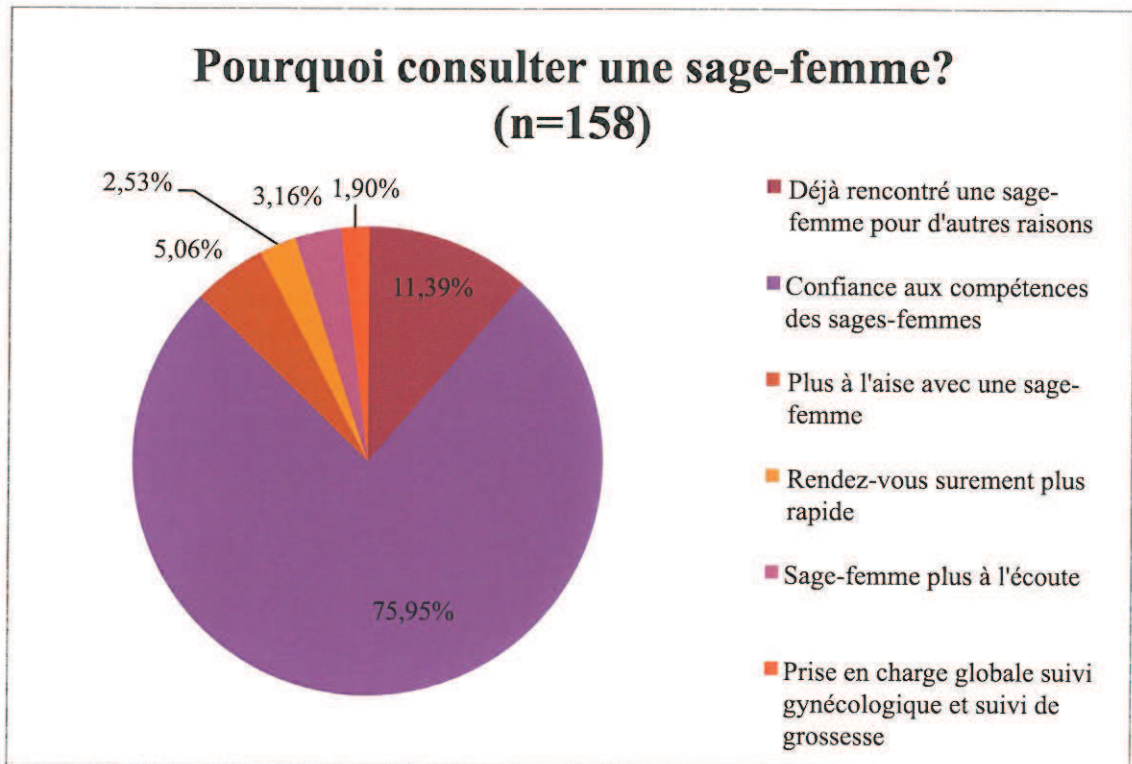
### Consulter une sage-femme pour son suivi gynécologique ou sa contraception (n=191)



La majorité des femmes serait prête à consulter une sage-femme pour leur suivi gynécologique et leur contraception.

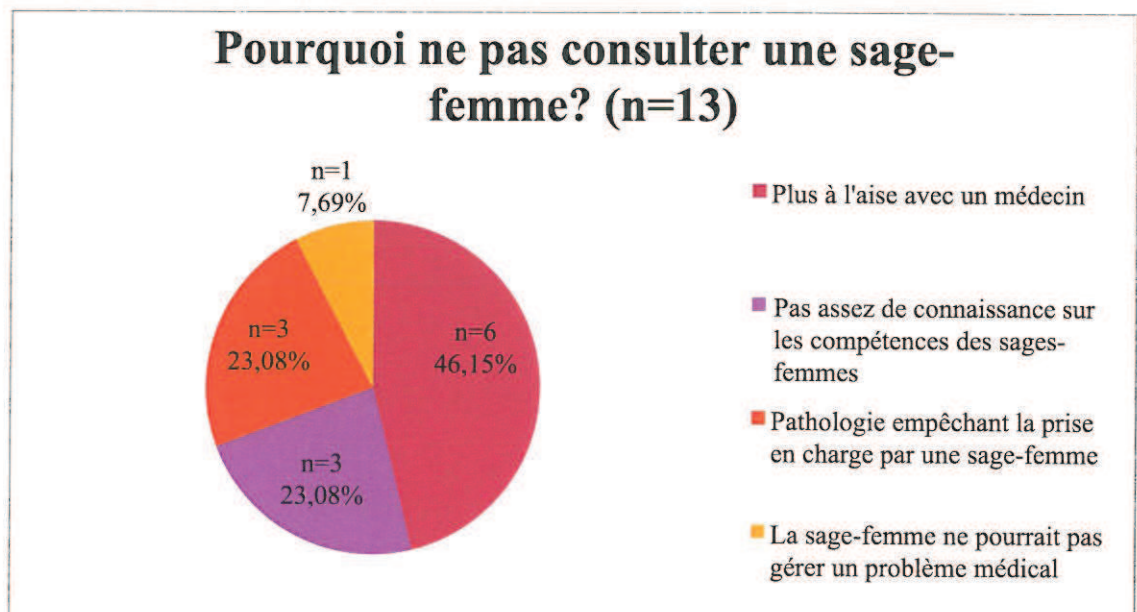
Après avoir effectué le test du chi 2, nous pouvons dire qu'il n'existe pas de lien significatif entre appartenir à une catégorie d'âge et vouloir consulter une sage-femme ou non ( $p=0,756$ ). De la même façon il n'existe pas de lien entre appartenir à une certaine catégorie socioprofessionnelle et vouloir consulter une sage-femme ( $p=0,710$ ).

Question 16 : Si oui pourquoi ?



Les femmes consulteraient une sage-femme pour le suivi gynécologique de prévention et leur contraception d'abord parce qu'elles font confiance aux compétences des sages-femmes.

Question 17 : Si non, pourquoi ?



6 des 13 femmes qui ne voudraient pas rencontrer une sage-femme pour leur suivi gynécologique et leur contraception se disent plus à l'aise avec un médecin dans

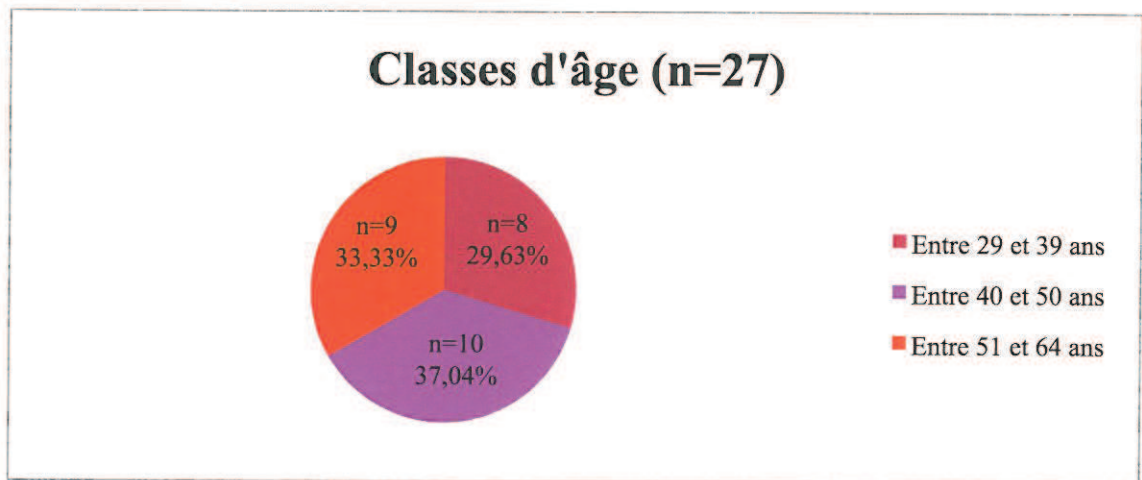


ce contexte. 3 d'entre elles disent ne pas avoir assez de connaissances sur les compétences des sages-femmes pour envisager un suivi par ce type de professionnel.

#### 4.2. Résultats du questionnaire destiné aux sages-femmes

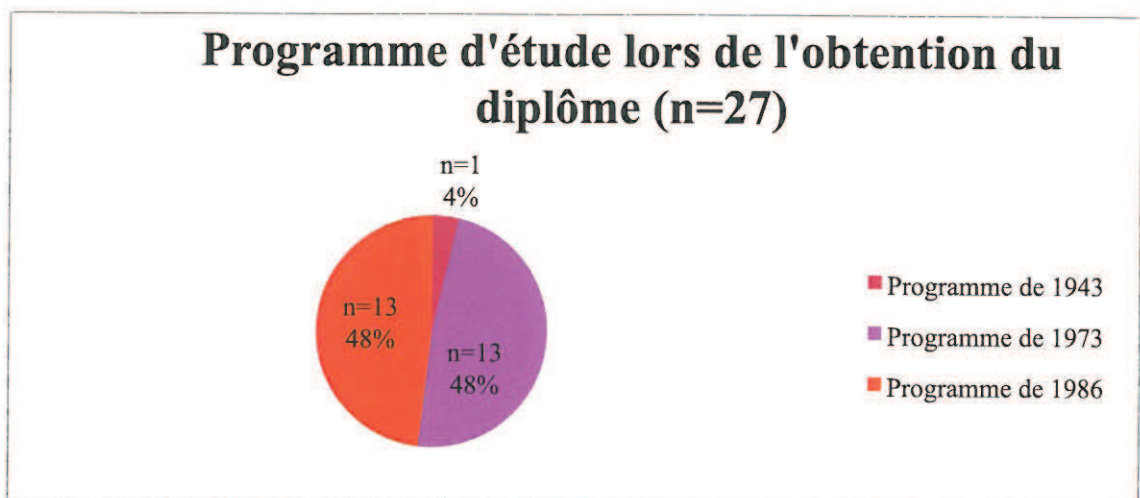
##### 1<sup>ère</sup> partie : profil général

Question 1 : Quel âge avez-vous ?



Les sages-femmes interrogées ont entre 29 et 64 ans.

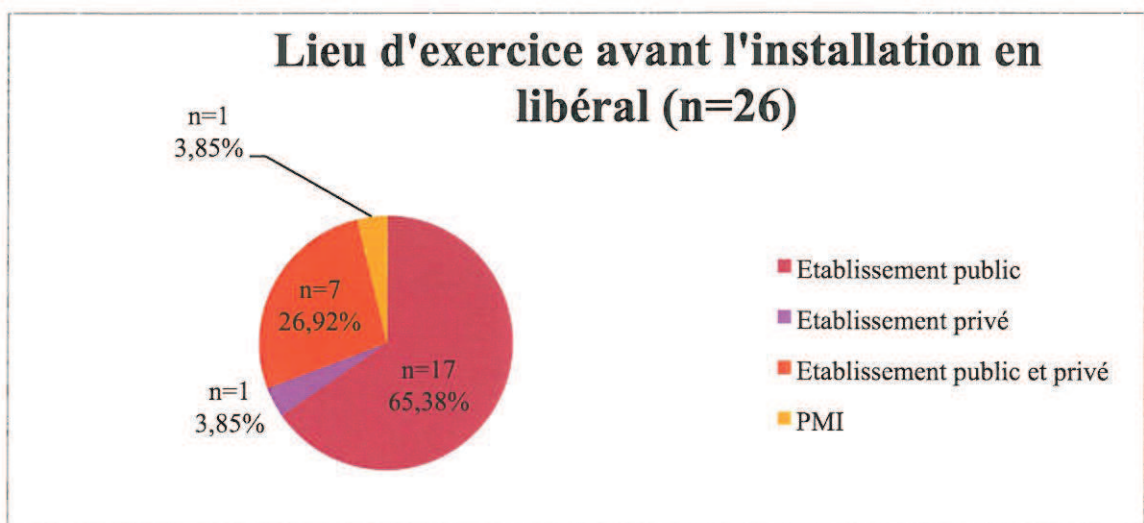
Question 2 : Programme d'étude en place lors de la validation du diplôme



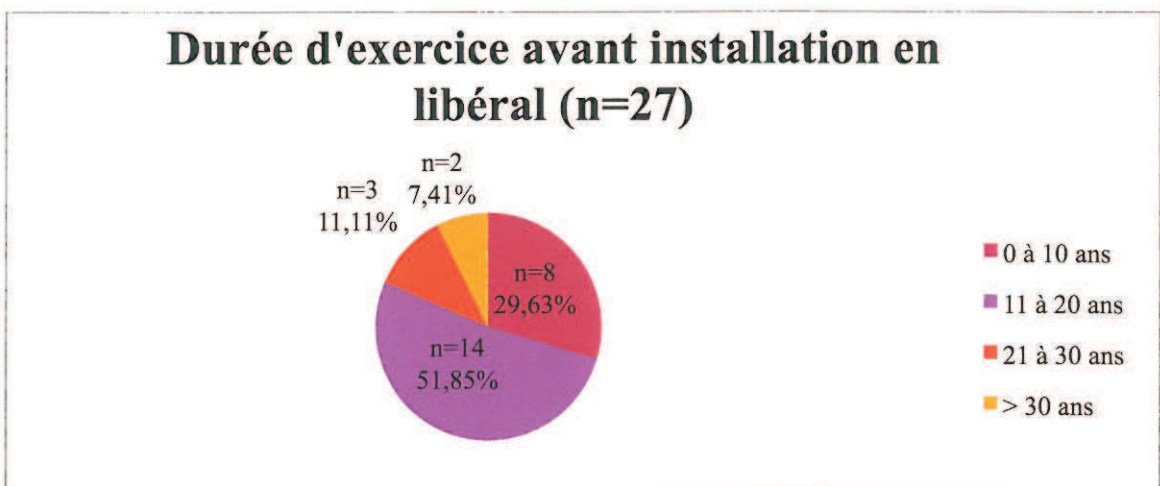
Les sages-femmes interrogées ont été diplômées avant la mise en place du programme de 2002, c'est-à-dire avant de devoir valider un examen classant de fin de

première année d'étude comme les médecins et les chirurgiens dentistes (PCEM1). Les sages-femmes diplômées du programme de 1973 ont suivi un cursus de 3 ans d'études, celles du programme de 1986 ont suivi un cursus de 4 ans. La sage-femme appartenant au programme de 1943 a effectué 3 ans d'études dont une année commune avec les infirmières.

**Question 3 :** Dans quelle structure avez-vous exercé avant de vous installer en libéral ?  
Et pendant combien de temps ?



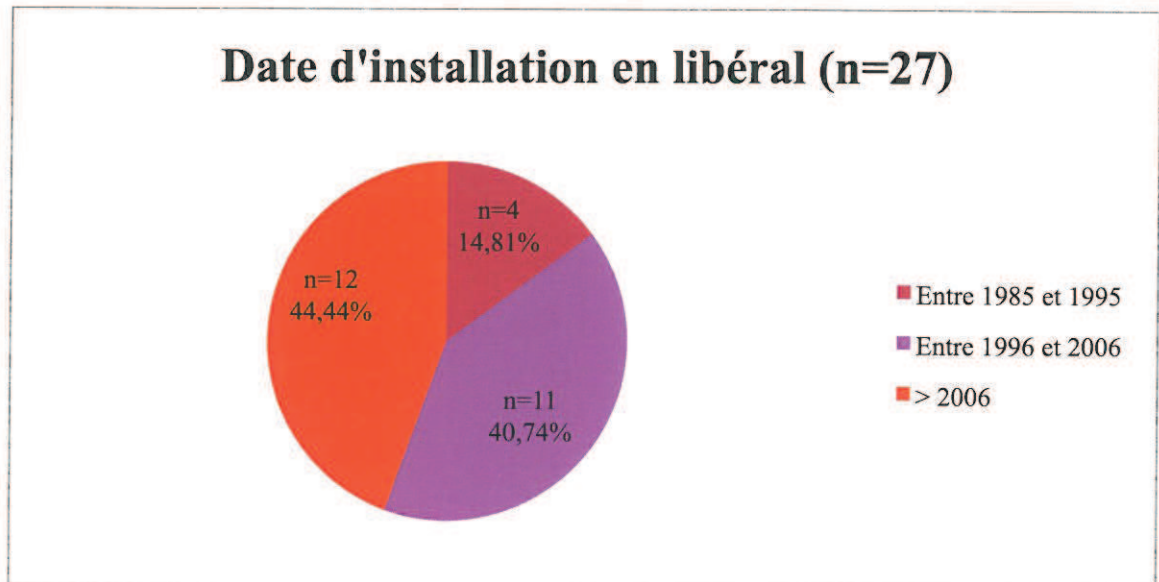
La majorité des sages-femmes interrogées a travaillé dans un établissement public avant de s'installer en libéral. Une des sages-femmes interrogées s'est installée en libéral directement après son diplôme, sans travailler au sein d'une autre structure au préalable.





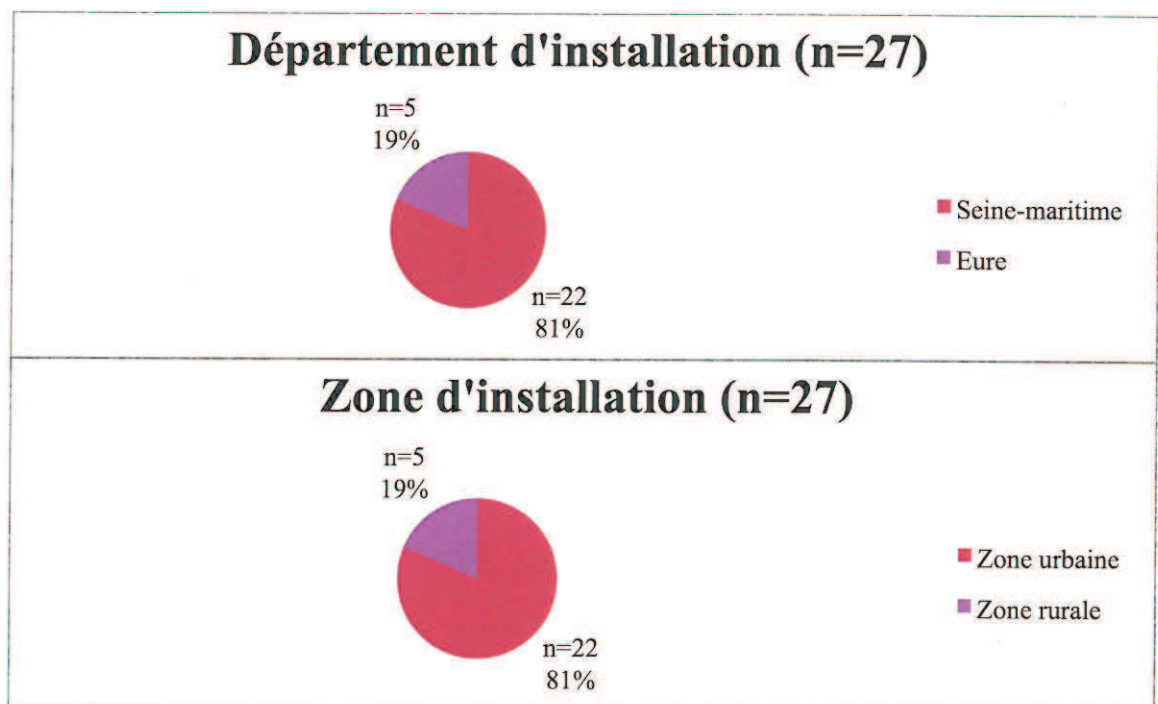
La moitié des sages-femmes interrogées a travaillé entre 11 et 20 ans dans une autre structure avant de s'installer en libéral.

Question 4 : en quelle année vous êtes-vous installée en libéral ?



La plupart des sages-femmes interrogées s'est installée à partir de 1996.

Question 5 : Zone d'installation



La majorité des sages-femmes interrogées est installée en Seine-Maritime. 22 sages-femmes sur les 27 sont installées dans une zone urbaine.

Question 6 : En utilisant une échelle de 0 à 10, inscrivez en quelle proportion vous pratiquez chaque activité dans votre cabinet ?

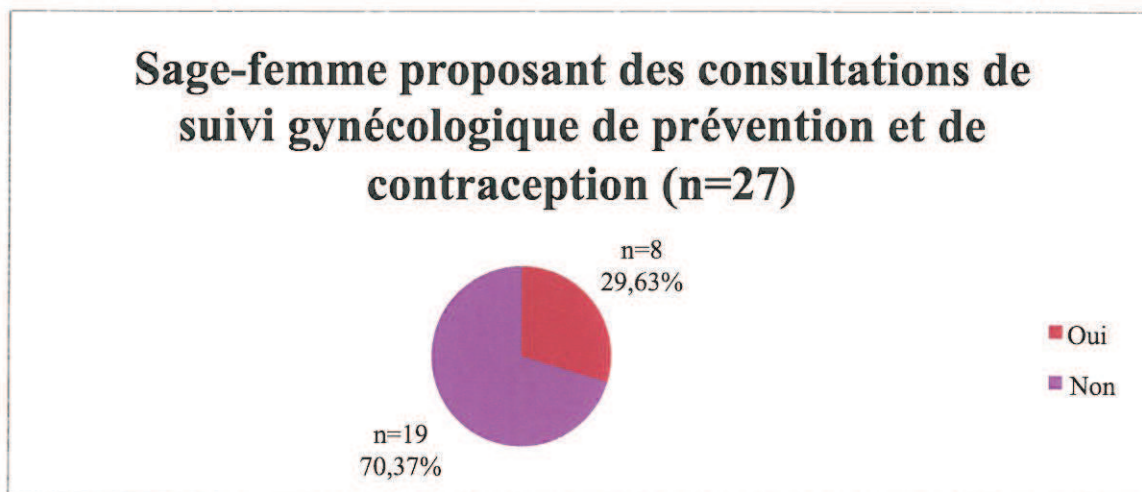


Si nous observons l'activité globale des sages-femmes interrogées, nous remarquons que 28,89% des consultations correspondent à de la rééducation périnéo-sphinctérienne. Ensuite, 22,22% des consultations sont de la préparation à la naissance. Aucune sage-femme libérale interrogée ne pratique d'accouchement. Une seule d'entre elles pratique de l'échographie et ne propose que ce type de consultation dans son cabinet.



**2<sup>ème</sup> partie : concernant le suivi gynécologique de prévention et les consultations de contraception...**

**Question 7** : Proposez-vous ce type de consultation dans votre cabinet ?



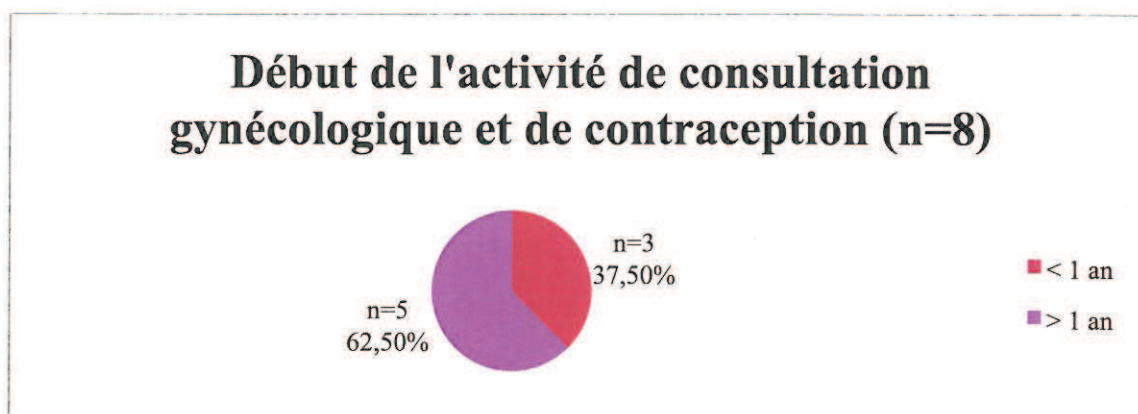
19 des sages-femmes libérales interrogées ne proposent pas de consultation de suivi gynécologique de prévention et de contraception.

Une seule des 5 sages-femmes interrogées installées dans l'Eure propose ce type de consultation. 7 sages-femmes sur les 22 interrogées en Seine-Maritime le propose.

Aucune des sages-femmes installées dans une zone rurale ne propose ce type de consultation.

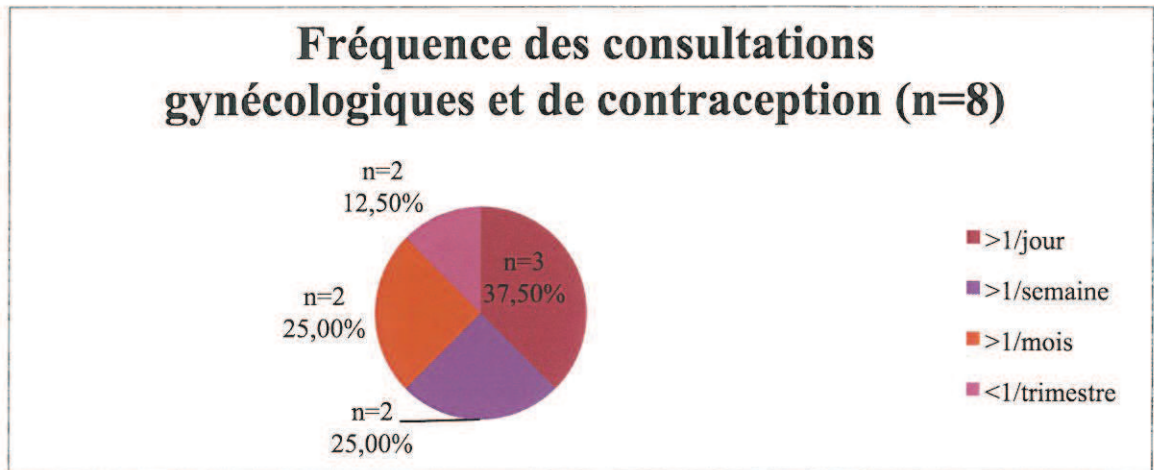
**Questions 8 à 13 pour celles qui ont répondu OUI à la question 7**

**Question 8** : Depuis quand effectuez-vous ce type de consultation ?



Sur les 8 sages-femmes interrogées pratiquant du suivi gynécologique de prévention et de la contraception, plus de la moitié propose cette activité depuis plus d'un an.

**Question 9 :** A quelle fréquence recevez-vous des patientes pour ce type de suivi ?

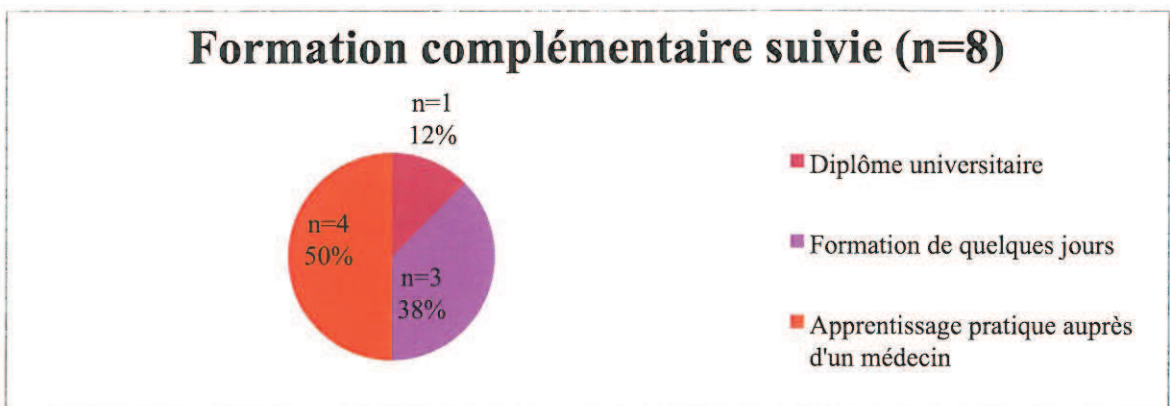


Plus d'un tiers des sages-femmes pratiquant cette activité reçoivent plus d'une patiente par jour pour suivi gynécologique et contraception. La moitié d'entre elles pratique ce type de consultation plusieurs fois par semaine à plusieurs fois par mois.

**Question 10 :** Avez-vous suivi une formation particulière (en complément du Diplôme d'Etat de sage-femme) avant de pratiquer ce type de consultation ?

Toutes les sages-femmes disent avoir suivi une formation en complément de leur diplôme d'Etat avant de proposer ce type de consultation à leurs patientes.

**Question 11 :** Si oui, quel type de formation ?





La moitié des sages-femmes effectuant des consultations de suivi gynécologique de prévention et de contraception a complété sa formation initiale par un apprentissage pratique aux côtés d'un médecin. Une seule d'entre elles a obtenu un diplôme universitaire dans ce domaine.

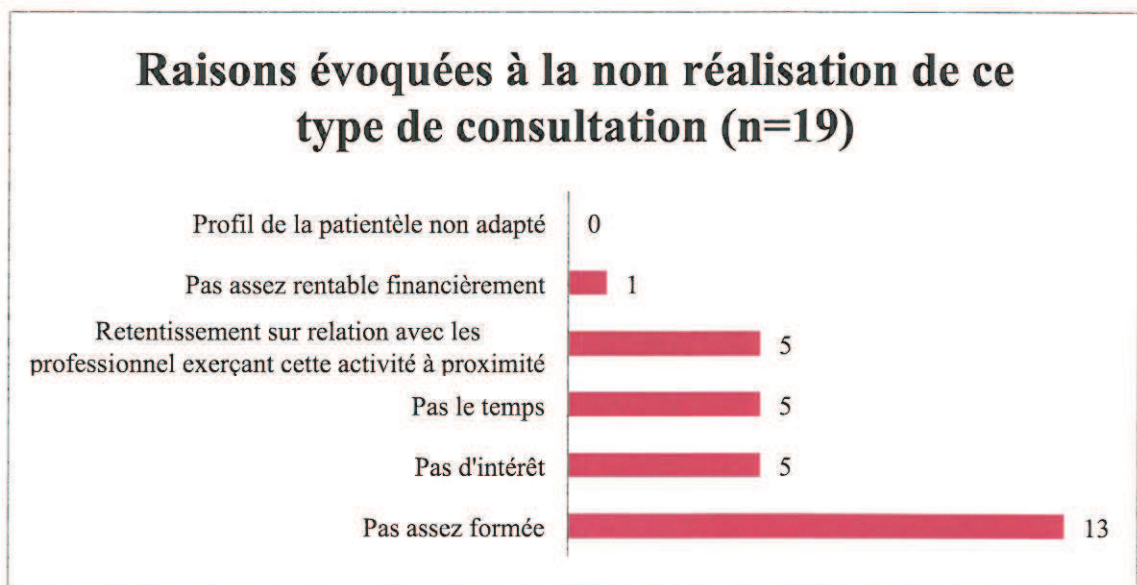
Les trois autres formations suivies sont : ADCO (ateliers pour le développement des connaissances obstétricales), Médic Formation et Aspazie.

Question 12 et 13 : Pensez-vous développer ce type de consultation à l'avenir, si non, pourquoi?

Toutes les sages-femmes qui proposent déjà ce type de consultation souhaitent les développer à l'avenir.

#### Question 14 à 16 pour celles qui ont répondu NON à la question 7

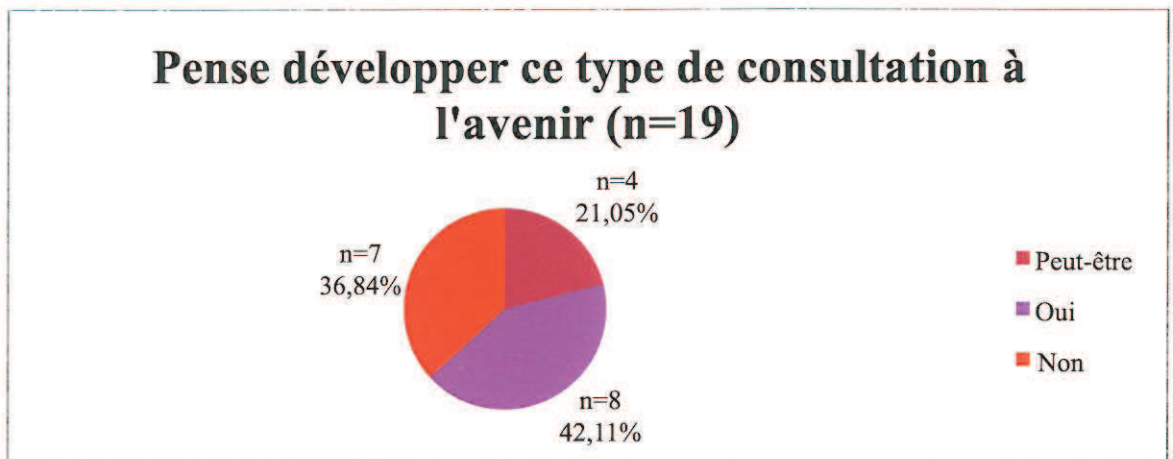
Question 14 : Pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous pas développé ce type de consultation ? (plusieurs réponses possibles)



13 sages-femmes sur les 19 ne proposant pas de suivi gynécologique ou de consultation de contraception ne se sentent pas assez formées pour ça. Cette raison est évoquée quel que soit le programme d'étude suivi.

Le manque de temps ou d'intérêt est une raison donnée par un quart d'entre elles. Un quart de ces sages-femmes exprime aussi la difficulté de mettre en place ce type de consultation vis-à-vis des autres professionnels exerçant déjà cette activité à proximité.

Question 15 : Pensez-vous développer ce type de consultation à l'avenir ?



42,11% des sages-femmes ne proposant pas ce type de consultation souhaite développer cette activité. 36,84% d'entre elles ne le souhaite pas.

Question 16 : Si oui, projetez-vous de compléter votre formation ?

Les 8 sages-femmes souhaitant développer ce type de consultation projettent de compléter leur formation auparavant.



## **5. Discussion**

### **5.1. Suivi gynécologique et contraception : reflet de la situation sanitaire des femmes en Haute-Normandie**

#### **5.1.1. Le suivi gynécologique**

L'enquête BVA de 2008, qui s'appuyait sur un échantillon représentatif de la population française féminine âgée de 15 ans et plus, montrait que 85% des femmes déclaraient être suivies sur le plan gynécologique. Notre enquête, elle, s'intéressait aux femmes âgées de 18 à 35 ans. Nous avons montré que 79,35% d'entre elles étaient suivies sur le plan gynécologique. Même si cela constitue une grande majorité, il reste 20,65% des femmes de notre échantillon qui n'ont pas de suivi régulier et qui échappent donc aux dépistages mis en place lors de ces consultations. De plus, lors de notre enquête nous nous sommes aperçues que 23 femmes sur les 38 n'ayant pas de suivi régulier avaient pourtant une contraception de type pilule, stérilet ou implant. Sans surveillance, comment s'assurer que le moyen de contraception est toujours adapté à ces patientes ? En effet selon les recommandations, le port d'un stérilet nécessite un examen gynécologique annuel.

Dès lors il est intéressant de réussir à cibler qui sont ces femmes qui n'ont pas de suivi afin de pouvoir les sensibiliser d'avantage. L'enquête BVA montrait que l'absence de suivi pouvait être lié en partie au milieu social des femmes et à leur âge, les femmes les plus jeunes et les plus âgées étant les moins bien suivies. Nous n'avons pas de femmes âgées dans notre échantillon de population mais notre enquête nous a permis de mettre en évidence un constat similaire. En effet 68,42% des femmes n'ayant pas de suivi régulier sont étudiantes. Si nous nous intéressons à l'âge de ces femmes, nous remarquons que 92,10% des femmes n'ayant pas de suivi régulier ont moins de 26 ans. Nous pouvons affirmer que le lien entre catégorie socioprofessionnelle ou âge et suivi régulier ou non est significatif ( $p=0,002$  et  $p=0,000\dots$ ). Il nous semble alors évident que les femmes jeunes devraient être plus sensibilisées à l'importance d'un suivi régulier. Cette sensibilisation pourrait passer par des campagnes de communication sur les campus universitaires par exemple. Nous pourrions également envisager, afin de pouvoir sensibiliser les plus jeunes, une action semblable à celle concernant la prévention bucco-dentaire, mise en place par la CPAM (33). En effet, la CPAM envoie un courrier à ses jeunes assurés leur proposant un examen de santé pris en charge à



100%. Sur le même modèle, nous pourrions imaginer qu'une consultation de prévention gynécologique et de contraception soit proposée aux jeunes filles entre 15 et 16 ans. Cette première consultation permettrait d'avoir un premier contact avec les jeunes filles et de les sensibiliser à l'importance d'un suivi régulier par la suite. Elle permettrait aussi de faire le point sur la vaccination de ces jeunes filles. Si le vaccin prévenant l'infection de certains papillomavirus n'est pas obligatoire en France, il est recommandé pour les jeunes filles âgées de 14 ans. Or, selon une enquête de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), seulement 25,2% des jeunes filles âgées de 14 à 18 ans étaient correctement vaccinées en 2011. 39,9% avaient reçu une seule dose au lieu des trois nécessaires (13).

Dans notre enquête, parmi les 45 femmes qui n'avaient pas de suivi gynécologique régulier, 26 femmes nous ont répondu qu'elles n'y voyaient pas d'intérêt ou qu'elles n'y pensaient pas. Il semble nécessaire de renforcer la communication auprès des femmes afin de leur rappeler le but des consultations gynécologiques. L'étude que nous avons citée de l'ORS de Bourgogne avait montré que les femmes ne faisaient pas forcément le lien entre le cancer du col de l'utérus et la réalisation d'un FCU. Une meilleure connaissance des objectifs du dépistage permettrait peut-être aux femmes de réaliser l'importance de cet examen. La communication devrait passer par une campagne globale afin d'inciter les femmes à consulter pour leur suivi. Mais cette communication devrait aussi se poursuivre dans les cabinets médicaux. Lors des consultations, il nous semble primordial d'expliquer à la patiente le but de chaque examen pratiqué.

Selon l'enquête BVA, sur 85% de femmes suivies sur le plan gynécologique, 70% des femmes sont suivies par un gynécologue et 15% par un médecin généraliste. Notre enquête a montré des résultats similaires : 75,34% des femmes étaient suivies par un gynécologue et 13,70% consultaient leur médecin traitant. Ces femmes voyaient toujours le même professionnel. En revanche, 10,96% des femmes suivies sur le plan gynécologique n'avaient pas de professionnel attitré. Ce changement de professionnel pourrait mettre en péril la continuité du suivi. Cela permet de souligner l'importance de la collaboration entre les différents professionnels afin d'assurer la meilleure continuité des soins possible.

Notre enquête nous a permis de montrer que les trois quart des femmes consultaient dans un cabinet en ville plutôt que dans un établissement de santé type hôpital ou clinique. Si la moitié des femmes réussit à consulter à moins de 5 kms du



domicile, 17,12% des femmes consultent un professionnel exerçant à plus de 20kms de chez elle. Il serait intéressant de connaître la raison d'un tel éloignement. N'y a-t-il pas de professionnel plus proche ? Le professionnel consulté est-il installé à proximité du lieu de travail de la femme ? Ou encore, cette femme a-t-elle souhaité conserver le même professionnel après un éventuel déménagement ? Si la cause d'un tel éloignement est le manque de professionnels à proximité, nous pourrions ici soulever le problème de la répartition des professionnels de santé sur le territoire. Le nombre de sages-femmes libérales sur le territoire français connaît une croissance significative depuis quelques années. Cependant, comme les autres professionnels de santé, elles sont inégalement réparties. Il nous semble important d'encourager les sages-femmes à s'installer dans des zones où leur représentation est faible. L'arrêté du 12 mars 2012, portant approbation de l'avenant n°1 à la convention nationale des sages-femmes libérales, va dans ce sens en proposant des subventions d'aide à l'installation dans certaines zones « sous-dotées » en sages-femmes, à l'exception des zones ayant moins de 350 naissances domiciliées par an. L'installation en maison médicale semble un avenir intéressant dans l'exercice libéral de la profession de sage-femme. Les pouvoirs publics vont dans ce sens puisqu'en 2009, une mission portant sur le développement des « maisons et des pôles de santé » a été mise en place.

### 5.1.2. La contraception

La contraception est un problème qui se pose toujours en France, puisqu'un tiers des grossesses surviendraient sans être prévues. Selon le baromètre santé de 2010, les femmes de moins de 35 ans ayant un moyen de contraception sont 70,8% à utiliser la pilule. Le DIU serait le deuxième moyen de contraception utilisé par les femmes mais cette méthode serait utilisée par des femmes plus âgées. Notre enquête suit la même tendance puisque 65,97% des femmes que nous avons interrogées utilisent la pilule comme moyen de contraception. Dans notre échantillon, le deuxième contraceptif le plus utilisé était le DIU qui concernait 10,47% des femmes interrogées. Mais parmi les 20 femmes utilisant ce dernier, nous remarquons que 18 d'entre elles étaient âgées de plus de 26 ans.

Le faible taux d'utilisation des autres méthodes contraceptives comme l'implant, le patch transdermique ou l'anneau vaginal nous amène à nous demander si ces moyens



sont véritablement connus par les femmes. A noter que le patch transdermique et l'anneau vaginal ne sont pas remboursés par la sécurité sociale ce qui peut constituer un obstacle à leur prescription. En effet ces méthodes, qui pourraient être plus adaptées au mode de vie de certaines femmes, nécessitent un investissement financier non négligeable. Certaines femmes n'ayant pas les moyens financiers suffisant perdent donc la chance d'avoir un moyen de contraception en adéquation avec leur mode de vie. L'observance est un critère essentiel de l'efficacité d'un contraceptif. Concernant le remboursement de la contraception, la ministre de la santé, Marisol Touraine, a indiqué que la « contraception gratuite » pour les filles de 15 à 18 ans, qui avait été votée en octobre 2012, serait effective dès le 31 mars 2013. Elle a précisé que *"les moyens de contraception qui feront l'objet d'un remboursement intégral par la Sécurité sociale sont ceux qui font aujourd'hui l'objet d'un remboursement partiel"*. Cette mesure exclut donc certaines pilules, le patch transdermique et l'anneau vaginal. Un meilleur accès à la contraception pour ces jeunes filles devrait faire baisser le nombre de grossesses non programmées. Le 31 mars 2013 nous assisterons également au déremboursement des pilules de 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> génération. Cela devrait inciter les professionnels de santé à suivre les recommandations et à ne plus prescrire ces pilules en première intention. Dans notre enquête il aurait été intéressant de savoir quel type de pilule prenait les 65,97% de femmes utilisant ce moyen de contraception.

Notre étude montre que 11,52% des femmes n'utilisent aucun moyen de contraception. Il aurait été intéressant de préciser quelle était la raison de ce choix. S'agissait-il de femmes ayant un projet de grossesse ou bien de femmes n'ayant pas trouvé la méthode leur convenant?

## **5.2. Ressenti des femmes vis-à-vis du suivi gynécologique**

Selon l'étude BVA, trois quart des femmes interrogées pensent qu'il est de plus en plus difficile d'obtenir un rendez-vous pour une consultation gynécologique. Cette tendance ne se retrouve pas dans notre enquête puisque 81,51% des femmes que nous avons interrogées ne rencontrent aucune difficulté pour obtenir un rendez-vous avec le professionnel qui assure leur suivi. Malgré l'inquiétude existante au sujet du manque de gynécologue, il semble donc qu'en Haute-Normandie, les femmes arrivent encore à obtenir assez facilement des rendez-vous. Notons tout de même que parmi les 45



femmes qui n'avaient pas de suivi régulier, 15 ont évoqué comme raison la difficulté de trouver un professionnel qui assurerait leur suivi. Le développement des consultations gynécologiques de prévention et de contraception par les sages-femmes pourrait être une solution pour ces femmes qui ne trouvent pas de professionnel. 3 des femmes qui n'avaient pas de suivi gynécologique régulier nous ont dit qu'elles seraient plus à l'aise avec une sage-femme pour ce type de suivi. Pour ces femmes, consulter une sage-femme nous semble donc être une bonne alternative.

Les femmes que nous avons interrogées se disent très majoritairement satisfaites de leur suivi actuel (91,10%). Elles sont 13 femmes, sur les 146 ayant un suivi gynécologique, à n'être pas totalement satisfaites. Plus de la moitié de ces femmes souhaiterait plus d'écoute de la part du professionnel qu'elles consultent. Deux d'entre elles ont aussi formulé le souhait d'avoir un suivi qui serait plus personnalisé. Nous voyons ici l'importance de placer la femme au cœur de la consultation. Les recommandations de l'ANAES (aujourd'hui HAS) de décembre 2004 vont dans ce sens. En effet en matière de contraception, elles rappellent que le consultant doit adapter sa consultation et sa prescription à chaque patiente et associer au mieux le couple au choix de la méthode contraceptive. Trois femmes ont évoqué le coût de la consultation comme motif d'insatisfaction. Le suivi gynécologique de prévention et la contraception sont des éléments essentiels de la santé des femmes. Le coût ne devrait en aucun cas être un obstacle à ce type de suivi.

Il ne faut pas non plus oublier que pour les femmes, l'examen gynécologique n'est pas toujours facile à vivre. L'enquête de l'ORS de Bourgogne montrait que certaines femmes interrogées ressentaient une certaine violence et parfois un manque d'humanité dans la réalisation de cet examen. 4 des femmes que nous avons interrogées, parmi les 45 qui n'avaient pas de suivi régulier, ont évoqué cette peur de l'examen comme obstacle à la mise en place de leur suivi. Nous pouvons donc rappeler l'importance de la communication lors de cette consultation. Le professionnel doit avoir à l'esprit de rassurer sa patiente dans ce contexte d'examen qui peut parfois être mal vécu par la femme.

### 5.3. La connaissance des compétences des sages-femmes par les femmes

#### 5.3.1. Des compétences mal connues

Un des résultats marquant de notre enquête met en évidence la méconnaissance des femmes concernant les compétences des sages-femmes. En effet les trois quart des femmes que nous avons interrogées ne savaient pas que les sages-femmes pouvaient effectuer des consultations gynécologiques de prévention et des consultations de contraception. Notre hypothèse de départ a donc été confirmée. 3 des 13 femmes qui ne souhaiteraient pas consulter une sage-femme pour leur suivi gynécologique ou leur contraception ont évoqué comme raison le manque d'information sur les compétences des sages-femmes. Il existe un manque de communication autour de notre profession. Il faut ici relativiser cette méconnaissance avec le fait que cette compétence est récente et qu'elle est encore très peu pratiquée par les sages-femmes que nous avons interrogées.

Si les femmes méconnaissent les compétences des sages-femmes, elles ont majoritairement répondu qu'elles seraient prêtes à consulter une sage-femme pour leur suivi gynécologique ou leur contraception. Nous n'avons pas retrouvé de lien significatif entre l'âge ou l'appartenance à une catégorie socioprofessionnelle et le fait d'envisager de se faire suivre par une sage-femme. Les sages-femmes pourraient donc recevoir des patientes aux profils très différents pour ce type de suivi, notamment des femmes n'ayant pas encore eu de grossesse. Les trois quart d'entre-elles nous ont dit avoir confiance dans les compétences des sages-femmes. Les femmes étant, une fois informées, majoritairement prêtes à consulter une sage-femme pour leur suivi gynécologique ou leur contraception, il nous semble important de diffuser l'information plus largement. Nous pouvons souligner ici une des limites de notre enquête, les femmes ne connaissant pas la compétence des sages-femmes, elles en étaient informées au cours de l'interview. Ces femmes n'ont donc pas eu un délai de réflexion très long pour affirmer si oui ou non elles seraient prêtes à consulter une sage-femme pour leur suivi. Il serait intéressant de revoir ces résultats, une fois la population mieux informée.

L'information ne sera pas forcément suffisante pour amener une femme à consulter une sage-femme. En effet, lorsque nous avons interrogé les femmes sur le critère principal qui les poussaient à consulter un professionnel en particulier, environ la moitié nous a répondu que leur choix s'était fait sur une habitude familiale ou sur un conseil venant de leur entourage.



Au moment de notre enquête, aucune des femmes interrogées ne consultait de sage-femme pour son suivi gynécologique ou sa contraception. Il serait intéressant de réinterroger les femmes d'ici quelques années afin de voir si leurs habitudes ont évolué.

### 5.3.2. La communication sur les compétences des sages-femmes

Les instances publiques jouent un rôle important en matière de communication. Nous avons pu nous rendre compte que les sages-femmes avaient été citées comme professionnel pouvant être consulté pour une consultation gynécologique de prévention ou de contraception, notamment par l'INPES dans sa brochure « la première consultation gynécologique » parue en mai 2012 ou encore sur le site internet « [choisirsacontraception.fr](http://choisirsacontraception.fr) ».

Cependant malgré cette communication, l'information semble avoir du mal à atteindre les femmes. Récemment, nous avons vu se multiplier des émissions de télévision lors desquelles nous pouvions voir des sages-femmes. Malheureusement, ces reportages concernent le plus souvent l'exercice de la sage-femme en salle de naissance, dans un établissement de santé. Alors c'est aux sages-femmes elles-mêmes d'informer les femmes sur leur champ de compétence. Comme nous l'avons vu, le bouche à oreille constitue un élément important dans le choix d'un professionnel. Communiquer sur nos compétences auprès des femmes que nous rencontrons nous semble donc important. Dans le cadre du PRADO, les sages-femmes pourraient être amenées à aborder la question du suivi gynécologique et de la contraception avec les patientes prises en charge dans ce contexte. Cela leur permettrait d'informer les femmes sur leurs compétences dans ce domaine. Le déploiement du PRADO nécessite une communication auprès des femmes, l'information pourrait être mise en avant par une campagne sur le site internet « [Ameli.fr](http://Ameli.fr) » de la CPAM.

Nous pourrions imaginer un spot d'information sur la profession de sage-femme afin d'informer les femmes des différentes situations dans lesquelles elles pourraient consulter une sage-femme. Cependant la frontière entre information et publicité est parfois difficile à délimiter. Or la publicité est interdite dans le domaine des professions médicales. En effet, l'article R4127-19 du code de la santé publique rappelle que « *sont*



*interdits tous procédés directs ou indirects de publicité et notamment tout aménagement ou signalisation donnant aux locaux une apparence commerciale ».*

#### **5.4. Utilisation de leurs compétences par les sages-femmes**

L'étude de 2010 du comité interrégional de l'Ordre des sages-femmes du secteur 2 (Nord-Est) a montré que 8,5% des sages-femmes interrogées dans ce secteur pratiquaient du suivi gynécologique de prévention. Cependant cette étude n'a été faite que l'année suivant l'acquisition de cette compétence par les sages-femmes. Parmi les 27 sages-femmes qui nous ont répondu, 8 sages-femmes nous ont dit proposer des consultations de suivi gynécologique de prévention. Nous remarquons que cette compétence est encore peu utilisée par les sages-femmes.

Avant de connaître nos résultats, il nous semblait que les sages-femmes libérales installées en zone rurale pratiqueraient sans doute plus ce type de consultation du fait du manque de professionnel dans ces zones. Mais sur les 5 sages-femmes interrogées exerçant dans une zone rurale, aucune ne propose ce type de consultation dans son cabinet. Nous nous sommes alors dit que ces sages-femmes avaient un emploi du temps peut-être déjà chargé pour ajouter ces consultations, mais il semblerait que non, puisqu'une seule d'entre elle a évoqué cette raison comme obstacle à la mise en place de ce type de suivi.

Toutes les sages-femmes interrogées qui proposent du suivi gynécologique de prévention et des consultations de contraception ont complété leur formation auparavant. Parmi les 19 sages-femmes qui ne proposent pas ce type de consultation, 13 ont répondu qu'elles ne se sentaient pas assez formées pour le faire. Nous pouvons noter que toutes les sages-femmes que nous avons interrogées ont été diplômées avant le programme d'étude de 2001. Il serait intéressant de savoir si les sages-femmes diplômées après cette période se sentent, elles aussi, trop peu formées sur ce thème.

Cependant, quel que soit le programme d'études suivi, les sages-femmes ont une obligation de « développement professionnel continu » (DPC), comme le stipule l'article L.4153-2 du code de la santé publique. L'arrêté du 26 février 2013 fixe les orientations du DPC pour l'année. Dans les orientations, nous retrouvons notamment « la promotion de la prévention et du dépistage », qui s'intègre dans la logique des



consultations de suivi gynécologique de prévention. Dès lors, nous pouvons dire que l'obtention de nouvelles compétences par les sages-femmes, comme le suivi gynécologique de prévention, doit aboutir à une formation complémentaire pour celles qui n'y auraient pas été formées initialement. La moitié des sages-femmes qui nous ont dit avoir complété leur formation l'a fait par un apprentissage pratique auprès d'un médecin. Nous pouvons nous poser la question de l'accès à la formation concernant le suivi gynécologique de prévention et la contraception. Il n'existe pas de diplôme universitaire (DU) sur ce thème dans la région. La sage-femme interrogée qui a obtenu un DU en suivi gynécologique et contraception s'est formée à Brest.

3 sages-femmes, sur les 8 qui proposent des consultations de suivi gynécologique de prévention et de contraception, reçoivent plus d'une patiente par jour dans ce cadre. Ce résultat nous semble intéressant puisqu'il laisse penser que cette activité peut trouver sa place dans l'activité d'une sage-femme libérale.

Les sages-femmes libérales que nous avons interrogées ont une activité inégale en termes de diversité de prise en charge. En effet, la rééducation périnéo-sphinctérienne et la préparation à la naissance représentent la moitié de leurs consultations. Dès lors, nous nous demandons si la prépondérance de ce type de prise en charge est due à la demande des patientes ou bien s'il s'agit d'une volonté de la part des sages-femmes.

Un des biais de notre étude est de n'avoir interrogé que des sages-femmes exerçant une activité libérale. L'étude des pratiques des sages-femmes ayant un autre mode d'exercice permettrait d'améliorer la représentativité des résultats.

## CONCLUSION

---

Notre enquête nous a permis de dégager plusieurs grandes idées au sujet des consultations gynécologiques de prévention et de contraception dans la région Haute-Normandie.

En effet si la majorité des femmes de notre échantillon est suivie, 1/5<sup>ème</sup> d'entre elles ne l'est toujours pas. Il s'agit surtout d'étudiantes ou plus globalement de femmes jeunes. Cela correspond aux tendances nationales. C'est donc auprès de ces femmes qu'il faudrait cibler une communication promouvant l'importance d'un tel suivi.

Concernant la contraception, notre échantillon suit les tendances françaises observées lors du baromètre santé de 2010. Le premier moyen de contraception utilisé par les femmes est de loin la pilule, le deuxième étant le DIU. Ce constat soulève la question de l'adéquation entre le choix du mode de contraception et le mode de vie de chaque patiente.

Ensuite, nous avons pu confirmer le fait que les femmes connaissaient très peu la compétence des sages-femmes en matière de suivi gynécologique de prévention et de contraception. Cela est regrettable puisqu'une fois informées, elles sont majoritairement favorables à un suivi par une sage-femme. Ce constat devrait donc inciter les sages-femmes à développer ce type de consultation. Nous avons pu voir qu'elles étaient peu nombreuses à le proposer dans leur cabinet, la raison principale étant le manque de formation dans ce domaine. Le DPC, dont les orientations pour l'année sont parues au mois de février 2013, devrait encourager les sages-femmes à se former. Toutefois, cela sous-entend une offre de formation adaptée et accessible aux sages-femmes dans chaque région.

Quelle que soit la formation initiale, il est important pour toutes les sages-femmes de maintenir leur niveau de compétence à jour. En effet nous assistons actuellement à une polémique sur les contraceptifs de 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> génération, ces faits illustrent combien il est important de s'informer et de faire évoluer ses pratiques.

La reconnaissance officielle de la compétence des sages-femmes en gynécologie et en contraception nous permet d'imaginer dans un futur proche, la possibilité pour une sage-femme, d'assurer une prise en charge globale de la femme sans pathologie associée.



## BIBLIOGRAPHIE

---

### LIVRES

1. J. Cohen, P. Madelenat, R. Levy-Toledano – gynécologie et santé des femmes, quel avenir en France ? – Levallois-Perret – éditorial assistance – 2000 – 191p
2. Y. Knibiehler – Accoucher : Femmes, sages-femmes et médecin depuis le milieu du XXème siècle – Rennes – éditions de l'école nationale de santé publique – 2007 – 186p

### ARTICLES

3. C. Barasinski - Sage-femme : adéquation entre pratiques et compétences – vocation sage-femme – novembre/décembre 2010 – n°86/87- p. 13 à 20
4. M-J. Keller- Loi HPST : contraception et suivi gynécologique de prévention- contact sage-femme-janvier 2011-n°26-p. 4 à 9
5. C. Moulinier – Développement des diplômes universitaires et interuniversitaires gynécologie et contraception – contact sage-femme – juillet 2012 – n°32 – p. 24
6. M.J. Keller, A. Bissonnier – Parution au journal officiel du décret portant modification du code de déontologie des sages-femmes – contact sage-femme – juillet 2012 – n°32 – p.4-5

### TEXTES OFFICIELS

7. Code de la santé publique-article L4127-19-interdiction de publicité
8. Code de la santé publique –article L4151-1 modifié par la loi n°2011-814-7 juillet 2011- Exercice de la profession de sage-femme
9. Code de la santé publique-article L4153-2-21 juillet2009-Développement professionnel continu

10. JORF n°0063 du 14 mars 2012 page 4651, texte n°24-arrêté du 12 mars 2012 portant approbation de l'avenant n°1 à la convention nationale des sages-femmes libérales-1.2.2. Dispositif de régulation de la démographie des sages-femmes libérales

## **DOCUMENTS NON PUBLIES**

### **Mémoire**

11. H. Nancet – Le suivi gynécologique des femmes du voyage – Ecole de sage-femme de Rouen – promotion 2008 -53p

## **AUTRES SOURCES**

### **Enquêtes**

12. M. Davis, E. Perigois, institut BVA-Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique-mai 2008- 14p
13. InVS-Estimation des couvertures vaccinales en secteur libéral à travers l'échantillon généraliste des bénéficiaires en France 2004/2009-août 2010-14p
14. C. Morgny, A. Weber, ORS bourgogne-Prévention des cancers gynécologiques : quelles relations des femmes à la santé et au système de soins ?-2004-50p

### **Rapports**

15. Compte rendu de l'audition des gynécologues médicaux du 2 février 2011-Observatoire national de la démographie des professions de santé
16. Compte rendu de l'audition des sages-femmes du 7 avril 2010-Observatoire national de la démographie des professions de santé
17. Contraception : les françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ?-dossier de presse d'octobre 2011-INPES
18. Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement-janvier 2012-ministère de la santé et des sports



19. Le cancer du sein : état des lieux en 2012-septembre 2012-institut national de lutte contre le cancer
20. Le renouvellement des effectifs médicaux, tome 3-rapport 2008-2009-Observatoire national de la démographie des professions de santé
21. La médecine générale : tome 1-rapport 2006/2007-observatoire national de la démographie des professions de santé- p. 14 à 19

### **Recommandations**

22. Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France- HAS-juillet 2010
23. Repères pour votre pratique : la prévention des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus-INPES-février 2012
24. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme- ANAES-décembre 2004
25. Stratégies de dépistage du cancer du col de l'utérus en France en 2009-HAS-avril 2009
26. Contraception orale et risque vasculaire-Académie nationale de médecine- 26 février 2013

### **Sites internet**

27. Association le cancer du sein parlons-en- <http://www.cancerdusein.org/>-consulté en septembre 2012
28. Association des sages-femmes de Haute-Normandie - <http://www.sagesfemmes-normandie.asso.fr/index.php5> - consulté en septembre 2012
29. Cancer du col de l'utérus, polémique autour d'un vaccin-Louise Cuneo- [http://www.lepoint.fr/sante/cancer-du-col-de-l-uterus-polemique-autour-d-un-vaccin-24-10-2011-1388293\\_40.php](http://www.lepoint.fr/sante/cancer-du-col-de-l-uterus-polemique-autour-d-un-vaccin-24-10-2011-1388293_40.php) - consulté en novembre 2012
30. Choisir sa contraception- <http://www.choisirsacontraception.fr/>-consulté en octobre 2012

31. Collège national des gynécologues et obstétriciens de France -  
[http://www.cngof.asso.fr/D\\_PAGES/ACCUFRST.HTM](http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/ACCUFRST.HTM) - consulté en août 2012
32. Communiqué de Marisol Touraine : déremboursement des pilules de 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> génération-<http://www.marisoltouraine.fr/2013/01/pilules-de-3e%CC%80me-ge%CC%81ne%CC%81ration-communique-de-marisol-touraine/>-consulté en mars 2013
33. Dispositif de prévention bucco-dentaire pour les enfants et adolescents-  
<http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/chirurgiens-dentistes/vous-former-et-vous-informer/l-examen-bucco-dentaire-ebd/index.php>-consulté en mars 2013
34. Europe1 info : contraception et IVG, gratuité pour les mineures-  
<http://www.europe1.fr/France/Contraception-et-IVG-gratuite-pour-les-mineures-le-31-mars-1441029/>-consulté en mars 2013
35. Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale -  
[http://www.fncgm.com/index.php?option=com\\_content&view=frontpage&Itemid=1](http://www.fncgm.com/index.php?option=com_content&view=frontpage&Itemid=1) – consulté en août 2012
36. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé -  
<http://www.inpes.sante.fr/default.asp> – consulté en juillet 2012
37. IST, site de l'INPES- <http://www.info-ist.fr/index.html>- consulté en octobre 2012
38. La prise en charge gynécologique des femmes françaises-  
[http://www.cngof.asso.fr/d\\_cohen/coA\\_06.htm](http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm)-consulté en septembre 2012
39. La consultation gynécologique : information-  
<http://www.sparadrap.org/gyneco/?gclid=COaMisfPlbYCFcHHtAodOScAYA>-consulté en novembre 2012
40. On s'exprime, information dans le domaine de la santé sexuelle -  
<http://www.onsexprime.fr/>- consulté en novembre 2012
41. Ordre des sages-femmes, conseil national - <http://www.ordre-sages-femmes.fr> – consulté en novembre 2011
42. Prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus : lancement de la campagne de mobilisation 2011- <https://www.e-cancer.fr/en/press-room/press-releases/6364-communique-de-presse-du-9-juin-2011>-consulté en octobre 2012
43. Recommandation pour la pratique clinique : prévention du cancer du col de l'utérus-[http://www.cngof.asso.fr/D\\_PAGES/PURPC\\_19.HTM#etat](http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_19.HTM#etat)-consulté en octobre 2012



44. Recrudescence des IST- <http://www.inpes.fr/70000/cp/11/cp110630.asp>-  
consulté en octobre 2012
45. Site de l'assurance maladie : les tarifs conventionnels –  
[http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/sages-femmes/votre-vocation/les-tarifs-conventionnels\\_reunion.php](http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/sages-femmes/votre-vocation/les-tarifs-conventionnels_reunion.php)- consulté en juillet 2012
46. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme -  
[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_272385/strategies-de-choix-des-methodes-contraceptives-chez-la-femme?xtmc=&xtr=39](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272385/strategies-de-choix-des-methodes-contraceptives-chez-la-femme?xtmc=&xtr=39) – consulté en août 2012

## ANNEXES

---

### I. Acquisition des compétences des sages-femmes en matière de suivi gynécologique de prévention et de contraception : législation

#### code de la santé publique : Article L4151-1

- Modifié par [LOI n°2011-814 du 7 juillet 2011 - art. 38](#)

L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant, sous réserve des dispositions des articles [L. 4151-2](#) à L. 4151-4 et suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession, mentionné à l'article [L. 4127-1](#).

L'examen postnatal peut être pratiqué par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique.

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

Les sages-femmes sont autorisées à concourir aux activités d'assistance médicale à la procréation, dans des conditions fixées par décret.



## **II. Référentiel métier sage-femme : situation 7, réaliser une consultation de contraception et de suivi gynécologique de prévention**

### **Réaliser un diagnostic**

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

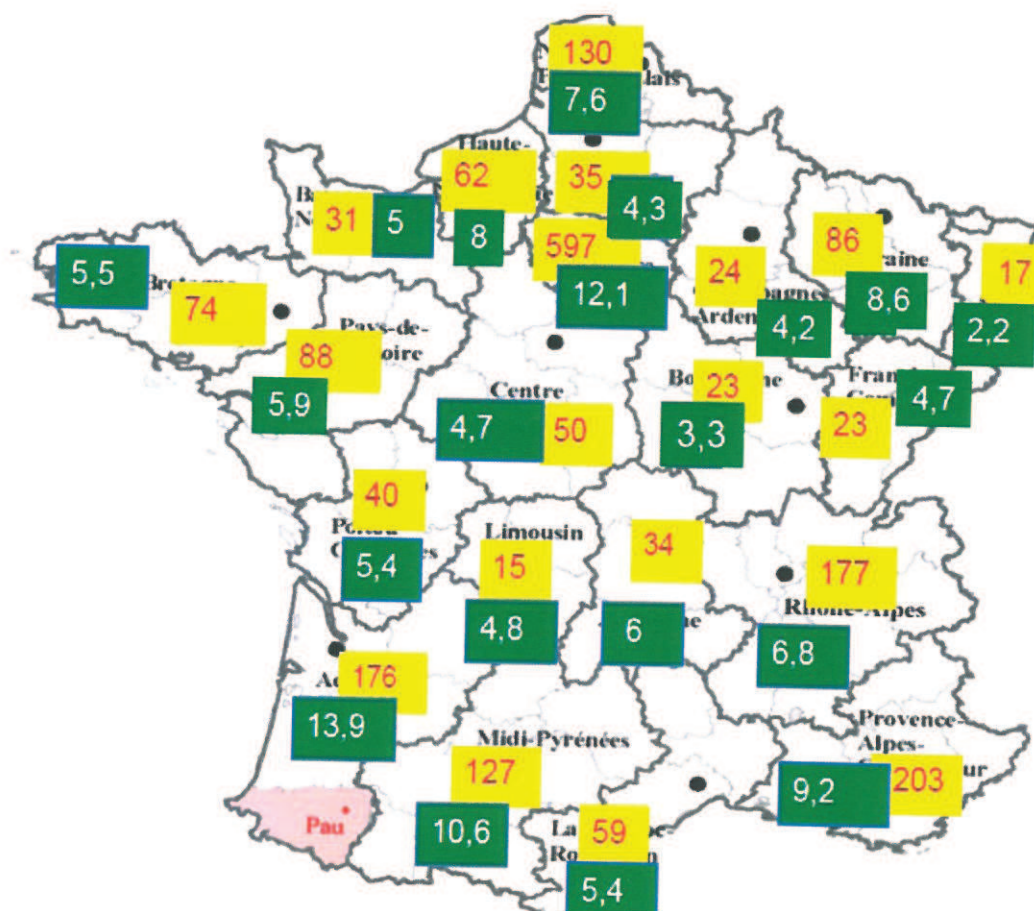
### **Décider de l'indication et d'une stratégie de prise en charge et d'accompagnement**

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

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

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

### III. Densité des gynécologues médicaux par région

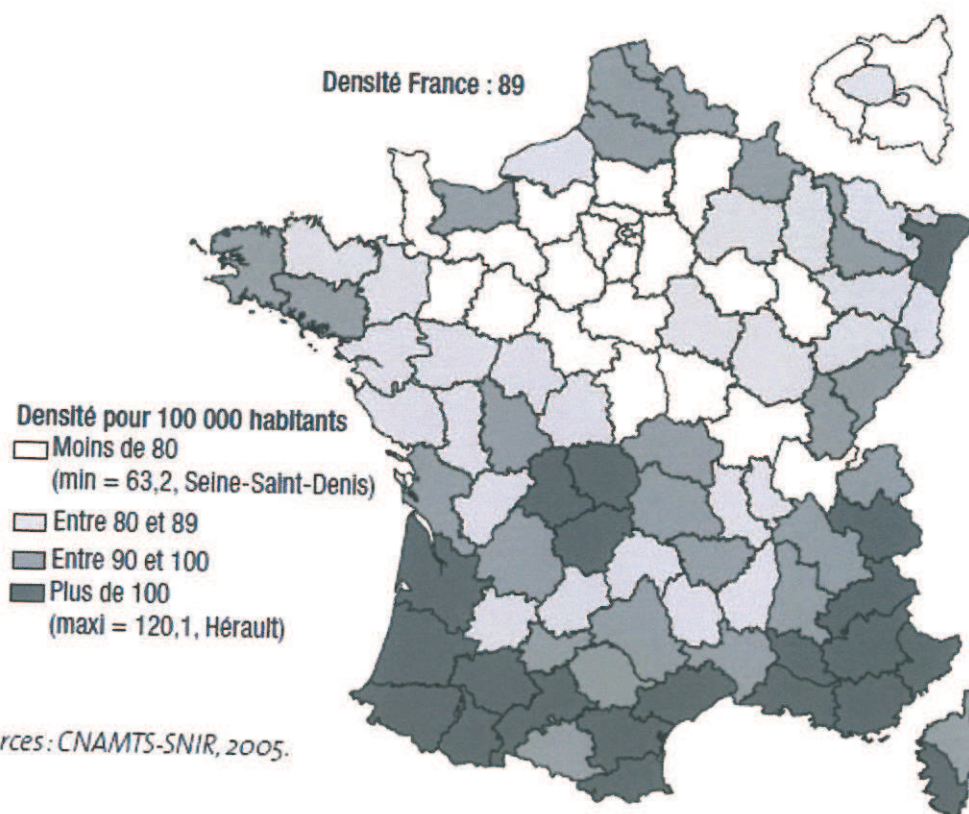


- Densité  
Moyenne nationale de GM : 7,86/100 000 femmes
- Nombre de GM : 2071

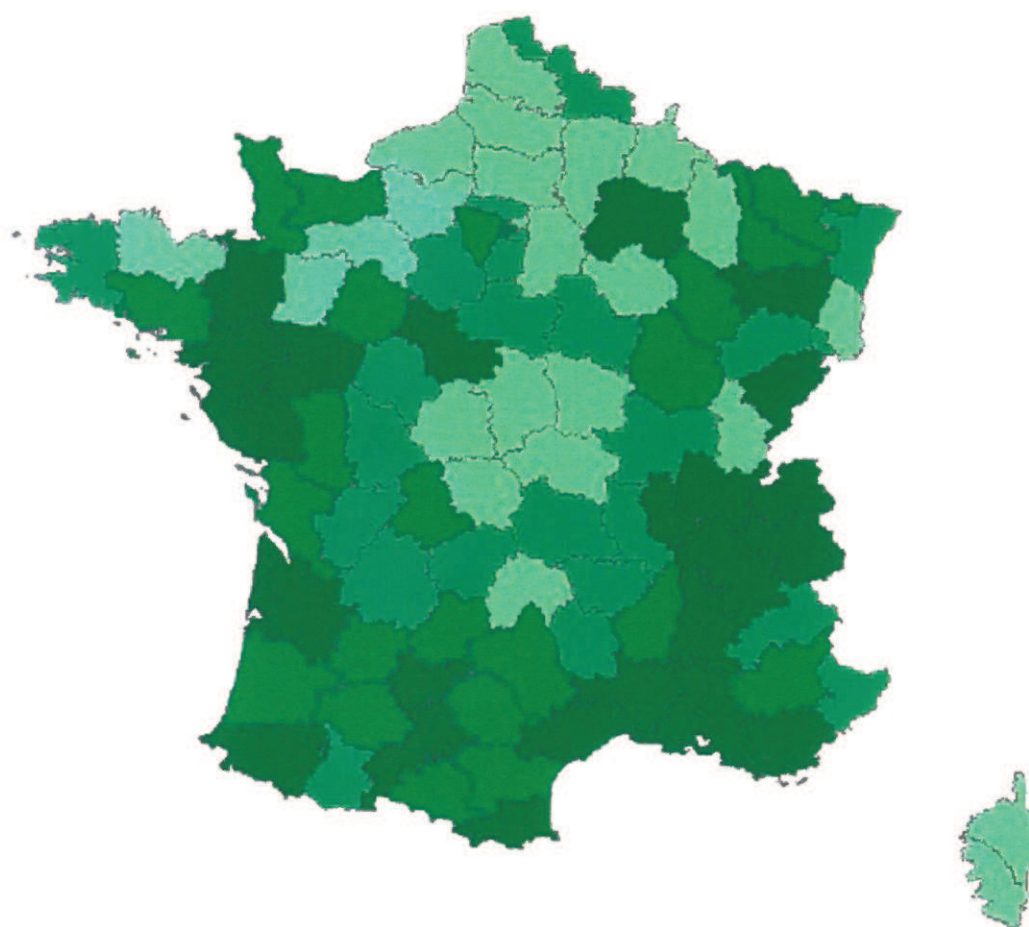
Sources : Collège national des Enseignants de Gynécologie médicale et Association nationale des Internes en Gynécologie médicale



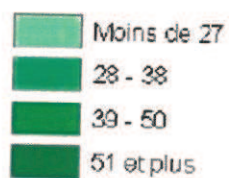
#### IV. Densité des médecins généralistes par département



## V. Densité des sages-femmes libérales par département



**Densité pour 1 000 000 habitants**



Source : compte rendu de l'audition nationale des sages-femmes de 2010



## VI. Questionnaire à destination des femmes de Haute-Normandie

### I. PROFIL GENERAL

- 1) Quel âge avez-vous ?
- 2) Dans quel département habitez-vous :
  - Seine-Maritime
  - Eure
- 3) Quelle est votre profession :
  - Agriculteur
  - Artisan, commerçant, chef d'entreprise
  - Cadre et profession intellectuelle supérieure
  - Employé
  - Ouvrier
  - Etudiant
  - Inactif

### II. LE SUIVI GYNECOLOGIQUE ET LA CONTRACEPTION

- 4) A quel âge avez-vous commencé à consulter pour votre suivi gynécologique?
- 5) Avez-vous un suivi gynécologique régulier ? (1/an environ)
  - OUI → passez à la question 7
  - NON → répondez à la question 6 puis passez à la question 14

#### Si vous avez répondu NON à la question 5

- 6) Pour quelle raison ?
  - Vous n'y voyez pas d'intérêt
  - Difficulté de trouver un professionnel assurant ce suivi
  - Autre :

.....  
.....  
.....

**Si vous avez répondu OUI à la question 4**

- 7) Qui consultez-vous ?
- Toujours le même gynécologue-médical
  - Toujours le même gynécologue-obstétricien
  - Toujours le même médecin traitant
  - Toujours la même sage-femme
  - Pas de professionnel attiré
- 8) Où consultez-vous ?
- Dans un cabinet en ville
  - Dans un établissement de santé (clinique, hôpital)
  - A la PMI
  - Au planning familial
- 9) A quelle distance de votre domicile exerce le professionnel qui assure votre suivi ?
- <5kms
  - <10kms
  - <20kms
  - >20kms
- 10) Sur quel critère choisissez-vous de consulter tel ou tel professionnel ?
- Habitude familiale
  - Confiance en ce professionnel
  - Rapidité de prise de rendez-vous
  - Proche de votre domicile
  - Professionnel qui vous a suivi lors de votre (vos) grossesse(s)
  - Adressée par un autre médecin
  - Entourage ( bouche à oreille)
  - Autre :
- .....
- .....
- .....
- 11) Rencontrez-vous des problèmes pour obtenir un rendez-vous ?
- OUI
  - NON



12) Etes-vous satisfaite de votre prise en charge actuelle ?

- OUI
- NON

13) Si NON, qu'aimeriez-vous changer ?

.....  
.....  
.....  
.....

### Suite du questionnaire

14) Quel est votre mode de contraception ?

- Pilule
- Stérilet
- Préservatifs
- Implant
- Patch
- Anneau vaginal
- Méthodes naturelles (retrait, abstinence périodique, auto-observation)
- Stérilisation
- Cape/diaphragme
- Aucune

15) Savez-vous que depuis 3 ans, les sages-femmes peuvent assurer le suivi gynécologique de prévention ainsi que les consultations de contraception pour les femmes ne présentant aucune pathologie ?

- OUI
- NON

16) Seriez-vous prête à consulter une sage-femme pour votre suivi gynécologique et votre contraception ?

- OUI
- NON
- Ne sait pas

17) Si OUI, pourquoi ?

- Vous avez déjà été suivie par une sage-femme pour d'autres raisons
- Autre :

.....  
.....

18) Si NON, pourquoi ?

- Plus à l'aise avec un médecin
- Pas assez de connaissance sur les compétences des sages-femmes
- Autre :

.....  
.....  
.....  
.....



## VII. Questionnaire à destination des sages-femmes libérales

### I. Profil général

- 1) Quel âge avez-vous ? .....
- 2) En quelle année avez-vous été diplômée ? .....
- 3) Dans quelle structure avez-vous travaillé avant de vous installer en libéral ?
  - Etablissement public → combien de temps : .....
  - Etablissement privé → combien de temps : .....
  - PMI → combien de temps : .....
- 4) En quelle année vous êtes-vous installée en libéral ? .....
- 5) Dans quelle ville exercez-vous ? .....
- 6) En utilisant une échelle de 0 à 10, inscrivez en quelle proportion vous pratiquez chaque activité dans votre cabinet. (0 : pas du tout, 10 : activité la plus pratiquée). Le total des activités doit être égal à 10.

Activité	Proportion
Consultation pré-natale	
Suivi grossesse pathologique	
Visite du post-partum	
Suivi post-natal lors des retours précoces à domicile	
Rééducation périnéo-sphinctérienne	
Préparation à la naissance	
Accouchement	
Echographie	
Consultation de suivi gynécologique et de contraception	
Suivi allaitement	
Autres : .....	





- Cela pose un problème dans la relation avec d'autres professionnels proposant ce type de consultation à proximité
- Le profil de votre patientèle n'est pas adapté
- Autres :

.....

.....

.....

.....

**Si vous avez répondu NON à la question 7**

14) Pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous pas développé de consultations de suivi gynécologique de prévention et de contraception ?

- Vous n'avez pas d'intérêt pour ce type de consultation
- Vous sentez que vous n'êtes pas assez formée
- Vous n'avez pas le temps pour ajouter ce type de suivi à vos consultations habituelles
- Ce type de consultation ne vous semble pas assez rentable financièrement
- Cela pose un problème dans la relation avec d'autres professionnels proposant ce type de consultation à proximité
- Le profil de votre patientèle n'est pas adapté
- Autres :

.....

.....

.....

.....

15) Pensez-vous développer ce type de consultation à l'avenir ?

- OUI
- NON

16) Si OUI, projetez-vous de compléter votre formation ?

- OUI
- NON