



HAL
open science

Les nouvelles compétences en matière de suivi gynécologique de prévention et de contraception comme témoin de l'évolution de la profession de sage-femme

Emmanuelle Poiré

► **To cite this version:**

Emmanuelle Poiré. Les nouvelles compétences en matière de suivi gynécologique de prévention et de contraception comme témoin de l'évolution de la profession de sage-femme. Gynécologie et obstétrique. 2014. dumas-01058849

HAL Id: dumas-01058849

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01058849v1>

Submitted on 28 Aug 2014

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

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

AVERTISSEMENT

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

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

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

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 33



UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine de Paris Descartes

ECOLE DE SAGES-FEMMES BAUDELOCQUE

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

Présenté et soutenu publiquement

le : **28 Avril 2014**

par

Emmanuelle POIRÉ

Née le 12 juin 1990

Les nouvelles compétences en matière de suivi gynécologique de prévention et de contraception comme témoin de l'évolution de la profession de sage-femme.

DIRECTEUR DU MEMOIRE :

Mme REINICHE Caroline

Sage-femme, Paris

JURY :

Mme ANSELEM Olivia

Mme MESNIL Nicole

Mme DUQUENOIS Sylvie

Mme MAREST Cécile

Mme DEMISSY Géraldine

Représentant du Directeur Technique et d'Enseignement

Représentant de la directrice de l'ESF Baudelocque

Sage-femme enseignante, ESF Baudelocque

Sage-femme, Paris

Sage-femme, Paris

N° du mémoire : 2014PA05MA28

Remerciements

Je remercie,

Caroline Reiniche pour avoir dirigé ce mémoire, Sylvie Duquenois pour l'avoir guidé, pour leur disponibilité, leur confiance et leurs conseils précieux.

Toute l'équipe enseignante de l'école de sage-femme de Baudelocque et les nombreux professionnels de santé que j'ai rencontrés au cours de mes quatre années d'étude, qui m'ont formé et fait avancer.

Stéphanie Brémond, sage-femme, qui me guide vers mon entrée dans le monde professionnel.

Je remercie toutes les sages-femmes qui ont répondu à mon questionnaire et qui ont permis à mon étude de se concrétiser. Je les remercie également pour leurs nombreux messages de soutien et d'intérêt quant à mon mémoire.

Je remercie toute ma promotion d'étudiants sages-femmes 2010-2014, et tout particulièrement Marina et Myriam pour leur amitié, notre complicité, et tous les moments merveilleux que nous avons passés et que nous vivons encore.

Je remercie ma famille et mes amis pour leur soutien et leur enthousiasme au cours de toutes mes années d'études, particulièrement ma maman pour sa patience et ses relectures avisées.

Enfin, je remercie Alexandre, qui partage ma vie et a été ma plus grande aide et mon plus grand soutien.

Table des matières

1. Contraception, suivi gynécologique et régulation des naissances : état des lieux en 2013 en France.....	7
2. Évolution législative des compétences des sages-femmes en matière de contraception et de régulation des naissances.	9
2.1 Généralités	9
2.2 Evolution des conditions d'exercice des sages-femmes	9
2.3 Evolution en matière de droit de prescription	10
3. Aperçu démographique de l'évolution de la profession de sage-femme.	11
4. Evolution de la formation des sages-femmes.....	12
4.1 Formation initiale	12
4.1.1 Évolution de la forme des études.....	12
4.1.2 Évolution du programme initial concernant l'enseignement de la contraception et du suivi gynécologique.....	13
4.2 Formation continue.....	14
4.2.1 Les modalités de la formation continue des sages-femmes.....	14
4.2.2 Le diplôme inter-universitaire « régulation des naissances » de l'université Paris 5	15
1. Problématique	16
2. Objectifs	17
3. Hypothèses.....	17
4. Présentation de l'étude	18
5. Présentation des résultats.....	18
5.1 Profil des sages-femmes.....	18
5.1.1 Généralités	18
5.1.2 Expériences professionnelles	20
5.1.3 Concernant le Diplôme inter-universitaire « régulation des naissances »	21
5.2 Application pratique, obstacles rencontrés.....	22
5.2.1 Connaissance, reconnaissance des nouvelles compétences.....	22
5.2.2 D'un point de vue financier.....	24
5.2.3 Quelles applications possibles en milieu hospitalier.	25
5.3 Evolution dans la prise en charge des femmes, évolution de la profession	27
5.3.1 Évolution professionnelle.	27
5.3.2 Vers un suivi plus global des femmes ?	29
6. Critique de l'étude.	29
1. Analyse des résultats de l'étude	31

1.1 Profil des sages-femmes interrogées.....	31
1.2 Application pratique des nouvelles compétences : quels obstacles rencontrés ?.....	33
1.2.1 A propos des connaissances théoriques.....	33
1.2.2 Quel rapport avec les autres professionnels de santé ?	35
1.2.3 Hospitalier et libéral : des problématiques différentes.	37
1.2.4 A propos de la patientèle... ..	39
1.3 Vers une prise en charge globale des femmes : une nouvelle identité professionnelle pour les sages-femmes.	41
2. Nos propositions.....	45

Liste des tableaux

<i>Tableau 1: expériences professionnelles</i>	20
<i>Tableau 2: historique des postes exercés</i>	20
<i>Tableau 3: Année d'obtention du DU</i>	21
<i>Tableau 4: raisons et vos motivations</i>	21
<i>Tableau 5: Point de vue des sages-femmes libérales</i>	23
<i>Tableau 6: travail en réseau</i>	24
<i>Tableau 7: financement DU</i>	24
<i>Tableau 8: limites financières sages-femmes libérales</i>	25
<i>Tableau 9: applications possibles en milieu hospitalier</i>	25
<i>Tableau 10: aménagement du temps de travail</i>	26
<i>Tableau 11: financement professionnel et évolution de poste</i>	26
<i>Tableau 12: financement professionnel et aménagement du temps de travail</i>	26
<i>Tableau 13: impact du DU</i>	27
<i>Tableau 14: changement de pratique professionnelles suite à la loi HPST</i>	27
<i>Tableau 15: évolution des secteurs d'activités</i>	28
<i>Tableau 16: Application des nouvelles compétences</i>	28
<i>Tableau 17: évolution dans le suivi des femmes</i>	29
<i>Tableau 18: évolution du suivi par les sages-femmes libérales</i>	29

Liste des figures

<i>Figure 1 : répartition des âges de la population étudiée</i>	19
<i>Figure 2: répartition des modes d'exercices</i>	19
<i>Figure 3: attentes quant à l'avenir professionnel</i>	22
<i>Figure 4: Connaissance générale des nouvelles compétences</i>	23

Liste des annexes

Annexe I : Questionnaire de l'étude	53
Annexe II : Programme du DU « régulation des naissances » de Paris 5.....	60

Lexique

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

AMP : Assistance Médicale à la Procréation

CDD : Contrat à Durée Déterminée

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DPC : Développement Professionnel Continu

DU : Diplôme universitaire

FIFPL : Fonds Interprofessionnels de Formation des Professionnels Libéraux

GHR : Grossesse à Haut Risque

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST: Hôpital Patient Santé Territoires

IVG: Interruption Volontaire de Grossesse

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

ONDPS: Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

PACES: Première Année Commune aux Etudes de Santé

PCEM1: Première année du Premier Cycle des Etudes Médicales

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNP : Préparation à la Naissance et à Parentalité

SDC : Suite De Couche

SDN : Salle De Naissance

Introduction

Ces dernières années, la profession de sage-femme ne cesse d'évoluer, répondant à un véritable besoin en santé publique, notamment dans le domaine de la santé génésique de la population.

Si à l'origine, et dans la connaissance qu'en a la société, les sages-femmes sont principalement associées aux accouchements et aux salles de naissances, leurs compétences et leurs champs d'actions vont bien au-delà et ne cessent de s'étendre. La transformation de cette profession se fait donc d'une part par l'acquisition de nouvelles compétences, et également par le changement de mode d'exercice qui s'étend bien au-delà de l'hôpital et de la maternité.

La récente extension des compétences des sages-femmes en matière de gynécologie contraception par la loi de 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite HPST, va vers une logique de suivi plus global et plus continu - des femmes. Global - aussi bien par la prise en compte de la personne soignée au-delà de son simple état physique, que par la continuité du suivi tout au long de la vie génitale lors de ses différentes étapes. Ainsi les sages-femmes tendent à être les partenaires privilégiés de la santé des femmes dans le domaine de la physiologie. C'est donc un bon témoin de l'évolution de notre profession que de s'intéresser à l'application de ces compétences récemment acquises, et c'est sur ce thème que nous avons choisi de travailler.

Dans quelle mesure ces nouvelles compétences ont-elles un impact sur l'évolution de la profession de sage-femme ? Y a-t-il un « profil » particulier de sages-femmes s'intéressant et se formant à ces nouvelles compétences ? Quelles sont leurs motivations, leur attentes ? La motivation des sages-femmes à se former a-t-elle changé depuis la loi, et dans quel sens ? Quelle application est possible dans la pratique, quels sont les obstacles rencontrés ?

Autant de questions à se poser, pour y répondre il nous a semblé intéressant d'interroger les sages-femmes directement concernées puisqu'ayant choisi de se former de façon particulière en suivant le DU « régulation des naissances » de

l'université Paris 5. Nous avons envoyé des questionnaires à toutes les sages-femmes ayant suivi cette formation depuis son ouverture en 2005 jusqu'à l'année 2013.

Nous situerons dans une première partie le contexte de notre sujet, en termes d'enjeux de santé publique, ainsi qu'un aperçu de l'évolution de la profession de sage-femme selon plusieurs critères, législatifs, démographiques et pédagogiques. Dans une seconde partie, nous présenterons notre étude et ses résultats. Enfin dans une troisième et dernière partie nous discuterons et conclurons quant aux résultats de notre enquête, et répondrons à nos hypothèses.

Première partie

Contexte

1. Contraception, suivi gynécologique et régulation des naissances : état des lieux en 2013 en France.

L'organisation mondiale de la santé (OMS) a proposé lors de sa 57ème assemblée tenue en 2004 une définition générale de la santé génésique. Parmi les notions importantes à noter, celle de « bien-être général, tant physique que mental et social » [1] impliquant dans le domaine de la santé de la reproduction une prise en charge globale des femmes et des couples.

Cette prise en charge ne doit pas se limiter à une consultation médicale et au traitement d'éventuelles pathologies, la dimension socio-culturelle indissociable de la sexualité implique donc, toujours selon l'OMS, qu'« on entend également par cette expression la santé en matière de sexualité qui vise à améliorer la qualité de la vie et des relations interpersonnelles, et non à se borner à dispenser conseils et soins relatifs à la procréation et aux maladies sexuellement transmissibles. » [1].

Une très large place est donc donnée à la prévention et à l'accompagnement social et psychologique des personnes, avant tout traitement médical ou prise en charge de pathologies. Comme il a été souligné dans les Recommandations de l'HAS de 2004 pour la pratique clinique sur les stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme « Les différentes circonstances d'échecs et le choix de la contraception sont associés à différents facteurs psychologiques, démographiques, sociologiques et économiques caractérisant la femme » [2]. Ainsi, la sage-femme, professionnelle médicale, au carrefour de nombreuses disciplines, et spécialiste de la physiologie obstétricale mais aussi gynécologique, a une place de choix pour le maintien d'une santé génésique optimale dans la population.

Pour qu'une personne puisse « mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle soit capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire. » [1] la question de l'accessibilité aux soins et à la prévention peut être posée. Plusieurs dimensions sont alors à prendre en compte.

Alors qu'un suivi gynécologique de prévention régulier est recommandé pour toutes femmes dès les premiers rapports sexuels, l'offre de soins dans ce domaine n'est à ce jour en France pas optimale puisque le nombre de gynécologues médicaux est en diminution.

Ainsi, dans une large étude de 2008 interrogeant les Françaises sur leur suivi gynécologique, l'Institut d'études de marché et d'opinion retrouve que près des trois quarts des femmes interrogées considèrent que les gynécologues médicaux ne sont pas assez nombreux en France, que les délais de rendez-vous sont par conséquent trop longs ou que les cabinets sont trop loin de leur lieu d'habitation. [3].

Ces constatations sont confirmées par le compte rendu de l'audition des gynécologues médicaux de 2011, organisée par l'ONDPS [4], selon lequel la densité actuelle de ces médecins spécialistes ne permet qu'à un quart des femmes d'avoir un accès à un suivi gynécologique, avec des délais de rendez-vous de 49 jours en moyenne. Cette enquête apporte également une donnée intéressante, puisqu'elle montre que l'activité des gynécologues médicaux ne compte en moyenne qu'un tiers de prise en charge de pathologies. Le reste est consacré à la prévention et à la contraception, deux domaines entrant dans les nouvelles compétences des sages-femmes.

Plusieurs enquêtes [3, 16] concernant l'absence de suivi gynécologique de certaines femmes retrouvent toutes une grande disparité en fonction du milieu social et de l'assurance complémentaire des patientes, la question de l'accessibilité financière des consultations gynécologiques souvent sujettes aux dépassements d'honoraires, en moyenne de 50 à 100% supérieur au tarif fixé par la sécurité sociale [5], est donc également un élément à prendre en compte.

Le premier sujet abordé par les femmes lors d'une consultation gynécologique est la contraception [5]. Pour cette question, encore plus que pour toutes les autres en matière de santé, la prescription doit être personnalisée. Pour ce faire, la communication soignant-soigné, l'instauration d'une relation de confiance et la prise en compte de tous les aspects et enjeux de la patiente sont primordiaux. C'est à la condition d'avoir accès à une information exhaustive et à une contraception adaptée à son mode de vie que la femme sera protégée au maximum du risque de débiter une grossesse non désirée. Pourtant, on retrouve dans de nombreuses publications récentes les expressions de « parcours contraceptif stéréotypé » [6], « modèle contraceptif figé » [7] dans lequel la contraception orale reste la plus largement

utilisée, sans véritable choix et adhésion de son utilisatrice. Les raisons principales énoncées sont la méconnaissance par les femmes des autres méthodes existantes, une mauvaise information sur leurs modalités d'accès et d'utilisation, ou encore un manque de suivi des dernières recommandations par certains médecins (pour la pose de DIU chez les nullipares par exemple).

Un professionnel de santé, disponible, de confiance et intéressé, s'informant de l'évolution constante des données scientifiques et conscient de la globalité de ses patientes est, dans ce domaine de la santé génésique plus qu'ailleurs, indispensable.

Dans ce contexte français de manque d'accès à un suivi gynécologique régulier, de contraception pas toujours adaptée, où on compte encore en moyenne une interruption volontaire de grossesse pour une femme sur deux au cours de sa vie [8], un véritable besoin en santé publique se dégage, et la sage-femme, forte de ses nouvelles compétences, prend une nouvelle place dans la vie génésique des femmes et des couples.

2. Évolution législative des compétences des sages-femmes en matière de contraception et de régulation des naissances.

2.1 Généralités

En matière de régulation des naissances et de prescription de contraceptif par les sages-femmes, deux grandes lois ont porté réforme :

- la Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique [9]
- la Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) [10]

2.2 Evolution des conditions d'exercice des sages-femmes

Au cours de la dernière décennie, les sages-femmes ont vu leurs conditions d'exercice relatives à la régulation des naissances évoluer, un rôle de plus en plus important leur étant attribué dans ce domaine. Ces modifications sont rapportées dans le code de la santé publique des articles L. 4151-1 à L. 4151-10.

Dans sa version en vigueur avant 2009, l'article L. 4151-1 [11] énonçait déjà que « L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la participation aux consultations de planification familiale ».

Cette « participation » aux consultations a été définie plus concrètement suite à la loi HPST du 21 juillet 2009 - art. 86 (V). On peut alors maintenant lire dans ce même article du code de la santé publique que « L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique. »

Suite à la loi du 4 août 2004, l'article R4127-324 [12] du code de déontologie des sages-femmes a également été modifié. Ainsi, « La sage-femme peut participer, sous la direction d'un médecin, au traitement de toute patiente présentant une affection gynécologique. »

2.3 Evolution en matière de droit de prescription

Plusieurs articles du code de la santé publique traitent de la question de la prescription de contraceptifs par les sages-femmes.

L'article L. 5134-1 du code de la santé publique [13], relatif aux contraceptifs, définit la place de la sage-femme.

Avant 2004, les sages-femmes étaient habilitées à « prescrire les diaphragmes, les capes ainsi que les contraceptifs locaux. La première pose du diaphragme ou de la cape devant être faite par un médecin ou une sage-femme. »

La loi du 9 août 2004, a donné aux sages-femmes la possibilité de « prescrire une contraception hormonale dans les suites de couches, lors de l'examen postnatal et après une interruption volontaire de grossesse. »

C'est ensuite la loi HPST de 2009 qui a porté réforme en modifiant le code, et en donnant une place incontestable aux sages-femmes dans le domaine de la contraception pour toute femme en âge de procréer. Les textes ont alors été modifiés ainsi : « L'insertion des contraceptifs intra-utérins ne peut être pratiquée que par un médecin **ou une sage-femme** » et « Les sages-femmes sont habilitées à prescrire les contraceptifs locaux et les contraceptifs hormonaux. La surveillance et le suivi biologique sont assurés par le médecin traitant. »

En 2012, la phrase « La surveillance et le suivi biologique sont assurés par le médecin traitant. » est supprimée. C'est toujours cet article qui est en vigueur actuellement.

De plus, en 2011, la liste fixée par arrêté du ministre chargé de la Santé après avis de l'AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé) [14] figurant dans l'article L 4151-4 du code de la santé publique, et définissant toutes les classes thérapeutiques des médicaments pouvant être prescrits par les sages-femmes a été modifiée. La liste exhaustive des types de contraceptifs pouvant être prescrits par une sage-femme « spermicides ; contraceptifs d'urgence : lévonorgestrel seul ou associé à 14 l'éthinylestradiol ; contraceptifs hormonaux : oestroprogestatifs par voie orale, transdermique ou anneau vaginal ; progestatifs par voie orale, injectable ou implant », a été remplacée par la possibilité pour ces professionnelles de santé de prescrire les « **Contraceptifs sous toutes leurs formes et voies d'administration** » [15]

3. Aperçu démographique de l'évolution de la profession de sage-femme.

Au cours de ces dernières années, le nombre de sages-femmes en activité en France ne cesse d'augmenter, elles étaient 16 765 en 2004 [17] et sont aujourd'hui plus de 18 800 [18], ce qui fait en moyenne 126 sages-femmes pour 100 000 femmes en âge de procréer. 99% de la profession est exercé par des femmes, leur âge moyen est de 40 ans.

La répartition dans les différents secteurs d'activité évolue principalement avec l'expansion du secteur libéral de plus 9% par an entre 2008 et 2010. La population de sages-femmes est alors actuellement répartie ainsi : 74% en secteur hospitalier (public et privé), 14% en secteur libéral, 4% en activité mixte (hospitalier et libéral), 8% en secteur territorial (PMI). En 2004, l'ONDPS a montré une « trajectoire de carrière classique » pour la grande majorité des sages-femmes avec un poste en hospitalier à la sortie de l'école puis une redirection vers une activité libérale ou PMI après 10 ans d'exercice. Bien que cette tendance soit toujours d'actualité en 2012, puisque seuls 6% des professionnels ayant moins de 2 ans de diplôme exercent en

libéral, l'âge moyen d'installation en cabinet diminue tout de même ces dernières années. [18]

Cette augmentation de la proportion de la profession s'installant en libéral est surtout expliquée par manque de postes à l'hôpital, obligeant de surcroît trois sages-femmes sur quatre en moyenne à débiter actuellement leur carrière par un CDD. Cette situation est nouvelle puisqu'en 2004 encore le marché du travail était très favorable aux sages-femmes. [17]

L'augmentation du nombre de sages-femmes en exercice ayant été plus rapide que la croissance de la natalité, le nombre de naissances par sage-femme a diminué d'un quart au cours de 10 dernières années mais l'activité de ces professionnels de santé évolue et se diversifie, notamment dans le domaine de la gynécologie et de la régulation des naissances. On a par exemple montré qu'un tiers du personnel intervenant dans les IVG sont des sages-femmes. [18]

De plus, en parallèle, les effectifs de médecins gynécologues et obstétriciens sont eux en diminution, ce qui place de plus en plus la sage-femme comme praticien de premier recours auprès de toutes les femmes de la population.

Les projections faites pour l'avenir [18], estiment qu'en 2030, on comptera 179 sages-femmes pour 100 000 femmes en âge de procréer. Le nombre de naissances par sage-femme continuera à diminuer, de 21% en moyenne. Sur la même période, le nombre de gynécologues et d'obstétriciens diminuera de 6% en moyenne. Le rôle de la sage-femme sera donc plus que jamais diversifié, et sa place sortira bel et bien de l'exclusivité des salles d'accouchement.

Le secteur libéral devrait d'ailleurs continuer à croître d'environ 5,6% par an entre 2011 et 2030. Au total, la proportion des sages-femmes exerçant en libéral devrait doubler et dans 15 ans une sage-femme sur trois exercera en libéral.

4. Evolution de la formation des sages-femmes.

4.1 Formation initiale

4.1.1 Évolution de la forme des études

La formation initiale des sages-femmes a connu de multiples réformes au cours du siècle dernier, faisant passer cette profession de paramédicale à médicale, de 2 à 5 années d'études.

Depuis 2002, l'accès à la formation de sage-femme est conditionné par la validation de l'examen classant de fin de première année (PCEM1), au même titre que les médecins et les chirurgiens-dentistes. Ainsi l'article L631-1 du code de l'éducation a été modifié [19]: « Des étudiants admis à poursuivre des études médicales, odontologiques ou pharmaceutiques à la suite des épreuves de classement de fin de **première année du premier cycle peuvent être admis à suivre la formation de sage-femme**. Leur nombre ainsi que les conditions de leur admission sont fixés par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé. »

En 2009, la dernière réforme en date a remplacé le PCEM1 (pour médecine dentaire, sage-femme) et le PCEP1 (pour pharmacie) par la première année des études communes de santé (PACES). La PACES est une première année commune aux études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et de sage-femme. Elle a été mise en place dès la rentrée universitaire 2010-2011. La formation des sages-femmes entre ainsi dans un modèle universitaire de type licence-master-doctorat, ouvrant la profession sur un accès théoriquement facilité vers la recherche et l'autonomie.

4.1.2 Évolution du programme initial concernant l'enseignement de la contraception et du suivi gynécologique.

Avant même la loi HPST de 2009, donnant aux sages-femmes les compétences pour prendre en charge les femmes sur le plan gynécologique et contraceptif, une grande place était laissée à l'enseignement de ces deux domaines dans le programme des études de sage-femme fixée par l'arrêté du 11 décembre 2001 [20].

Ainsi, sur les deux premières années, l'enseignement de gynécologie et contraception comprenait 60h, soit 6% du volume horaire des enseignements. Il avait pour but l'acquisition de connaissances sur l'examen clinique en gynécologie, les étapes de la vie génitale de la puberté à la ménopause ainsi que la régulation des naissances. Pour les deux dernières années de formation, l'enseignement de gynécologie, contraception et sexologie comprenait 78h, soit 10% du volume horaire des enseignements. Il apportait les connaissances permettant de participer à la prise

en charge des femmes présentant des pathologies gynécologiques ainsi que des notions de sexologie. Après 2009 des formations pratiques sur la pose des dispositifs intra-utérins et des implants contraceptifs ont également été mises en place. Après la réforme des études de 2011, le programme est resté sensiblement le même avec volume horaire globale comparable.

S'ajoutent à ce programme riche, de nombreuses semaines de stage dans des services variés touchant à la gynécologie et à la contraception : en suites de couche, en planification familiale, en PMI, auprès d'une sage-femme libérale... Ces stages étant de précieux lieux d'apprentissage et de pratique répartis au cours des quatre années d'études.

4.2 Formation continue

4.2.1 Les modalités de la formation continue des sages-femmes

La loi HPST de 2009, impose aux sages-femmes en activité un développement professionnel continu obligatoire, on peut ainsi lire dans l'article R4127-304 du code de la santé publique que « La sage-femme a l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances professionnelles, dans le respect de l'obligation de développement professionnel continu prévue par les articles L. 4153-1 et L. 4153-2. »

Tout manquement à cette obligation expose la professionnelle à une suspension du droit d'exercer pour insuffisance professionnelle. [21]

Ce DPC peut se faire selon différentes modalités parmi lesquelles les diplômes universitaires existant pour une multitude de domaines (échographie obstétricale, tabacologie, gynécologie...) dont la liste est fixée par le conseil national.

Le financement de ces formations peut être personnel, mais également professionnel selon certaines conditions. En milieu hospitalier, ces conditions varient en fonction des établissements. Ce sont alors des commissions qui déterminent la répartition du budget « formation » commun à tout le personnel de l'hôpital.

Les professionnels libéraux ont une obligation de participer un minimum au financement de leur formation en versant une contribution au fonds

interprofessionnels de formation des professions libérales (FIFPL), organisme auquel ils doivent également s'adresser si ils souhaitent obtenir des aides pour financer leur formation.

4.2.2 Le diplôme inter-universitaire « régulation des naissances » de l'université Paris 5

L'offre des diplômes universitaires en matière de gynécologie de prévention et de contraception est large et se développe de plus en plus depuis la loi HPST.

Le premier à avoir été ouvert aux sages-femmes, dès 2005 est celui de l'université Paris 5 intitulé « régulation des naissances ». Il est accessible aux médecins, aux internes en médecine et aux sages-femmes et a pour objectif d'« Optimiser les connaissances concernant la régulation des naissances : renforcer et mettre à jour les connaissances médicales en matière de régulation des naissances (contraception et pratique de l'avortement) et optimiser les connaissances en matière de prévention des risques liés à la sexualité ».

Il compte 102h de cours théoriques et 9h de travaux dirigés [annexe II]. La formation laisse également une grande place à la pratique puisqu'elle inclut 20h de stage sur le terrain.

Son programme aborde la contraception dans un objectif de prise en charge globale des femmes puisque les sciences humaines représentent une grande proportion des enseignements.

Deuxième partie

Méthodologie de l'étude et présentation des résultats

1. Problématique

La profession de sage-femme reste le plus souvent connue et limitée aux salles de naissances et à la pratique des accouchements, pourtant ces dernières années ses domaines de compétences se multiplient. Au panel déjà large des activités de ces professionnels de santé, suivi de grossesse, participation dans les services d'AMP, pratique des échographies obstétricales... viennent s'ajouter de nouvelles qualifications comme le suivi gynécologique de prévention ou la prescription et la surveillance de tous les contraceptifs à tout moment de la vie. Ainsi leur domaine de compétence couvre désormais la totalité de la vie génésique des femmes, répondant à un véritable besoin en santé publique.

En parallèle de l'évolution des compétences des sages-femmes, évolue aussi leur façon de pratiquer et de se former, on observe ainsi de nombreuses « spécialisation » de sages-femmes par des diplômes complémentaires variés, par exemple en échographies obstétricales, en acupuncture, en régulation des naissances...

De plus, devant le manque actuel de poste en secteur hospitalier, dans une démarche de plus d'autonomie professionnelle ou encore pour aller vers un accompagnement plus global des femmes, la démographie et les modes d'exercices changent. De nombreuses praticiennes sortent ainsi de l'hôpital pour s'orienter vers d'autres secteurs que ce soit en libéral, en PMI, en centre de planification familiale, où les activités sont souvent un peu différentes de celles en maternité, et où la façon de prendre en charge les femmes et les couples n'est plus du tout la même.

En 2009, la loi HPST a accordé le droit aux sages-femmes d'assurer le suivi gynécologique de prévention pour toutes les femmes qui ne présentent pas de pathologies. Or, 5 ans après, peu de femmes savent qu'elles peuvent consulter une

sage-femme dans ce cadre-là et cette information n'est relayée ni par les médias, ni par les professions de santé voisines. De plus, bien qu'une formation théorique initiale existe depuis longtemps, le manque de stage dans ce domaine et donc le peu de transmission d'un point de vue pratique lors des études de sage-femme impliquent que lorsque les sages-femmes souhaitent s'installer en libéral pour réaliser un suivi global des femmes tout au long de leur vie génésique, elles vont compléter leur formation initiale par un DU de régulation des naissances plus axé sur la pratique et les échanges avec des praticiens expérimentés. L'objet de notre étude consiste à définir le profil des SF ayant choisi de se spécialiser dans ce domaine et déterminer les obstacles auxquels elles sont confrontées dans leurs démarches et leur nouvel exercice.

2. Objectifs

Nous souhaitons par ce mémoire, utiliser la mise en application des nouvelles compétences des sages-femmes en matière de suivi gynécologique et de contraception pour illustrer et comprendre les enjeux de l'évolution de cette profession.

Plus spécifiquement, nous voulons définir les conditions possibles d'application de ces compétences, et les obstacles rencontrés par les professionnelles. Puis réfléchir aux conséquences qu'implique cette évolution sur la prise en charge des femmes et sur l'autonomie, la responsabilité et l'identité même des sages-femmes.

3. Hypothèses

Afin de construire notre étude, nous avons posé les hypothèses suivantes :

- Les sages-femmes s'intéressant aux nouvelles compétences ont un parcours particulier, différent de la majorité et sont particulièrement motivées pour les mettre en application.
- Il existe des obstacles à la mise en place et à l'application de ces nouvelles compétences par les sages-femmes.

- Les nouvelles compétences des sages-femmes en matière de suivi gynécologique de prévention et de contraception vont dans le sens d'une évolution de leur profession.

4. *Présentation de l'étude*

Nous avons choisi d'effectuer une étude par questionnaires [annexe I] auprès des sages-femmes ayant suivi le diplôme inter-universitaire « régulation des naissances » de Paris 5, depuis son ouverture aux sages-femmes en 2005 jusqu'à la promotion diplômée en 2013. Cette population nous a semblé adaptée à notre questionnement puisque s'intéressant particulièrement aux nouvelles compétences en gynécologie et contraception. De plus le fait que ce DIU a été ouvert aux sages-femmes dès 2005, soit avant la loi HPST indique qu'une grande proportion des sages-femmes s'y étant intéressées ont une vision « avant-gardiste » de l'évolution de notre profession.

Le questionnaire a été diffusé par mail, il comportait 23 questions dont 3 spécifiques pour les sages-femmes exerçant en libéral et 2 spécifiques pour les sages-femmes ayant une activité salariée.

Au total 76 questionnaires ont été envoyés, et après 2 relances par mail, 43 réponses ont été reçues parmi lesquelles 3 étaient inexploitables. Soit un taux de réponses de 53% qui sera discuté dans notre troisième partie.

Pour les tests statistiques de notre étude, nous avons utilisé un test du Chi 2 avec un risque alpha fixé à 5%.

5. *Présentation des résultats*

5.1 Profil des sages-femmes

5.1.1 Généralités

- Age de la population étudiée.

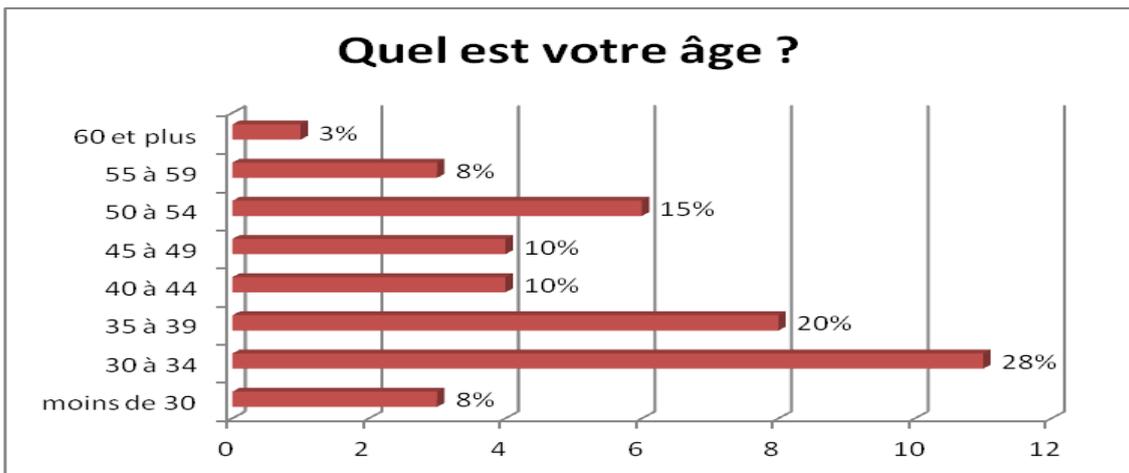


Figure 1 : répartition des âges de la population étudiée

La population étudiée est globalement répartie parmi toutes les catégories d'âge des personnes ayant une activité professionnelle.

La moyenne d'âge des sages-femmes interrogées est 40, 45 ans, la plus jeune à 25 ans, la plus âgé 60 ans.

- Genre de la population étudiée

Parmi les 40 sages-femmes ayant répondu à notre étude, un seul était un homme.

- Mode d'exercice.

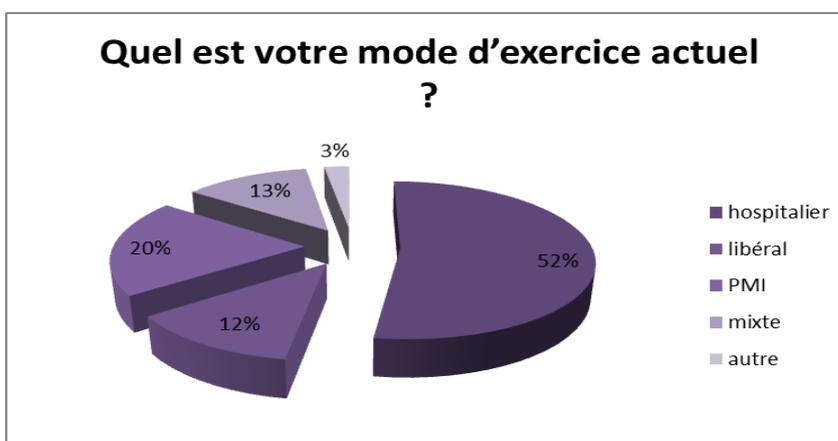


Figure 2: répartition des modes d'exercices

La moitié des sages-femmes interrogées exercent en secteur hospitalier.

12% ont une activité libérale, 13% ont une activité mixte entre hospitalier et libérale. 20% des sages-femmes ont une activité en secteur territorial (PMI).

5.1.2 Expériences professionnelles

	Nombre d'années d'exercice	
< = 5 ans (diplôme après 2009)	2	5%
5 - 10 ans	12	30%
> = 10 ans	26	65%

Tableau 1: expériences professionnelles

La majorité des sages-femmes interrogées (65%) sont en exercice depuis au moins 10 ans.

30% exercent depuis 5 à 10 ans.

Seulement 5% exercent depuis moins de 5 ans, et ont donc été diplômées après la loi HPST de 2009.

	historique des postes	
autre que "classiques" (hors SDN, SDC, CST, GHR)	31	78%
orthogénie	15	38%
consultation contraception	2	5%
SDC	37	93%

Tableau 2: historique des postes exercés

Pour traiter la question « précisez la nature des différents postes exercés depuis l'obtention de votre diplôme d'état de sage-femme », nous avons sélectionné les types de réponses nous intéressant :

- les postes hors parcours « classique » (hors salle de naissance, suite de couche, consultation, grossesses à haut risque) ont été occupés par 78% des sages-femmes.
- les postes en rapport avec une activité en gynécologie ou en contraception : 93% des sages-femmes ont exercé en suite de couche, 38% en orthogénie, seulement 5% des sages-femmes ont fait des consultations de contraception.

5.1.3 Concernant le Diplôme inter-universitaire « régulation des naissances »

- En quelle année avez-vous suivi cette formation ?

	Année d'obtention du DU
avant 2009 (2006 à 2009)	10
après 2009 (2010 à 2013)	30

Tableau 3: Année d'obtention du DU

Un quart des sages-femmes interrogées a obtenu son DU avant la loi HPST de 2009.

Trois quarts ont obtenu leur DU après 2009.

- Quelles étaient vos raisons et vos motivations à suivre cette formation complémentaire ?

	Total		avant 2009		après 2009		p
	n	%	n	%	n	%	
Vous formez d'un point de vue pratique (pose DIU, implant...)	27	20%	4	12%	23	23%	0,19
Curiosité intellectuelle	28	21%	9	27%	19	19%	0,29
Élargir votre panel de compétences professionnelles	35	26%	10	30%	25	25%	0,50
Vous formez en orthogénie	19	14%	5	15%	14	14%	0,83
Valider vos acquis dans le domaine de la prévention gynécologique et de la contraception	23	17%	5	15%	18	18%	0,74
autres	3	2%	0	0%	3	3%	0,32

Tableau 4: raisons et vos motivations

Lorsqu'on interroge les sages-femmes sur leurs raisons et motivations à suivre le DU « régulation des naissances », les réponses sont globalement réparties de façon homogène entre les différentes propositions.

Et même lorsque l'on compare les raisons et motivations des sages-femmes ayant suivi la formation avant ou après la loi HPST, aucune différence n'est significative.

Parmi les réponses classées dans « autres », 2 sages-femmes avaient pour objectif d'améliorer leur enseignement auprès des étudiants sages-femmes, 1 avait un projet de mission humanitaire.

- Quelles étaient vos attentes quant à votre avenir professionnel ?

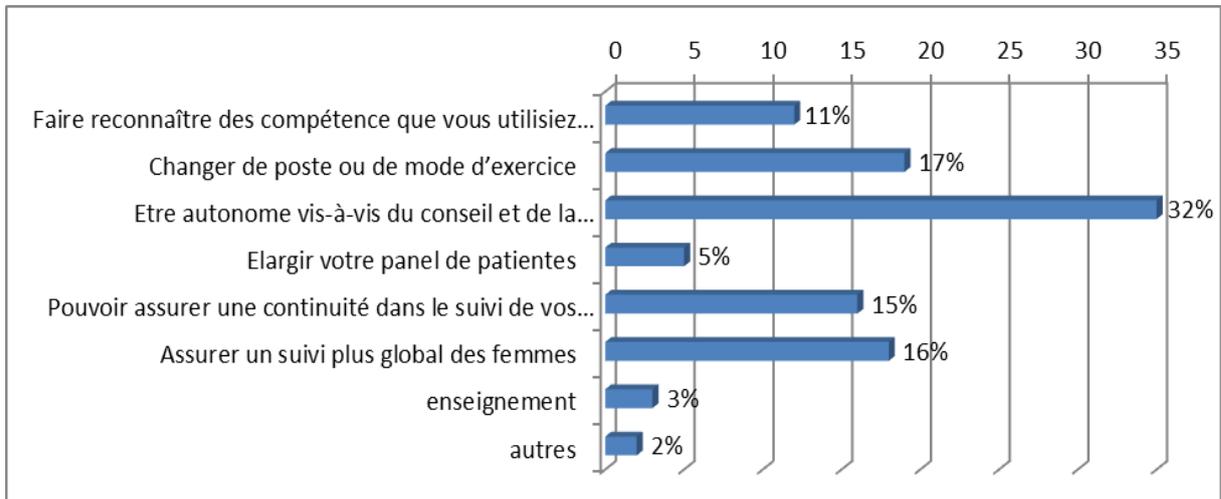


Figure 3: attentes quant à l'avenir professionnel

Quand on demande aux sages-femmes leurs attentes quant à leur avenir professionnel en suivant cette formation complémentaire, l'item arrivant largement en tête avec 32% des réponses est « être autonome vis-à-vis du conseil et de la prescription de contraception ».

La deuxième attente est plus concrète avec la volonté de changer de poste ou de mode d'exercice qui est retrouvé dans 17% des réponses.

La volonté d'assurer un suivi plus globale des femmes et de proposer une continuité dans la prise en charge des patientes arrive juste derrière avec respectivement 16% et 15% des réponses.

Il n'y a pas de différences significatives entre les raisons et motivations des SF ayant suivi le DU avant ou après 2009.

5.2 Application pratique, obstacles rencontrés

5.2.1 Connaissance, reconnaissance des nouvelles compétences.

- Connaissance générale des nouvelles compétences.

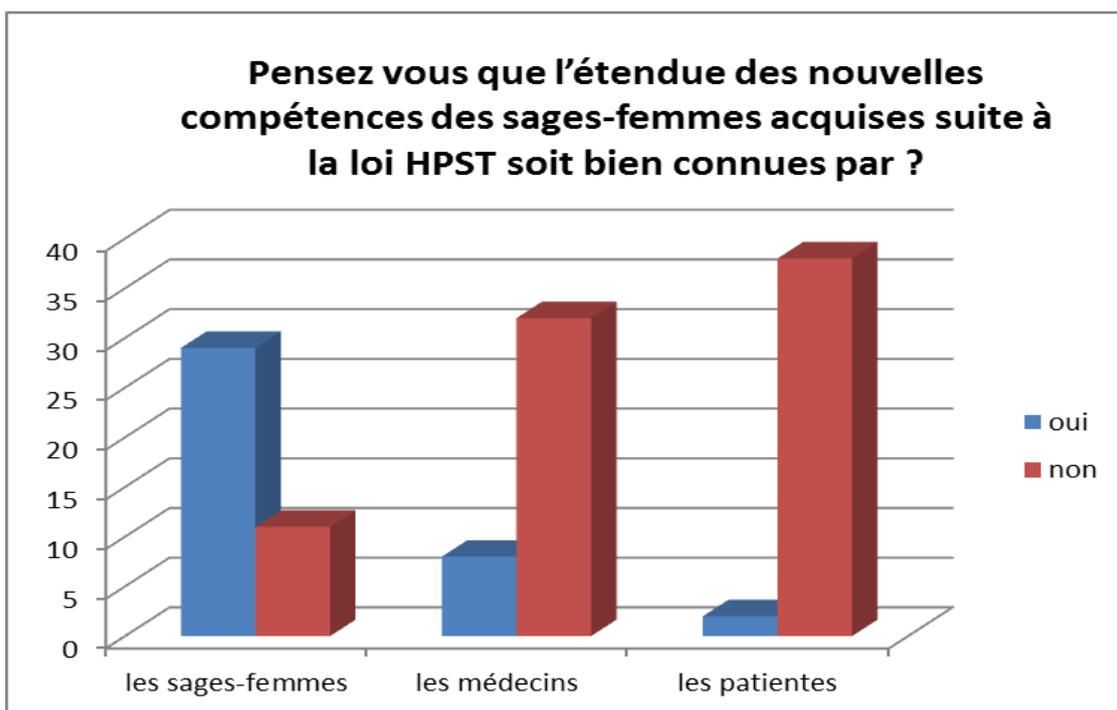


Figure 4: Connaissance générale des nouvelles compétences

Selon les sages-femmes interrogées, 95% des femmes ne sont pas au courant des nouvelles compétences accordées aux sages-femmes suite à la loi HPST.

D'après elles, seulement 20% des médecins, et 73% des sages-femmes connaissent bien ces nouvelles compétences.

- Point de vue des sages-femmes libérales.

	oui	Non	NR
Votre patientèle a-t-elle changé depuis la loi de 2009 ?	4	3	3
Selon vous, votre patientèle est-elle plus large depuis 2009 ?	5	2	3
Avez-vous du mal à faire connaître votre activité de suivi gynécologique auprès des femmes ?	5	4	1
La plupart de vos patientes viennent-elle vers vous pour leur suivi gynécologique ?	2	7	1

Tableau 5: Point de vue des sages-femmes libérales

Nombre total de sages-femmes exerçant en libéral- dans notre étude : 10.

La plupart des sages-femmes libérales ayant répondu à notre étude pensent que leur patientèle est plus large depuis la loi de 2009.

Peu de patientes viennent directement vers les sages-femmes libérales pour leur suivi gynécologique. En complétant par l'analyse des questions ouvertes, on constate que le suivi gynécologique n'est généralement pas le motif de consultation de nouvelles patientes vers les sages-femmes libérales, mais que lorsque les femmes connaissent une sage-femme suite à un suivi de grossesse par exemple, elles sont intéressées pour débiter un suivi gynécologique avec cette praticienne.

- Travail en réseau

Le travail en réseau avec les autres intervenants auprès des femmes (pharmacien, médecin) fonctionne-t-il ?	oui	Non	NR
Des autres vers vous ?	3	3	4
De vous vers les autres ?	5	2	3

Tableau 6: travail en réseau

Dans les réponses au complément de réponse en texte libre, plusieurs sages-femmes soulignent le fait que le travail en réseau dépend vraiment de chaque individu « c'est plus difficile que répondre oui ou non », certains professionnels étant favorables au développement des compétences des sages-femmes et d'autres moins. Globalement la question semble poser principalement problème auprès des gynécologues, plus qu'auprès des médecins généralistes, les sages-femmes interrogées évoquent alors problème de compétitivité. Pour certaines, les liens qu'elles ont pu garder avec la maternité où elles exerçaient est une aide précieuse.

5.2.2 D'un point de vue financier.

- Financement du DU.

	D'où venait le financement pour suivre ce DU ?	
professionnel	28	70%
personnel	11	28%
mixte	1	3%

Tableau 7: financement DU

Pour 70% des sages-femmes interrogées, le DU a été financé par leur employeur. Pour 28% d'entre elles, le financement provenait de fonds personnels. Et pour 3% l'origine du financement était mixte.

- Financement en activité libérale

	oui	Non	NR
La cotation actuelle des actes est-elle compatible avec une mise en application pratique ?	7	2	1
Les frais matériels sont-ils un obstacle à votre exercice et à l'application des nouvelles compétences ?	3	5	2

Tableau 8: limites financières sages-femmes libérales

Parmi les 10 sages-femmes exerçant une activité libérale, les questions financières (cotation actuelle des actes, frais matériels) ne semblent pas être un obstacle.

5.2.3 Quelles applications possibles en milieu hospitalier.

Vous a-t-on permis de faire évoluer votre poste face aux nouvelles compétences ?	
Oui	10 30%
Non	23 70%
	[...] Si non, pourquoi, quels sont les obstacles que vous rencontrez ?
Aucun poste en rapports (gynécologie, orthogénie...) n'est ouvert dans votre hôpital.	12 57%
Les postes ouverts étant des postes de jours sont donnés plus facilement à certaines SF	1 5%
Vous avez du mal à faire valoir vos compétences face aux médecins dans les services	8 38%

Tableau 9: applications possibles en milieu hospitalier

Seulement 30% des sages-femmes travaillant en milieux hospitalier ayant suivi la formation complémentaire du DU de Paris 5 ont pu faire évoluer leur poste, en rapport avec ces nouvelles compétences.

Dans la majorité des cas où cela n'a pas été possible, c'est parce qu'aucun poste en rapport n'est ouvert dans leur hôpital d'exercice.

	Vous a-t-on permis d'aménager votre temps de travail afin de diversifier votre mode d'exercice (mi-temps...)?	
Oui	8	24%
Non	17	52%
pas intéressée	8	24%

Tableau 10: aménagement du temps de travail

Sur les 76% de sages-femmes intéressées par un aménagement de temps de travail, seulement 32% ont pu en bénéficier.

Si on isole les réponses des sages-femmes ayant obtenu un financement professionnel pour les DU :

	Parmi les SF ayant reçu un financement professionnel. Vous a-t-on permis de faire évoluer votre poste face aux nouvelles compétences ?	
Oui	8	29%
Non	20	71%

Tableau 11: financement professionnel et évolution de poste

Seulement 29% ont pu faire évoluer leur poste face à leurs nouvelles compétences.

	Parmi les SF ayant reçu un financement professionnel. Vous a-t-on permis d'aménager votre temps de travail afin de diversifier votre mode d'exercice (mi-temps...)?	
Oui	7	25%
Non	13	46%
pas intéressée	8	29%

Tableau 12: financement professionnel et aménagement du temps de travail

Parmi les 71% de sages-femmes intéressées par un aménagement de temps de travail, seulement 35% ont pu en bénéficier.

5.3 Evolution dans la prise en charge des femmes, évolution de la profession

5.3.1 Évolution professionnelle.

	Avez-vous eu la sensation que ce DU ait eu un impact sur votre pratique professionnelle ?	
Oui	35	88%
Non	5	13%

Tableau 13: impact du DU

	La loi HPST a-t-elle apporté des changements dans votre pratique professionnelle ?		
Non, parce que je n'utilise pas ces compétences dans ma pratique professionnelle actuelle	8	13%	18%
Non, parce que j'appliquais déjà ces compétences avant la loi de 2009	3	5%	
Changement de poste	3	5%	63%
Changement de type d'activité	14	23%	
Evolution des demandes des patientes	16	26%	
Meilleure reconnaissance par les médecins dans les services hospitaliers	6	10%	
autre	12	19%	

Tableau 14: changement de pratique professionnelles suite à la loi HPST

Pour la grande majorité des sages-femmes interrogées, avoir suivi cette formation complémentaire et le vote de la loi HPST de 2009 a eu un réel impact sur leur pratique professionnelle.

Un quart d'entre elles ont remarqué une évolution de la demande des patientes.

Pour 10% des sages-femmes, la loi HPST a permis une meilleure reconnaissance par les médecins dans les services hospitaliers.

19% ont constaté d'autres changements dans leurs pratiques professionnelles, parmi lesquels une meilleure reconnaissance des patientes et une évolution de poste vers un poste d'enseignement.

Enfin, 28% d'entre elles ont changé de poste ou de type d'activité :

- Secteurs d'activités

	Où et à quel poste exerciez-vous avant le DU?		Quels sont vos secteurs d'activités actuels ?		p
suivi de grossesse	10	25%	21	53%	0,01
PNP	6	15%	14	35%	0,04
SDN	16	38%	10	25%	0,15
SDC	12	30%	17	43%	0,24
Réducation périnéale	0	0%	9	23%	0,001
GHR	7	18%	16	40%	0,02
orthogénie	8	20%	15	38%	0,08
Suivi gynécologique/de contraception	0	0%	19	48%	<0,001
enseignement	4	10%	3	8%	0,69
autres	0	0%	11	28%	<0,001

Tableau 15: évolution des secteurs d'activités

Pour cette question, plusieurs réponses étaient possibles. Lorsque l'on compare la nature des postes exercés par les sages-femmes interrogées avant et après avoir suivi leur formation complémentaire, on remarque une évolution dans le sens d'une augmentation pour presque tous les items, et notamment pour « suivi gynécologique et contraception », où on passe de 0 à 48% ($p < 0,001$).

De plus, avant le DU, chaque sage-femme de l'étude exerçait en moyenne dans 1,6 secteurs d'activité différents, cette moyenne passe à 3,4 postes différents par sages-femmes après la formation.

- Application des nouvelles compétences.

	Comment utilisez-vous concrètement ces compétences dans votre pratique actuelle ?	
Consultations de prévention gynécologique	17	43%
Consultations de contraception complète	24	60%
Consultations d'IVG	11	28%
Pose de DIU	15	38%
Pose d'implants	17	43%

Tableau 16: Application des nouvelles compétences

5.3.2 Vers un suivi plus global des femmes ?

	oui	%	non	%
Pensez-vous que votre réflexion vis-à-vis du vécu des femmes est meilleure aujourd'hui ?	36	92%	3	8%
Pensez-vous avoir aujourd'hui un suivi plus global de vos patientes ?	34	87%	5	13%

Tableau 17: évolution dans le suivi des femmes

92% des sages-femmes interrogées estiment avoir une meilleure réflexion vis à vis du vécu des femmes et 87% estiment effectuer un suivi plus global de leurs patientes suite à ce DU.

- Chez les sages-femmes libérales

	oui	Non	NR
La plupart des femmes que vous suivez sur le plan gynécologique/contraception, font-elles appel à vous pour leur suivi de grossesse, ou leur demande d'IVG ?	4	3	3
La proportion des femmes que vous suivez au long cours, régulièrement a-t-elle augmenté suite à ces nouvelles compétences ?	5	2	3

Tableau 18: évolution du suivi par les sages-femmes libérales

Globalement les sages-femmes libérales estiment que la proportion des femmes qu'elles suivent au long cours a augmenté ces dernières années.

6. Critique de l'étude.

Plusieurs éléments de notre étude méritent d'être discutés.

Premièrement, sur les 76 questionnaires envoyés, et malgré deux relances, seulement 43 réponses ont été récupérées, dont 3 inexploitables. Ce qui fait un taux de réponses de 52,6%. Ce taux n'est pas très important, d'autant plus que nous n'avons pas interrogé une population de tout venant. On aurait pu en effet penser

que des sages-femmes qui en plus ont fait le choix de s'intéresser à ce domaine particulier de la régulation des naissances, seraient très impliquées dans la reconnaissance et l'évolution de leur profession dans ce domaine. L'échantillon étudié n'est par conséquent pas très important.

Nous avons de plus remarqué, par les réponses aux questions ouvertes notamment, que la très grande majorité des sages-femmes ayant répondu à notre questionnaire montrait un très grand intérêt pour notre sujet d'étude. Le taux de réponses semble donc corrélé à l'importance donnée par les sages-femmes à leur formation par le DU « régulation des naissances » et donc à leur investissement professionnel vers cette voie. On peut donc penser que si une plus grande proportion de sages-femmes avait répondu, les résultats notamment en ce qui concerne les évolutions professionnelles auraient été différents.

Deuxièmement, parmi les sages-femmes ayant répondu à l'étude, seulement 10 avaient une activité libérale ce qui nous amène à une exploitation difficile des résultats pour les questions ne concernant que cette population. D'autant plus que certaines sages-femmes ayant une activité mixte ne se sont pas senties concernées par les questions concernant le secteur libéral. Cependant nous avons pour beaucoup de ces questions, laissé des plages de réponses ouvertes ce qui a permis une analyse, certes qualitative, mais intéressante de nombreux points.

Sur ce point des questions ouvertes, la dernière question totalement libre que nous avons formulé a été riche en compléments d'information et nous a été d'une grande aide pour toute notre réflexion.

Notre questionnaire était plutôt complet et nous a permis de répondre correctement aux hypothèses que nous nous étions fixées en amont.

Notre étude s'est limitée au seul DU « régulation des naissances » de Paris 5, il aurait sans doute été intéressant de l'étendre à d'autres DU de gynécologie/contraception.

Le point de vue des femmes concernant leur suivi gynécologique par les sages-femmes n'a volontairement pas été étudié dans notre étude, puisque nous avons déjà plusieurs études très informatives sur ce sujet.

Troisième partie

Discussion

1. Analyse des résultats de l'étude

1.1 Profil des sages-femmes interrogées

L'âge moyen des sages-femmes interrogées par notre étude est de 40, 45 ans, ce qui correspond à la moyenne d'âge des sages-femmes actuellement en exercice en France (40 ans) [18]. De plus la population étudiée est globalement répartie parmi toutes les catégories d'âge des personnes ayant une activité professionnelle. Nous remarquerons qu'environ un quart des sages-femmes de notre enquête ont plus de 50 ans. Cet âge n'est pas le plus courant lorsqu'il s'agit de se former à de nouvelles compétences et dénote une évolution de la profession qui même à 50 ans se tourne vers l'avenir. Plusieurs hypothèses peuvent alors être soulevées. Les sages-femmes auraient toujours eu l'envie de pratiquer dans le domaine de la régulation des naissances mais attendaient la possibilité de le faire légalement ? Le contexte actuel les oblige à s'accommoder d'une retraite plus tardive ce qui les pousse à s'orienter vers de nouvelles perspectives ? Ou la profession est en pleine transition, vers une identité nouvelle, un statut nouveau et des ambitions grandissantes, se traduisant par un investissement plus important ?

Parmi les professionnelles ayant répondu à notre questionnaire, on ne compte qu'un seul homme pour 39 femmes, cette répartition de genre correspond à la réalité puisqu'en 2012 en France, 99% de la profession est exercé par des femmes [18].

En comparant la répartition des modes d'exercice de notre population étudiée à celle des sages-femmes en activité en France, on constate que les sages-femmes ayant décidé de se former par le DU Régulation des naissances de Paris 5 exercent plus en secteur territorial et en activité mixte (hospitalier et libérale) que la population générale. Respectivement 20% contre 8% et 13% contre 4%. Cette répartition se fait

au détriment du secteur hospitalier exclusif, 50% des sages-femmes de notre enquête contre 74% dans la population générale. Cette distribution sera discutée dans la suite de notre analyse, elle s'explique notamment par la difficulté que rencontre les sages-femmes à appliquer leurs nouvelles compétences en milieu hospitalier.

La moitié des sages-femmes que nous avons interrogées exerce donc une activité hors du secteur hospitalier exclusif. On constate qu'environ la même proportion (65%) des professionnelles de l'enquête est en exercice depuis au moins 10 ans. Ces chiffres correspondent à la trajectoire de carrière habituellement décrite par l'ONDPS en 2004 [17], à savoir : un poste en hospitalier à la sortie de l'école puis une redirection vers une activité libérale ou PMI après 10 années d'exercice.

Mais intéressons-nous plus précisément à l'historique des postes exercés par les sages-femmes de notre étude au cours de leur carrière, et avant d'entreprendre leur formation complémentaire par le DU. Elles sont plus nombreuses (78%) à avoir pratiqué des postes hors parcours « classique » (définie par l'ONDPS comme étant hors salle de naissance, suite de couche, consultations, grossesses à haut risque) que la moyenne des sages-femmes en générale (27%) [17]. De même, alors que 83% des sages-femmes en France exercent en salle de naissance, dans notre enquête, elles n'étaient que 24% à ce poste. Elles sont par contre nombreuses à être passées par des postes en rapport avec une activité en gynécologie ou en contraception : 44% en suite de couche, 18% en orthogénie.

Les sages-femmes s'intéressant aux nouvelles compétences en gynécologie de prévention et en contraception, bien que comparable à la population générale des sages-femmes de France d'un point de vue de l'âge et du genre, semblent avoir un profil différent de celui de la majorité des sages-femmes en exercice. Notamment par la diversité et « l'originalité » des postes qu'elles ont pu exercer. Cette constatation est le témoin d'une démarche de projet professionnel logique et réfléchie, elle dénote un réel intérêt par ces professionnelles pour ce domaine particulier qu'est la régulation des naissances. En effet, « Pour les sages-femmes que cela n'intéresse pas, rien ne les oblige à pratiquer ». Dans ces conditions on peut aisément penser que les sages-femmes choisissant cette voie le font avec une grande motivation qui les pousse à sans cesse se tenir à jour des dernières études et recommandations publiées. Notre première hypothèse formulée ainsi « Les sages-femmes

s'intéressant aux nouvelles compétences ont un parcours particulier, différent de la majorité et sont particulièrement motivées pour les mettre en application » est donc validée.

1.2 Application pratique des nouvelles compétences : quels obstacles rencontrés ?

1.2.1 A propos des connaissances théoriques...

Comme nous venons de le voir, les sages-femmes choisissant de s'intéresser au domaine de la régulation des naissances, le font dans la continuité d'un projet professionnel réfléchi. Nous les avons interrogées à ce sujet en leur demandant quelles étaient leurs raisons et motivations à suivre ce DU.

Ainsi, certaines expriment clairement cette idée en avançant des finalités d'enseignements de ces nouvelles compétences, ou de projets humanitaires.

Pour les autres, les motivations sont variées, et peuvent être globalement réparties en deux thèmes.

Premièrement, on retrouve pour 20% des sages-femmes interrogées la volonté de se former d'un point de vue strictement pratique (pose d'implant, de DIU...).

Deuxièmement, des motivations ayant attiré à « élargir le panel de compétences professionnelles » et « valider des acquis dans les domaines de la prévention gynécologique et de la contraception ». Pour discuter ce point, il convient de s'intéresser à la notion de « compétence ». Celle-ci a été définie par le ministère de l'emploi et de la solidarité comme suit : « renvoie davantage que la notion de qualification à une dimension individualisée. Lorsqu'elle est utilisée pour désigner un autre concept que la performance, la compétence se définit comme un ensemble de savoir-faire, de connaissances et de comportements mobilisés dans une action et adaptés aux exigences d'une situation. » [22]. Bien que ce concept de « compétence » ne fasse pas l'objet d'une définition consensuelle, de grandes directions, communes à la plupart des définitions, peuvent cependant être énoncées. On retrouve ainsi toujours la double notion de connaissances théoriques, associée à un savoir-faire [22]. Et c'est ce « savoir-faire » que la grande majorité des sages-femmes de notre enquête déclare, par ces items, être venue chercher en suivant cette formation, avant même toute formation théorique. On retrouve ainsi en

réponses libres des déclarations comme « M'enrichir en côtoyant des professionnels exerçant depuis longtemps dans ce domaine » ou « cette formation m'a apportée un nouveau regard sur les femmes et bien évidemment des connaissances théoriques et pratiques ». Le docteur Sophie Gaudu, gynécologue-obstétricienne et co-fondatrice de ce DU, définit elle-même cette formation comme « visant à former dans l'accompagnement à la régulation des naissances, plus que de la médecine pure car celle-ci peut s'apprendre partout. Il ne s'agit pas juste d'apprendre à prescrire la pilule ».

C'est donc bien plus pour combler un manque de pratique sur le terrain, s'expliquant par la pauvreté des stages dans ce domaine en formation initiale et bien souvent l'absence de pratique par la suite en milieu professionnel que les sages-femmes ressentent un besoin de se former. Elles l'expriment également clairement : « J'ai refait une formation sur la contraception parce que tant qu'on ne pratique pas, on perd ce que l'on apprend ».

Nous remarquerons également un point intéressant : il n'existe aucune différence significative entre les raisons et motivations à se former chez les sages-femmes ayant suivi le DU avant la loi HPST de 2009 ou après. Les sages-femmes au cours de leurs activités « bien connues » de suivi de grossesse ou de post-partum touchent déjà depuis toujours à ces compétences en matière de régulation des naissances, lesquelles sont en effet indissociables de la grossesse et de ces suites. C'est pourquoi la demande de formation complémentaire sur ce sujet était présente bien avant la validation officielle des nouvelles compétences des sages-femmes. Nous avons, à ce sujet, interrogé le Dr Sophie Gaudu, gynécologue-obstétricienne et co-fondatrice du DU, puisque cette formation est accessible aux sages-femmes depuis son ouverture en 2005 donc quatre ans avant la loi. Pour elle, « l'acquisition de ces nouvelles compétences par les sages-femmes était une évidence, la sage-femme étant le premier partenaire de la santé et de la vie des femmes ».

Toutes ces raisons et motivations variées décrites par les sages-femmes interrogées par notre enquête, démontrent bien qu'il existe un besoin de formation complémentaire. Mais celui-ci n'est pas tant nécessaire d'un point de vue théorique que dans les aspects sociologiques, épidémiologiques et humains.

En tant que bon professionnel médical, la sage-femme cherche par ce DU, à mettre à jour ces connaissances, mais surtout à développer de nouvelles approches dans la

prise en charge des femmes dans leur vie génésique. Elle cherche à se perfectionner sans cesse, au même titre que les médecins, représentant la moitié des effectifs des professionnels inscrits à ce DU chaque année.

1.2.2 Quel rapport avec les autres professionnels de santé ?

La profession de sages-femmes est une profession médicale autonome à compétence définie.

Cette autonomie est clairement énoncée par la Haute Autorité de Santé « Exerçant une profession médicale, la sage-femme assure, **en toute autonomie**, la surveillance de la grossesse normale, du travail et de l'accouchement, ainsi que les soins à la mère et à l'enfant après l'accouchement. Elle dispose du droit de prescription de médicaments, de dispositifs médicaux et de vaccins. Et depuis le 21 juillet 2009 (loi HPST) les sages-femmes peuvent assurer le suivi gynécologique de prévention des femmes et leur prescrire une contraception adaptée. » [2]. Pourtant, quand on demande aux sages-femmes de notre étude leurs attentes quant à leur avenir professionnel en suivant cette formation complémentaire, l'item arrivant largement en tête avec 32% des réponses est «  tre autonome vis-à-vis du conseil et de la prescription de contraception ». Comment comprendre que cette autonomie reste une attente ? Cela sous-entend-t-il que celle-ci n'est pas évidente ? Qu'est ce qui définit et entre en jeu dans l'autonomie d'une profession ?

Une définition simple de l'autonomie peut dans un premier temps être donnée : « caractère de quelque chose qui fonctionne ou évolue indépendamment d'autre chose » [23]. Nous ajouterons à cette définition que pour les sages-femmes, cette autonomie s'applique dans leur domaine défini de compétences. Ainsi cette spécificité nous amène à discuter d'une notion importante lorsqu'on parle d'autonomie de la sage-femme, et des professions de santé en général : l'interdépendance. Cette notion est décrite depuis longtemps par certains sociologues tel que Carricaburu d s 1990, pour qui « l'autonomie peut aussi être entendue dans l'acceptation de l'interdépendance » [24].

Etre autonome n'est alors pas être indépendant, et une véritable collaboration médecin/sage-femme doit alors se mettre en place pour garantir la meilleure prise en charge possible des patientes.

Pour cela, s'il est bien entendu primordial que les sages-femmes connaissent parfaitement la physiologie et les limites au-delà desquelles une situation devient pathologique, afin de réorienter les femmes vers les médecins compétents ; il semble également indispensable que ces derniers soient au courant de l'étendue des compétences de leurs consœurs.

Pourtant seulement 20% des sages-femmes interrogées estiment que les médecins connaissent bien les nouvelles compétences accordées par la loi HPST aux sages-femmes.

De même, du point de vue des sages-femmes libérales, le travail en réseau est parfois très compliqué à mettre en place. Elles soulignent le fait que la réussite de ce partenariat dépend vraiment de chaque individu, certains professionnels étant favorables au développement des compétences des sages-femmes et d'autres moins. Des organisations de réseau plus formel se mettent petit à petit en place dans certaine région de France, mais du chemin reste à faire.

Pour pouvoir rester autonome, la sage-femme doit pouvoir « rester maîtresse des recours » [24] Elle doit pouvoir agir en toute autonomie dans son domaine de compétences et avoir la garantie de l'entière confiance des professionnels avec lesquels elle travaille, pour déterminer elle-même les limites qui la pousse à réorienter les femmes, les couples, et les enfants dont elle est responsable.

Mais cette confiance manque justement à l'heure actuelle, et la question est d'autant plus sensible dans le domaine nouveau de compétence des sages-femmes qu'est la gynécologie. En effet, ce même couple médecin/sage-femme existe depuis longtemps dans le domaine de l'obstétrique. Si dans ce domaine, la question de l'autonomie n'est déjà pas toujours claire, les choses sont difficiles à changer car bien ancrées dans une « routine » de fonctionnement des maternités. Dans la sphère de la gynécologie, les choses sont nouvelles, et les sages-femmes d'aujourd'hui devant l'évolution de leur profession refusent une nouvelle tutelle de leurs collègues médecins. Le fait que cette spécialité soit bien plus largement extérieure à l'hôpital que l'obstétrique, ou en tout cas sans ce passage obligé par la case maternité et donc « regard d'un médecin », explique certainement en partie les réticences de ces derniers à laisser les femmes aux mains seules des sages-femmes. Mais justement, peut-être y-a-t-il là un « créneau » nouveau à saisir pour faire évoluer les choses, et définir l'entière autonomie de la profession de sage-femme.

Puisque, à ce jour, la densité de médecins gynécologues ne permet qu'à environ un quart des femmes d'avoir accès à un suivi gynécologique régulier [4], « la compréhension et le respect des missions de chacun sont les principales armes pour sortir des difficultés actuelles dans l'intérêt de la santé et de la sécurité des femmes (des couples) et des enfants ». [25]

1.2.3 Hospitalier et libéral : des problématiques différentes.

Selon François-Xavier Schweyer, sociologue ayant travaillé sur la profession de sage-femme, l'analyse de l'autonomie professionnelle dépend de multiples facteurs et celle-ci « demande d'examiner chaque type d'activité professionnelle où ces facteurs se conjuguent de façon spécifique » [24]. Et en effet, l'étude des différents obstacles se dressant devant les sages-femmes quant à l'exercice de leurs compétences nouvelles montre des spécificités en fonction des secteurs d'activités.

En milieu hospitalier, c'est la possibilité pour ces dernières à exercer librement leurs nouvelles compétences en gynécologie et contraception sur leur lieu d'exercice qui va poser question. D'après les résultats de notre étude, en secteur hospitalier cette possibilité est faible puisque seulement 30% des sages-femmes travaillant en milieu hospitalier ayant suivi la formation complémentaire du DU de Paris 5, ont pu faire évoluer leur poste, afin d'utiliser ces nouvelles compétences. La principale raison pour laquelle cette possibilité d'exercer n'a pas pu être mise en place est l'absence de poste en rapport, au sein des maternités en question. Mais comment comprendre alors que 70% des financements de ce DU était d'origine professionnelle ? Nous sommes allés plus loin dans l'analyse et avons montré que parmi les sages-femmes ayant obtenu un financement professionnel pour leur formation, seulement 29% ont pu faire évoluer leur poste suite à leurs nouvelles compétences. Ce financement professionnel est accordé par une commission dépendante de chaque hôpital, qui répartit un budget limité parmi tous les professionnels souhaitant se former. Un tel soutien financier est donc prisé et s'inscrit normalement dans une logique de développement des services suivant un but précis et défini en amont. Nous nous sommes donc questionnés devant ces constatations sur l'illogisme de la situation que cette sage-femme interrogée par notre enquête exprime bien : «J'espérais pouvoir mettre en place une consultation gynécologique dans mon hôpital et/ou une consultation postnatale (ce qui avait été négocié avec ma cadre et mon chef de

service). Après mon DU on m'a expliqué que ces projets ne correspondaient pas aux priorités du service. Face à cette inertie des hôpitaux et de notre mode d'exercice je me suis réorientée. ». Cette inadéquation entre formation financée par l'hôpital et projet médical de service, peut être expliquée en partie par le fait que les sages-femmes, personnel_ pourtant au cœur des maternités, n'est encore que peu associé à l'établissement de ces projets médicaux de service. Pour faire évoluer les choses, une question demeure : ce manque vient-il de sages-femmes peu impliquées, ou d'une place qui ne leur est pas laissée ?

Nous sommes alors parties du principe que devant des motivations personnelles à se former répondant à un projet professionnel défini, et devant l'absence de possibilité de mettre à bien ce projet, les sages-femmes devaient être partantes pour contourner ces obstacles en organisant leur activité à mi-temps en libéral par exemple. Cette idée se retrouve confirmée dans les données de notre questionnaire puisque 76% d'entre elles étaient intéressées par un aménagement du temps de travail. Malheureusement, le carcan ne s'arrête pas là, puisque seulement 32% de ces sages-femmes ont en effet pu bénéficier de cet aménagement.

Et là encore, on retrouve une aberration concernant les financements professionnels qui n'ont permis qu'à 35% des sages-femmes, parmi les 71% intéressées par un aménagement de temps de travail, d'en bénéficier. Encore une fois, pourquoi payer une formation à des professionnelles motivées si c'est pour ensuite ne pas leur donner la possibilité de mettre à profit cette formation ?

Ces obstacles incontestables à l'exercice d'une activité en gynécologie et contraception en milieu hospitalier donnent une partie d'explication sur le fait que seulement 50% des sages-femmes de notre étude, sages-femmes intéressées par l'application de ces nouvelles compétences, exercent en secteur hospitalier.

Ces impossibilités pour les sages-femmes hospitalières à exercer librement leurs compétences pourtant reconnues, dénotent encore une fois une limite indiscutable dans la pratique de leur profession en toute autonomie.

En secteur libéral, des problématiques différentes entrent en jeu. En effet hors des maternités, les sages-femmes sortent plus facilement de la tutelle directe des organisations de service et des médecins. Et même si, comme on a pu le voir, le

travail en réseau, élément indispensable dans la prise en charge optimale des femmes, des couples et des enfants n'était pas toujours aisé, les sages-femmes ont dans leur cabinet, la possibilité d'exercer leurs compétences nouvelles en toute autonomie.

Hormis la difficulté à recruter des patientes du fait du manque de visibilité des activités variées pratiquées par les sages-femmes, dont nous discuterons par la suite, le principal obstacle que nous avons envisagé pour ce secteur d'activité est l'obstacle financier. Que ce soit au niveau de la cotation des actes que des frais matériels, nous avons voulu déterminer si les questions financières pouvaient être un frein pour les sages-femmes libérales.

Rappelons qu'à ce jour, le tarif fixé par la sécurité sociale pour une consultation de sage-femme est de 23€ et pour celle d'un spécialiste en secteur 1 de 28€.

Bien que notre échantillon de sages-femmes libérales soit réduit, la tendance semble plutôt montrer que selon elles, les questions financières ne sont pas un obstacle. Elles ont en effet répondu en majorité que la cotation actuelle des actes était compatible avec une application pratique et que les frais matériels n'étaient pas un frein pour elle. Cependant, ce constat n'est pas unanime puisque certaines dénoncent un « manque de revalorisation salariale des gestes et du tarif de la consultation par rapport aux mêmes prestations que ferait un gynécologue (qui prend souvent beaucoup moins de temps) ».

Cette question du temps de consultation accordé a été étudiée précédemment par M.Maury, dans son mémoire de fin d'étude de sage-femme [5]. Elle a montré que la durée moyenne d'une consultation gynécologique faite par un médecin était de 15 mn, avec des écarts allant de 10 mn à plus de 20 mn. Lorsqu'elle a interrogé les femmes quant à leur satisfaction sur le temps qui leur était consacré, elle a démontré que si pour une consultation de 15 mn, 66% des patientes étaient plutôt satisfaites, ce taux monte jusqu'à 96% lorsque plus de 20 mn leur est accordé. La question du temps nous paraît donc primordiale pour permettre l'instauration d'une relation de confiance entre la patiente et son praticien, et ce d'autant plus dans un domaine touchant autant à la sphère privée des femmes qu'est la gynécologie.

1.2.4 A propos de la patientèle...

Afin que les sages-femmes puissent exercer leur nouvelles compétences en prenant en charge la globalité de la vie génésique des femmes et des couples, il est

nécessaire que les patientes soient au courant de ce domaine de leur activité. Nous avons le sentiment que ce pan de l'exercice des sages-femmes est encore aujourd'hui mal connu du grand public et que cela pose des limites à l'exercice des sages-femmes.

Nous avons, par notre étude, tenté de vérifier cette idée. La tendance semble bien se confirmer puisque selon les sages-femmes interrogées, 95% des femmes ne sont pas au courant des nouvelles compétences accordées aux sages-femmes suite à la loi HPST.

Nous contrasterons tout de même nos propos en complétant notre enquête par certaines données trouvées par M. Maury dans son mémoire de fin d'étude [5]. D'après ces résultats, datant de 2011, 87% des femmes interrogées ne connaissaient pas l'élargissement des compétences des sages-femmes suite à la loi HPST, ce qui est plutôt en accord avec les réponses des sages-femmes de notre étude. Cependant, dans son étude, M. Maury montre paradoxalement que plus de la moitié des femmes interrogées (54,6%) sont au courant du droit de prescription de la contraception, par les sages-femmes, pendant toute la vie des femmes. D'après l'auteur, cette discordance de résultat serait expliquée par le fait que les femmes sont plutôt au courant de ce domaine de compétence, mais ne sauraient pas que celui-ci est nouveau depuis 2009.

Nous nous sommes ensuite plus précisément intéressés à la patientèle des sages-femmes libérales. En effet, cela nous a semblé pertinent à plusieurs niveaux : premièrement parce que comme nous l'avons vu précédemment la majorité des sages-femmes exerçant concrètement ces nouvelles compétences le font hors de l'hôpital, deuxièmement parce que les femmes sans soucis de santé se tournent plus fréquemment vers un suivi gynécologique en cabinet de ville plutôt qu'en service hospitalier.

Nos résultats montrent que si la plupart des sages-femmes libérales ayant répondu à notre étude pense que leur patientèle est plus large depuis la loi de 2009, mais que peu de patientes viennent directement vers elles pour leur suivi gynécologique. C'est alors plus au détour d'une prise en charge dans le cadre d'une grossesse que les patientes découvrent la possibilité d'être suivies régulièrement sur le plan gynécologique. Et d'après les sages-femmes interrogées les femmes sont en général plutôt intéressées par ce suivi. Cette tendance semble être moins vraie dans les zones rurales où la proportion de gynécologues est encore plus faible que dans les

grandes villes. Plusieurs sages-femmes interrogées par notre étude le notent : « dans les zones rurales, ce service de proximité proposé: dépistage cancer du col, prescription de moyens de contraception.. est très apprécié des femmes. » ou encore « Je me sens très utile quand je suis plus réactive qu'un gynéco qui propose des RDV à 3, 6 mois, voire 1 an dans certaines zones rurales. »

Le manque de visibilité des sages-femmes et de leurs domaines de compétences variés et complets, est alors un réel frein à une meilleure prise en charge des femmes et des couples dans toute leur vie génésique. Une meilleure information et connaissance de la population générale sur ces praticiens auraient un incontestable impact en matière de prévention et de santé publique en générale.

Notre seconde hypothèse « Il existe des obstacles à la mise en place et à l'application de ces nouvelles compétences par les sages-femmes » est validée. Ces obstacles étant différents en fonction du mode d'exercice des sages-femmes : en hospitalier nous noterons le manque de possibilité d'exercer ces compétences, en libéral il s'agit surtout du manque de visibilité de ces activités gynécologiques auprès de la population.

1.3 Vers une prise en charge globale des femmes : une nouvelle identité professionnelle pour les sages-femmes.

Définir une identité professionnelle des sages-femmes est complexe, principalement par le caractère non « insubstituable » et défini de leurs compétences [24]. En effet, cette profession est une profession particulière, au carrefour de multiples spécialités (obstétrique, pédiatrie, gynécologie, psychologie...) qui toutes individuellement peuvent être exercées par d'autres professionnels plus spécifiques.

Mais c'est cette richesse, apportée par la conjugaison chez un même professionnel de multiples compétences attenantes à de multiples spécialités de la santé, qui peut justement être vue comme l'une des spécificités des sages-femmes. Puisqu'elle est le seul professionnel de santé à être présent à toutes les étapes allant du suivi de grossesse aux suites de couche, en passant par l'accouchement, la sage-femme assure d'ores et déjà une prise en charge globale et continue de la femme et de son enfant dans le domaine de l'obstétrique. Alors pourquoi rompre cette continuité ?

Pourquoi ne pas encore étendre cette spécificité à la prise en charge génésique des femmes et des couples ? La sage-femme serait alors un professionnel référent, et aiguilleur en cas de situation pathologique, en ce qui concerne la santé génésique des couples.

Notre étude à plusieurs niveaux démontre bien la volonté de ces professionnels de la naissance à devenir plus : des professionnels de la vie génésique, notamment dans les réponses aux questions ouvertes, ou la notion de « suivi plus global » se retrouve chez près de la moitié des sages-femmes.

Remarquons également l'augmentation radicale des inscriptions au DU suite à la loi HPST, puisque pas moins des trois quarts des sages-femmes interrogées ont décidé de suivre cette formation après 2009. Cette tendance, témoin d'une demande de la part des sages-femmes à aller plus loin dans la prise en charge de leurs patientes, est confirmée par le Dr Sophie Gaudu, gynécologue-obstétricienne et co-fondatrice de ce DU, qui s'est vue dans l'obligation de limiter les inscriptions selon certains critères.

Une fois leur DU passé, les sages-femmes sont 87% à effectuer un suivi plus global de leurs patientes et 92% à estimer avoir une meilleure réflexion vis à vis du vécu des femmes. C'est deux notions sont indissociables, car ne pas avoir une vision parcellaire de la vie de ses patientes (limitée à la durée de la grossesse par exemple) permet d'apprendre plus sur elles, de faire des liens. Mieux connaître ces patientes implique la mise en place d'un pacte de confiance entre le professionnel et la femme qui va livrer plus de choses. Alors, la prise en charge qu'on pourra lui proposer n'en sera que meilleure, et des sujets plus vastes que les seules préoccupations de la grossesse pourront être abordées. Cette notion est très bien exprimée par certaines sages-femmes de notre étude : « Il est, à mon sens très intéressant que la sage-femme puisse accompagner une femme qui va bien, tout au long de sa vie gynécologique, la grossesse ne représentant qu'une petite partie de celle-ci et s'insérant dans un contexte, une histoire... ».

Dans la même idée, les sages-femmes libérales interrogées estiment que la proportion des femmes qu'elles suivent au long cours a augmenté ces dernières années. Outre les aspects positifs exposés dans le paragraphe précédent, un suivi

global, au long de la vie des femmes suppose une toute autre dimension d'un point de vue des responsabilités. En effet, il arrive souvent, lorsque l'on suit une femme pendant sa grossesse, que certaines questions soient mises au second plan et « reportées » à après l'accouchement. Jusqu'alors, ces questions étaient ensuite prises en charge par le médecin traitant ou le gynécologue des patientes. Aujourd'hui, la sage-femme assurant un suivi global, se verra seule responsable de sa patiente tant que celle-ci ne sort pas de la physiologie, et ainsi elle devra elle-même gérer toutes les questions de dépistage et de prévention. Cette organisation demande une prise de responsabilité différente pour la sage-femme du fait d'une plus grande autonomie.

Mais cela est aussi selon nous, un apport considérable en terme de qualité de prise en charge puisqu'en limitant le nombre d'intervenants, on limite également les risques d'oublis, ou de délais allongés dans les suivis des femmes. Combien de patientes viennent par exemple pour leur seconde grossesse sans avoir pris le temps de se faire vacciner contre la rubéole comme préconisé à leur première sortie de la maternité ?

De plus, puisque, comme nous l'avons vu, dans la majorité des maternités, aucune place n'est laissée à l'application des compétences en gynécologie des sages-femmes, l'évolution de la profession et de la prise en charge des femmes passe également par des changements au niveau des postes exercés. Ainsi, 28% des sages-femmes interrogées ont changé de poste ou de type d'activité suite à l'acquisition de leurs compétences complémentaires. Nous avons étudié l'impact de la formation par le DU sur l'évolution des postes exercés par les sages-femmes de notre enquête. Pour quasiment tous les postes la tendance va vers une augmentation du nombre de sages-femmes l'exerçant. L'une des plus impressionnantes évolutions concerne l'item « suivi gynécologique et de contraception », puisque l'on passe de 0% à 48% ($p < 0,001$) de sages-femmes pratiquant cette activité. L'augmentation de l'exercice dans ce domaine de la gynécologie et contraception n'est pas étonnante en elle-même puisqu'il s'agit bien du sujet même de la formation suivi par les sages-femmes de notre enquête, néanmoins elle témoigne d'une « spécialisation » de ces sages-femmes en santé génésique. Mais il est important de voir que cette spécialisation ne se fait pas au détriment des autres domaines de compétences, puisqu'on passe de 1,6 postes en moyenne par sage-femme avant le DU, à 3,4 postes en moyenne par sage-femme

après celui-ci. Chaque sage-femme exerce donc plus de postes différents, elle a ainsi une activité plus variée ce qui entre dans une logique de prise en charge plus globale des patientes, assurant une continuité de leur suivi tout au long des différentes étapes de leur vie génitale.

Un autre aspect de la spécificité professionnelle des sages-femmes peut être trouvé dans leurs qualités « relationnelles ». Cette observation avait déjà été faite dès 1996 par François-Xavier Schweyer, sociologue [24] et a également été remise en avant par M. Maury dans son mémoire de fin d'étude [5]. Elle montre en effet que 60% des femmes qu'elle a interrogées préféreraient consulter une sage-femme plutôt qu'un médecin pour la prescription et le suivi de leur contraception. Les patientes avancent alors comme qualités propres à la sage-femme, une meilleure écoute, plus de disponibilité, un suivi moins invasif, plus global, plus personnalisé. Tout au long de ces études, la sage-femme, contrairement au médecin, est élevée à l'empathie. Projeté brutalement dans le monde de la maternité, l'étudiant sage-femme apprend de ces longues heures passées au lit des patients, à tenir la main d'une femme pour l'aider à gérer au mieux ses contractions et à aider cet homme à trouver sa place de père... En ressortira au bout de quatre années de stages intensifs, un professionnel ayant cette « capacité à s'identifier à autrui pour ressentir ce qu'il ressent mais sans y perdre sa propre identité, capacité à reconnaître les sentiments de sa patiente tout en percevant ce qu'elle lui renvoie de lui-même, toujours sans fusionner, sans perdre de vue les limites, notamment les siennes » [26]. Et en gynécologie plus qu'ailleurs, dans ce domaine de la médecine touchant à l'intime, au sexe, à l'amour, à la vie, à la mort, cette empathie, cet « art de l'échange et de la communication » [26], sont primordiaux pour écouter ce qui ne se dit pas, et aller plus loin dans une prise en charge globale de la personne soignée au-delà de son simple état physique.

Notre troisième hypothèse, « les nouvelles compétences des sages-femmes en matière de suivi gynécologique de prévention et de contraception vont dans le sens d'une évolution de leur profession » est validée sur une base déclarative. Il serait intéressant d'évaluer dans quelques années cette évolution vers une prise en charge plus globale des femmes de manière plus objective, par exemple en évaluant la proportion de patientes suivies au long cours par une sage-femme, et les impacts de ce suivi sur la prévention et la santé de ces femmes.

2. Nos propositions

L'application des nouvelles compétences des sages-femmes en gynécologie et contraception n'est pas encore évidente. Les problématiques diffèrent en fonction des secteurs d'activité, et les propositions d'évolution que nous pouvons formuler seront donc également distinctes.

En secteur libéral, une **plus grande visibilité auprès de la population générale** doit être permise afin que la sage-femme se définisse comme la principale interlocutrice des femmes qui ne présentent pas de pathologies, la sage-femme comme premier recours. Cette idée se met doucement en place actuellement suite au mouvement social des sages-femmes françaises de ces années 2013-2014. L'une des revendications était en effet le manque de visibilité et d'information de la population à propos des activités variées des sages-femmes. Le 4 mars dernier, la ministre des affaires sociales et de la santé, Marisol Touraine, a répondu en promettant des « compétences médicales valorisées : les compétences des sages-femmes ne se limitent pas aux soins liés aux grossesses et aux accouchements. Elles peuvent en effet réaliser des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention (et orienter les femmes vers un médecin en cas de situation pathologique). Or très peu de femmes le savent. Marisol Touraine s'engage à ce que l'ensemble des activités qui relèvent des compétences des sages-femmes fasse l'objet d'une large communication auprès des autres professionnels de santé et du grand public. » [27] Ce point sera donc à réévaluer dans quelques années.

En secteur institutionnel, les finalités d'une mise en place d'un suivi gynécologique de prévention par des sages-femmes est totalement différent. En effet, il est rare à l'heure actuelle qu'une femme sans pathologie soit suivie sur le plan gynécologique à l'hôpital. La mission de premier recours sera donc différente et plus orientée vers une mission de précarité, dans le but de permettre l'accès à la prévention, au dépistage et à la contraception aux populations n'ayant pas les moyens physiques ou financiers de consulter des praticiens de ville. Pour ce faire, il est nécessaire que **les sages-femmes hospitalières fortes d'une plus grande autonomie puissent accéder plus que maintenant aux réflexions concernant les projets médicaux d'établissement**, et qu'ainsi leurs compétences nouvelles soient mises au service des femmes en ayant besoin. En PMI, la mission précarité est d'ores et déjà une

préoccupation première, mais **la mise en place de véritable réseau de santé dans le secteur de la gynécologie** faciliterait grandement les relations entre les missions de dépistage des sages-femmes et la réorientation vers un médecin compétent si besoin.

Enfin, une **évaluation concrète des pratiques dans quelques années** serait intéressante pour légitimer de façon rationnelle l'impact d'une prise en charge en gynécologie par les sages-femmes. Ainsi évaluer l'effet de ces évolutions sur l'accessibilité aux consultations gynécologiques par la population française, et les résultats en termes de santé publique de la prévention et du dépistage mis en place à une plus grande échelle.

Conclusion

Notre étude nous a permis de faire un point sur l'application pratique des nouvelles compétences en gynécologie et contraception acquises par les sages-femmes suite à la loi HPST de 2009, ainsi que sur les conséquences de cet élargissement du champ d'action de ces professionnelles de santé en termes d'évolution de la prise en charge des femmes.

Les compétences des sages-femmes s'étendent, elles exercent de plus en plus d'activités variées, ce qui entraîne une réorganisation de leur façon de travailler. Ainsi, les modes et les lieux d'exercices évoluent, et les compétences propres à chaque sage-femme sont aujourd'hui différentes, comme des spécialisations par les orientations professionnelles choisies et les formations complémentaires suivies. Ce « nouveau profil » des sages-femmes apporte une véritable réponse au manque actuel d'accessibilité pour les femmes à des professionnels de santé dans le domaine de la santé génésique, répondant ainsi à un enjeu indiscutable de santé publique en termes de prévention et de dépistage. Ces compétences élargies permettent également une qualité de prise en charge non négligeable, en favorisant une continuité dans la relation de confiance qui a pu être établie entre la femme et sa sage-femme en cours de grossesse par exemple.

Mais de nombreux obstacles se dressent devant ces sages-femmes motivées : des incohérences dans les services hospitaliers où les formations complémentaires sont financées mais où aucun poste ou projet de service n'intègrent les nouvelles compétences des sages-femmes ; un manque de visibilité auprès des femmes encore peu nombreuses à connaître réellement l'étendue des activités proposées par les sages-femmes ; un travail en réseau avec les autres professionnels de santé, indispensable, à renforcer...

Les sages-femmes, bien conscientes de toutes ces problématiques, veulent affirmer leur place auprès des femmes en complémentarité avec les gynécologues pour une prise en charge la plus accessible et de la meilleure qualité possible. A ce titre, elles se battent actuellement pour une meilleure reconnaissance de leur profession, de leur autonomie et une plus grande visibilité de leurs multiples compétences.

Bibliographie

1. Organisation Mondiale de la Santé, Département Santé et recherche génésiques. *Cinquante-septième assemblée mondiale de la santé - Santé génésique Rapport du Secrétariat*. Genève (Suisse), 15 avril 2004
2. HAS. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. *Recommandations pour la pratique clinique*. Décembre 2004.
3. BVA. Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique. *Enquête à la demande de la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale*. 2008.
4. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS). Compte-rendu de l'Audition des gynécologues médicaux du 2 février 2011. 2011.
5. MAURY, Myrtille. *Nouvelles compétences en gynécologie et contraception : quels intérêts portés par les patientes, quels enjeux pour les sages-femmes ?*. Mémoire pour obtenir le Diplôme d'Etat de Sage-Femme, Université Paris Descartes, 8 avril 2011, 89 p.
6. INPES. Contraception : Les françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? *Dossier de presse*. Octobre 2011.
7. BAJOS N. BOHET A. LE GUEN M. MOREAU C. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? *Population et Sociétés*, 2012, n°492.
8. INED. Statistiques de l'Avortement en France. Annuaire 2010 [consulté le 15 décembre 2013], disponible sur : http://www.ined.fr/statistiques_ivg/2010/T1_2010.html
9. LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. 2004-806 août, 2004.
10. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juillet, 2009.

11. Article L4151-1. Code de la santé publique. Quatrième partie : Professions de santé, Livre Ier : Professions médicales, Titre V : Profession de sage-femme, Chapitre Ier : Conditions d'exercice.
12. Article R4127-324. Code de la santé publique. Quatrième partie : Professions de santé, Livre Ier : Professions médicales, Titre II : Organisation des professions médicales, Chapitre VII : Déontologie, Section 3 : Code de déontologie des sages-femmes, Sous-section 1 : Devoirs généraux des sages-femmes.
13. Article L5134-1. Code de la santé publique. Cinquième partie : Produits de santé, Livre Ier : Produits pharmaceutiques, Titre III : Autres produits et substances pharmaceutiques réglementés, Chapitre IV : Contraceptifs.
14. Arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires.
15. Article L4151-4. Code de la santé publique. Quatrième partie : Professions de santé, Livre Ier : Professions médicales, Titre V : Profession de sage-femme, Chapitre Ier : Conditions d'exercice.
16. GRILLO F. CADOT E. PARIZOT I. CHAUVIN P. Absence de suivi gynécologique régulier en région parisienne : un cumul d'inégalités individuelles et territoriales ?. *Congrès national des observatoires régionaux de la santé, Marseille, 2008.*
17. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Le rapport 2004 : Analyse de trois professions : sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie médicale. Le rapport 2004, tome 3.
18. DREES. La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs. *Etudes et Résultats*. 2012, n°791.
19. Article L631-1. Code de l'éducation. Troisième partie : Les enseignements supérieurs, Livre VI : L'organisation des enseignements supérieurs, Titre III : Les formations de santé, Chapitre Ier : Dispositions communes.
20. Arrêté du 11 décembre 2001 relatif au contrôle des connaissances et des aptitudes des étudiants sages-femmes et à l'organisation des examens.

21. Ordre des sages-femmes - L'évolution de la formation [Consulté le 15 décembre 2013]
disponible sur : http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document/2/exercice_de_la_profession/histoire_de_la_profession/levolution_de_la_formation_/index.htm

22. KOEBEL, Michel. « Réflexions sur quelques enjeux liés à la notion de compétence », *Utinam*, 6, 2006, p. 53-74.

23. Larousse dictionnaire. [Consulté le 24 février 2014]. Disponible sur :
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/autonomie/6779?q=autonomie#6751>

24. SCHWEYER, François-Xavier. La profession de sage-femme : autonomie au travail et corporatisme protectionniste. *Sciences Sociales et Santé*, 1996, volume 14, n°3, p.67-99.

25. ETCHEMENDIGARAY C. La sage-femme en périnatalité : perspectives nouvelles. 36^{ème} *Journées nationales de la Société Française de Médecine Périnatale, Biarritz, 2006.*

26. LACHOWSKY M., Gynécologie psychosomatique, gynécologie et psychosomatique ?.
Gynécologie Obstétrique et Fertilité, 2003, 31, p.1043-1046.

27. Portail du gouvernement. Cinq avancées sans précédent pour la profession de sage-femme. [Consulté le 7 mars 2014], disponible sur :
<http://www.gouvernement.fr/gouvernement/cinq-avancees-sans-precedent-pour-la-profession-de-sage-femme>.

28. HIBRAND, Nathalie. *Image de la sage-femme chez la nullipare*. Mémoire pour obtenir le Diplôme d'Etat de Sage-Femme, Université Paris Descartes, 16 avril 2010, 73 p.

29. Ordre des sages-femmes. [Consulté le 7 décembre 2013], disponible sur :
http://www.ordre-sagesfemmes.fr/NET/fr/document/2/exercice_de_la_profession/histoire_de_la_profession/levolution_de_la_formation_/index.htm

30. LE CHANOINE DU MANOIR DE JUAYE, Thomas. *Nouvelles compétences des sages-femmes en matière de contraception : impact d'une formation spécifique à l'UJF de Grenoble*. Mémoire

pour obtenir le Diplôme d'Etat de Sage-Femme, Université Joseph Fourier UFR de médecine de Grenoble, 30 mai 2012, 36 p.

31. KIENTZ, Eléonore et PLISSON, Céline. *Sage-femme et contraception Evolution d'une profession*. Diplôme Interuniversitaire Régulation des Naissances, Université Paris Sud 11 et Université Paris Descartes, 2009, 61 p.
32. ABENSUR L, CHEVALIER D. La socialisation professionnelle des étudiants sages-femmes, entre ruptures physiologiques et nécessité d'une pédagogie participative pour une formation sans cesse en mouvement. *La Revue Sage-femme*, 2008, volume 7, p.333-341.
33. SEGUIN, C. Partage des responsabilités entre obstétricien et sage-femme. *La Revue Sage-femme*, 2008, volume 7, p.268-271.
34. CARAYOL, Marion. La sage-femme : acteur incontournable de la périnatalité en France. *Santé, Société et Solidarité*, 2004, N°1, p.97-103.
35. CARRICABURU, Danièle. De la gestion technique du risque à celle du travail : l'accouchement en hôpital public. *Sociologie du travail*, 2007, 47, p.245-262.
36. CICERO V. sage-femme, une profession médicale : réalité ou fiction ?. *La Revue Sage-femme*, 2008, Volume 7, p.1-2.
37. GRILLO F. CADOT E. PARIZOT I. CHAUVIN P. Absence de suivi gynécologique régulier en région parisienne : un cumul d'inégalités individuelles et territoriales ?. *Congrès national des observatoires régionaux de la santé, Marseille, 2008*.
38. GAUCHERAND P. AUDRA P. Le suivi anténatal par la sage-femme doit-il être limité aux bas risques ?. *36^{ème} journées nationales de la Société Française de Médecine Périnatale, Biarritz, 2006*.
39. SEGUIN C. FERRANT D. SCHAAL JP. Statuts et niveaux de responsabilité de la profession de sage-femme. *36^{ème} journées nationales de la Société Française de Médecine Périnatale, Biarritz, 2006*.

Annexes

Annexe I : Questionnaire de l'étude

28/11/13

Questionnaire de mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme. - Google Drive

Questionnaire de mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme.

EVOLUTION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME ET SANTE DES FEMMES : LES NOUVELLES COMPETENCES EN MATIERE DE SUIVI GYNECOLOGIQUE ET CONTRACEPTION (LE DIU « REGULATION DES NAISSANCES ») COMME TEMOIN DE L'EVOLUTION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME.

Bonjour, Je suis Emmanuelle Poiré, étudiante sage-femme en dernière année à l'école de sage-femme de Baudelocque à Paris.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je m'intéresse aux nouvelles compétences en matière de suivi gynécologique et de contraception acquises par les sages-femmes ces dernières années, et notamment par la loi HPST de 2009.

Ma problématique est de connaître le réel impact que ces nouvelles compétences peuvent avoir sur l'évolution de la profession, d'établir un « profil » de sages-femmes s'intéressant et se formant à ces compétences, et enfin d'évaluer quelles applications sont possibles dans la pratique, quelles organisations ont été mises en place, et quels sont les obstacles rencontrés.

Pour y répondre, j'ai décidé d'interroger par ce questionnaire toutes les sages-femmes ayant suivi le DIU « régulation des naissances » de Paris 5, depuis son ouverture en 2005 jusqu'à cette année, et c'est pourquoi je vous sollicite aujourd'hui.

Ce questionnaire compte 23 questions dont 3 spécifiques pour les sages-femmes exerçant en libéral et 2 spécifiques pour les sages-femmes ayant une activité salariée. Y répondre vous demandera en moyenne 15 min, il comporte des cases à remplir par texte libre, ainsi que des questions à choix multiples pour lesquelles il vous suffit de cliquer sur la (ou les) case(s) correspondante(s) à votre choix.

Je vous remercie par avance de prendre ce temps afin que je puisse mener à bien mon étude et mon mémoire de diplôme d'état.

I. Vous concernant

1. 1) Quel est votre âge ?

.....

2. 2) Vous êtes :

Plusieurs réponses possibles.

Un homme

Une femme

3. 3) En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'état de sage-femme ?

.....

4. **4) Combien de postes différents avez-vous exercés depuis l'obtention de votre DE ? (Y compris des postes différents au sein d'une même structure)**

5. **Précisez la nature de ces différents postes :**

6. **5) Quel est votre mode d'exercice actuel ?**

Plusieurs réponses possibles.

- Libéral
 Hospitalier
 PMI
 Mixte

7. **6) Quels sont vos secteurs d'activités actuels ?**

Plusieurs réponses possibles.

- Suivi de grossesse
 PNP
 Salle de naissance
 Suite de couche
 Rééducation périnéale
 Suivi de grossesse pathologique
 Orthogénie
 Suivi gynécologique/de contraception
 Autre :

II. A propos du diplôme universitaire « régulation des naissances »

8. **7) En quelle année avez-vous suivi cette formation ?**

9. 8) Où et à quel poste exercez-vous à cette époque ?

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

10. 9) D'où venait le financement pour suivre ce DU ?

Plusieurs réponses possibles.

- Professionnel
 Personnel
 Mixte

11. 10) Quelles étaient vos raisons et vos motivations à suivre cette formation complémentaire ? (Plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Vous former d'un point de vu pratique (pose DIU, implant...)
 Curiosité intellectuelle
 Élargir votre panel de compétences professionnelles
 Vous former en orthogénie
 Valider vos acquis dans le domaine de la prévention gynécologique et de la contraception
 Autre :

12. 11) Quelles étaient vos attentes quant à votre avenir professionnel ? (Plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Faire reconnaître des compétences que vous utilisiez déjà
 Changer de poste ou de mode d'exercice
 Etre autonome vis-à-vis du conseil et de la prescription de contraception
 Elargir votre panel de patientes
 Pouvoir assurer une continuité dans le suivi de vos patientes
 Assurer un suivi plus global des femmes
 Autre :

III. Concernant l'application de ces nouvelles compétences

13. **12) Pensez vous que l'étendue des nouvelles compétences des sages-femmes acquises suite à la loi HPST soit bien connue par :**

- les sages-femmes ?

Plusieurs réponses possibles.

Oui

Non

14. - les médecins ?

Plusieurs réponses possibles.

Oui

Non

15. - les patientes ?

Plusieurs réponses possibles.

Oui

Non

16. **13) Cette loi a-t-elle apporté des changements dans votre pratique professionnelle ? Si oui lesquels ?**

Plusieurs réponses possibles.

Non, parce que je n'utilise pas ces compétences dans ma pratique professionnelle actuelle

Non, parce que j'appliquais déjà ces compétences avant la loi de 2009

Changement de poste

Changement de type d'activité

Evolution des demandes des patientes

Meilleure reconnaissance par les médecins dans les services hospitaliers

Autre :

17. **14) Avez-vous eu la sensation que ce DIU ait eu un impact sur votre pratique professionnelle ?**

Plusieurs réponses possibles.

Oui

Non

18. **15) Comment utilisez-vous concrètement ces compétences dans votre pratique actuelle ?**

Plusieurs réponses possibles.

Consultations de prévention gynécologique

Consultations de contraception complète

Consultations d'IVG

Pose de DIU

Pose d'implant

19. **16) Que vous appliquez concrètement ou pas ces nouvelles compétences, pensez-vous que votre réflexion vis-à-vis du vécu des femmes est meilleure aujourd'hui ?**

Plusieurs réponses possibles.

- Oui
 Non

20. **17) Pensez-vous avoir aujourd'hui un suivi plus global de vos patientes ?**

Plusieurs réponses possibles.

- Oui
 Non

Si vous exercez en libéral répondez aux questions 18 à 20, puis 23.

21. **18) Concernant votre patiente :**

- A-t-elle changé depuis la loi de 2009 ?

Plusieurs réponses possibles.

- Oui
 Non

22. - Est-elle plus large ?

Plusieurs réponses possibles.

- Oui
 Non

23. - Avez-vous du mal à faire connaître votre activité de suivi gynécologique auprès des femmes ?

Plusieurs réponses possibles.

- Oui
 Non

24. - La plupart de vos patientes viennent vers vous pour leur suivi gynécologique :

Plusieurs réponses possibles.

- Oui
 Non

25. - La plupart des femmes que vous suivez sur le plan gynécologique/contraception, font-elles appel à vous pour leur suivi de grossesse, ou leur demande d'IVG ?

Plusieurs réponses possibles.

- Oui
 Non

26. - La proportion des femmes que vous suivez au long cours, régulièrement a-t-elle augmenté suite à ces nouvelles compétences ?

Plusieurs réponses possibles.

- Oui
 Non

27. **19) D'un point de vu financier :**

- La cotation actuelle des actes est-elle compatible avec une mise en application pratique ?

Plusieurs réponses possibles.

- Oui
 Non

28. - Les frais matériels sont-ils un obstacle à votre exercice et à l'application des nouvelles compétences ?

Plusieurs réponses possibles.

- Oui
 Non

29. **20) Le travail en réseau avec les autres intervenants auprès des femmes (pharmacien, médecin) fonctionne-t-il ?**

- Des autres vers vous ?

Plusieurs réponses possibles.

- Oui
 Non

30. Si non, expliquez :

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

31. - De vous vers les autres ?

Plusieurs réponses possibles.

- Oui
 Non

32. Si non, expliquez :

Si vous êtes salarié, répondez aux questions 21 et 22, puis 23.

33. 21) Vous a-t-on permis de faire évoluer votre poste face aux nouvelles compétences ?

Plusieurs réponses possibles.

- Oui
 Non

34. Si non, pourquoi, quels sont les obstacles que vous rencontrez ?

Plusieurs réponses possibles.

- Aucun poste en rapports (gynécologie, orthogénie...) n'est ouvert dans votre hôpital
 Les postes ouverts, étant des postes de jours, sont donnés plus facilement à certaines sages-femmes (enceintes, ayant des enfants...)
 Vous avez du mal à faire valoir vos compétences face aux médecins dans les services
 Autre :

35. 22) Vous a-t-on permis d'aménager votre temps de travail afin de diversifier votre mode d'exercice (mi-temps...)?

Plusieurs réponses possibles.

- Oui
 Non
 Cela ne vous intéresse pas

36. 23) Pour finir, comment vous positionnez-vous face à ces compétences ?

Annexe II : Programme du DU « régulation des naissances » de Paris 5



DIPLÔME INTER UNIVERSITAIRE REGULATION DES NAISSANCES

PROGRAMME provisoire 2013/2014*

Jeudi 10 octobre 2013		
Horaire	Sciences humaines	Intervenants
9h-10h	Accueil/attentes	S. GAUDU M.TEBOUL
10-13h00	Sociologie/épidémiologie	N.BAJOS
14h30-16h30	Maternité, genre et carrières	R.SILVERA
16h30-18h	RN et Afrique	A.EPELBOIN

Vendredi 11 octobre 2013		
Horaire	Sciences humaines	Intervenants
9h-11h	Droit et RN	D.THOUVENIN
11h-13h	Catholicisme et régulation des naissances	C. FINO
14h30-16h30	RN et protestantisme	M.PERNOT
16h30-18h	Si l'on parlait du corps	F.JABLON

Jeudi 7 novembre 2013		
Horaire	Sciences humaines	Intervenants
9h-11h	RN dans le judaïsme	G.FARHI
11h-13h	Contraception des adolescentes	M. DAYAN-LINTSER
14h30-16h30	Histoire de la contraception	J.LANSAC
16h30-18h	Eléments de sexologie	H.JACQUEMIN

Vendredi 8 novembre 2013		
Horaire	Sciences humaines	Intervenants
9h-12h	La régulation des naissances: diversité culturelle et mode de conception	H. RAHAL
14h-16h	Principes d'une contraception	L.DURANTEAU
16h-18h	RN et instances internationales	A.ANDRO

Jeudi 5 décembre 2013		
Horaire		Intervenants
9h-10h	Physiologie du cycle menstruel	Etudiants
10h-12h	RN dans l'image	M.EDELSTEIN
14h-16h30	Contraception hormonale	A.BACHELOT
16h30-18h	Maladies métaboliques	J. LEPERCQ

Vendredi 6 décembre 2013		
Horaire	Contraception	Intervenants
9h-11h	L'Autre en CS contraception/IVG	
11h-12h30	Contraception d'urgence	P. FAUCHER
14h30-16h	Missions des centres de planifications	M.AMELLOU
16h-18h	Dispositif intra-utérin	L.ARCHIER

Jeudi 16 janvier 2014		
Horaire	Contraception	Intervenants
9h-12h30	Counseling	L. LEVASSEUR
14h-16h	Contraception hormonale et risque de cancer	G. PLU-BUREAU
16h-18h	Démédicalisation de la prescription	F.TOURMEN

Vendredi 17 janvier 2014		
Horaire	Contraception	Intervenants
9h-11h	Contraception après Kc	F.PERRET
11h-13h	Contraception des adolescentes	M. DAYAN-LINTSER
14h30-16h	Stérilisation féminine	G.LEGENDRE
16h-18h	Contraception des adolescents garçons	P. JACQUIN

*Certains thèmes peuvent être intervertis avec d'autres selon la disponibilité des intervenants

Jeudi 13 février 2014		
Horaire	Contraception	Intervenants
9h-11h	Contraception des femmes à risque vasculaire et métabolique	A. GOMPEL
11h-13h	Grossesse à l'adolescence	S.GAUDU
14h30-16h	Contraception des femmes séropositives	S.FRIDMANN
16h-18h	Préservatif	B.FELIX

Vendredi 14 février 2014		
Horaire	Contraception	Intervenants
9h-10h30	Contraception en situation d'addiction	E. AVRIL
10h30- 12h30	Contraception locale féminine et contraception naturelle	F.MULET
14h00-16h00	Contraception du post partum	N.FOURQUIN
16h-17h30	Contraception en situation de précarité	P.HERSCHKORN

Jeudi 20 mars 2014		
Horaire	Contraception	Intervenants
9h-11h	Organisation des CIVG	S.GAUDU
11h-13h	Contraception et IST	M.AMELLOU
14h30-16h	Pose de DIU et d'implant (atelier pratique)	
16h15-17h30	Cas cliniques contraception (travail en groupe)	

Vendredi 21 mars 2014		
Horaire	Contraception	Intervenants
9h-11h	Contraception après AMP	S.EPELBOIN
11h- 13h	Vasectomie	N.BRICHART
14h15- 18h	Violences conjugales	MF CASALIS P. ROSSIGEUX

Jeudi 10 avril 2014		
Horaire	Avortement	Intervenants
9h-10h	Anatomie appareil génital F	Etudiants
10h30-12h30	Technique IVG chirurgicale	P. DAVID
14h30-16h	IVG sous AL	M. TEBOUL
16h-18h	L'entretien pré IVG : le point de vue de la conseillère	N.PELTIER C.MARSCH

Vendredi 11 avril 2014		
Horaire	Avortement	Intervenants
9h-17h	Avortement médicamenteux REVHO	

Jeudi 15 mai 2014		
Horaire	Avortement	Intervenants
9h-10h30	Prise en charge de la douleur	
10h30-13h	IVG la place de l'homme	N.DIVERT
14h30-16h	Cas cliniques IVG	
16-18H		

Vendredi 16 mai 2014		
Horaire	Avortement	Intervenants
9h-11h	Complications des IVG	P. FAUCHER
11h-13h	L'entretien pré IVG : le point de vue du psychologue	A.MORTUREUX
14h30-16h30	La question du statut foetal	R.BESSIS
16H30-18h	Dépistages des violences en consultation	S.EYRAUD

Jeudi 12 juin 2014		
Horaire	Prévention	Intervenants
9h-10h30	RN et politique	J.MOSSUZ-LAVAU
10h30-12h30	Subjectivité du prescripteur	H.BRETIN
14h-17h	« Laissez les avorter tranquille » Film + Débat	F.BERNARD

Vendredi 13 juin 2014		
Horaire	Prévention	Intervenants
9h30 -12h	Interventions en milieu scolaire	S. EYRAUD N.PELTIER
14h-17h	Retour sur l'année écoulée Débat libre / Evaluation	S.GAUDU M.DAYAN

Soutenance 1^{ère} session : juin

Rattrapage 2^{ème} session : septembre

Résumé

En 2009, la loi hôpital, patients, santé et territoires, dite HPST accorde aux sages-femmes de nouvelles compétences leur permettant d'assurer le suivi gynécologique de prévention de toutes femmes et répondant ainsi à un véritable besoin en santé publique, notamment dans le domaine de la santé génésique de la population.

Nous avons réalisé une étude par questionnaires auprès de sages-femmes ayant suivi un diplôme universitaire complémentaire dans ce domaine, afin de comprendre leurs motivations à exercer ces nouvelles compétences, les obstacles qu'elles peuvent rencontrer et l'impact de cette évolution de la profession sur la prise en charge des femmes.

Nous avons montré que les motivations des sages-femmes étaient variées mais qu'elles répondaient toutes à un projet professionnel réfléchi et qu'il existait de nombreux obstacles, ceux-ci variant en fonction du mode d'activité.

Nous avons ainsi souligné l'importance d'une meilleure reconnaissance et de l'affirmation de l'autonomie de cette profession, afin d'aller vers un suivi plus global des patientes et de placer la sage-femme comme premier recours dans la santé génésique des couples.

Mots-clés : gynécologie, contraception, compétence professionnelle, profession de sage-femme, santé reproductive, autonomie personnelle.

Abstract

In 2009, the HPST law (Hospital, Patient, Health and Territories) granted new competencies to midwives, allowing them to provide gynecological follow-up to all women. This addressed a real need of public health, especially in the field of population's reproductive health.

We submitted a study to midwives with a college diploma in this field in order to understand their motivations to practice these new competencies, the obstacle they have to cope with, and the impact of this evolution of the profession in the follow-up care of women.

We showed that midwives' motivations were multiple but all turned into a considered professional project. Various obstacles existed, varying according to their way of working.

We thus underlined the importance of a better recognition and the affirmation of this profession's autonomy in order to evolve towards a more global follow-up of patients and to place midwives as first aid in couple's reproductive health.

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