



HAL
open science

**Pratique de consultations de gynécologie et de
contraception chez les sages-femmes libérales de Savoie
et Haute-Savoie : enquête déclarative réalisée sur l'année
2014**

Émeline Garancini

► **To cite this version:**

Émeline Garancini. Pratique de consultations de gynécologie et de contraception chez les sages-femmes libérales de Savoie et Haute-Savoie : enquête déclarative réalisée sur l'année 2014. Gynécologie et obstétrique. 2015. dumas-01203678

HAL Id: dumas-01203678

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01203678>

Submitted on 23 Sep 2015

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.



SICD1
Bibliothèques
de l'UJF et de Grenoble INP

**Université
Joseph Fourier** 
GRENOBLE
MEDECINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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 une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
U.F.R. DE MEDECINE DE GRENOBLE

DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**PRATIQUE DE CONSULTATIONS DE GYNECOLOGIE
ET DE CONTRACEPTION CHEZ LES SAGES-FEMMES
LIBERALES DE SAVOIE ET HAUTE-SAVOIE**

Enquête déclarative réalisée sur l'année 2014

Mémoire soutenu le 08 septembre 2015

Par Emeline GARANCINI

Née le 27 juillet 1991

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-Femme

2015

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
U.F.R. DE MEDECINE DE GRENOBLE

DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**PRATIQUE DE CONSULTATIONS DE GYNECOLOGIE
ET DE CONTRACETPION CHEZ LES SAGES-FEMMES
LIBERALES DE SAVOIE ET HAUTE-SAVOIE**

Enquête déclarative réalisée sur l'année 2014

Mémoire soutenu le 08 septembre 2015

Par Emeline GARANCINI

Née le 27 juillet 1991

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-Femme

2015

Je remercie les membres du jury :

Mme Chantal SEGUIN, Directrice du département de maïeutique de l'UFR de médecine de Grenoble, Présidente du jury ;

Mme le Pr Pascale HOFFMANN, Professeur des Universités – Praticien Hospitalier à l'Hôpital Couple Enfant du CHU de Grenoble, Co-présidente du jury ;

Mr Laurent GAUCHER, Sage-femme HFME et Pôle IMER, Hospices civils de Lyon, Sage-femme invité ;

Mme Lætitia HENRIONNET, Sage-Femme au Centre Hospitalier d'Aix-Les-Bains, directrice de ce mémoire ;

Mr Lionel DI MARCO, Sage-Femme Enseignant dans le département maïeutique de l'UFR de médecine de Grenoble, guidant de ce mémoire.

Je remercie plus particulièrement,

Mr Lionel DI MARCO, Sage-Femme Enseignant dans le département de maïeutique de l'UFR de médecine de Grenoble, guidant de ce mémoire,
Pour sa disponibilité, son temps et ses conseils précieux ;

Mme Laetitia HENRIONNET, Sage-Femme au Centre Hospitalier d'Aix-Les-Bains, directrice de ce mémoire,
Pour son soutien dans la réalisation de ce mémoire et pour sa transmission de compétences au cours de mes stages ;

Mme Céline TUTTINO, Sage-femme libérale, vice-présidente du conseil départemental de l'ordre des sages-femmes de Haute-Savoie,
Pour avoir élargit mon horizon professionnel ;

L'ensemble des sages-femmes libérales de Savoie et Haute-Savoie,
Pour leur participation à ce mémoire ;

Les Conseils Départementaux de l'Ordre des Sages-femmes de Savoie et Haute-Savoie,
Pour leur aide à la distribution du questionnaire de ce mémoire.

Je remercie également,

Thomas SAVARY,

Pour ton amitié avant tout, ta disponibilité et ta relecture avisée ;

Marie-Aline DELOZANNE,

Pour tes nombreuses relectures et surtout ton soutien affectif tout au long de ces années ;

Marie-Clémence FROMENT-CHOVELON,

Pour ton réconfort sans faille ;

Camille DELOZANNE,

Pour nos projets professionnels qui m'auront motivée, et ta présence qui chaque jour me fait évoluer.

Table des matières

Abréviations	1
I- Introduction	2
II- Matériel et Méthode	4
1. Type et site de l'étude.....	4
2. Population.....	4
3. Recueil de données.....	4
4. Critères de jugement.....	5
4.1 Critère de jugement principal.....	5
4.2 Critères de jugement secondaire	5
5. Traitement des données et analyse statistique.....	6
III- Résultats	7
1. Population.....	7
1.1 Inclusion.....	7
1.2 Description de l'échantillon :.....	8
2. Objectif principal.....	10
3. Objectifs secondaires.....	11
IV- Discussion	16
1. Forces et limites de l'étude.....	16
1.1 La représentativité	16
1.2 La méthode de recueil de données.....	16
1.3 Le remplissage du questionnaire.....	16
2. Comparaison des résultats avec les études de références.....	17
3. L'activité des sages-femmes libérales.....	18
4. Les caractéristiques professionnelles	20
4.1 Les communes d'installation.....	20
4.2 Chiffre d'affaire.....	20
4.3 Année d'obtention du diplôme.....	21
4.4 La formation.....	23
4.5 École diplômante.....	26
4.6 Développer une activité	28
V- Conclusion	29
Références Bibliographiques	31
Annexes	33
Résumé	37

Abréviations

DIU : Dispositif Intra-utérin

FCU : Frottis Cervico-Utérin

Loi HPST : Loi Hôpital Patient Santé Territoire

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

DREES : Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques

DPC : Développement Professionnel Continu

ANSFL : Association Nationale des Sages-Femmes Libérales

NGAP : Nomenclature Générale des Actes des Professionnels

ARS : Agence Régionale de Santé

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

SFL : Sage-femme libérale

m (e.t.) : moyenne (écart-type)

n (%) : effectif (pourcentage)

ECTS : European Credits Transfer System

PACES : Première Année Commune aux Études de Santé

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

I- Introduction

La profession de sage-femme est une profession médicale à compétences définies, « *elle ne doit donc pas effectuer des actes qui débordent sa compétence professionnelle ou dépassent ses possibilités* » (1). De ce fait le champ d'exercice de ses compétences est lui aussi clairement défini : « *La sage-femme est autorisée à pratiquer l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de pathologie concernant les femmes à l'occasion du suivi gynécologique de prévention et de la réalisation de consultations de contraception* » (2).

Ces compétences dans le domaine de la gynécologie de prévention et de la contraception sont récentes dans la profession de sage-femme. Elles résultent d'une succession de dispositions réglementaires et législatives.

À partir de 2001, les sages-femmes sont habilitées à prescrire des contraceptifs locaux dans le cadre des suites de couches (3).

En 2004, « *les sages-femmes sont habilitées à prescrire une contraception hormonale dans les suites de couches, lors de l'examen postnatal et après une interruption volontaire de grossesse* » (4).

La loi Hôpital Patient Santé Territoire parue le 21 juillet 2009 apporte un grand changement à la profession de sage-femme : la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention (5).

Ses compétences élargies, la sage-femme peut ainsi sortir du cadre de la grossesse afin de prendre en charge la femme d'une façon plus globale.

Toutes ces mesures progressives ont été prises afin d'améliorer l'accès aux soins et de réduire le taux d'IVG en France. En effet après une légère baisse en 2007, 2008, le nombre d'IVG s'est stabilisé en 2009 à 15 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans, (6) ce qui place la France dans la moyenne européenne mais la place en tête des pays industrialisés.

En mars 2012, la DREES constate que le secteur libéral est en expansion (7% de hausse entre 2000 et 2010) et elle estime qu'en 2030 une sage-femme sur 3 exercera en libéral. En parallèle une diminution du nombre de Gynécologues-Obstétriciens est planifiée entre 2011 et 2020 (7).

Cette problématique nationale est également valable en Savoie et en Haute Savoie. En effet le rapport de la démographie médicale en Rhône-Alpes montre que sur la période 2008-2013 les effectifs des gynécologues médicaux ont diminué (-18,2%), et cette tendance devrait se confirmer sur la période 2013-2018 (-15,3%). Sur les 2 Savoies, seuls 2 bassins de vie sont en densité forte et 3 en densité moyenne (pour un total de 53 bassins de vie). Le reste est en densité

faible voire en zone sans gynécologue. De même, la densité de médecins généralistes diminue parallèlement à une augmentation de la population générale (8).

Cette dynamique est inversée chez les sages-femmes de la région Rhône-Alpes : alors que la moyenne nationale du nombre de sages-femmes par habitant est de 139 sages-femmes/ 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans, la région Rhône-Alpes est la région la mieux dotée en France métropolitaine avec une densité de 162,26 sages-femmes (9). Sur cette population de sages-femmes, 20% exercent en libéral en Savoie, et 16% en Haute-Savoie (9).

Puisque ces conditions démographiques et législatives semblent favorables au développement d'une activité gynécologique de prévention pour les sages-femmes libérales, nous avons souhaité faire un état des lieux de cette pratique qui prend une place grandissante dans l'activité de notre profession en France.

Les sages-femmes libérales de Savoie et Haute-Savoie pratiquent-elles des consultations de gynécologie et/ ou de contraception ?

Notre hypothèse de départ était que l'activité gynécologique de prévention et les consultations de contraception font partie de l'activité des sages-femmes libérales de Savoie et Haute-Savoie.

L'objectif principal était de déterminer si les sages-femmes pratiquent des consultations de contraception et/ ou de gynécologie de prévention.

Les objectifs secondaires étaient :

- D'analyser les caractéristiques professionnelles influençant l'activité (année d'obtention du diplôme, lieux d'exercice, école d'origine, chiffre d'affaire, formation).
- De savoir si les sages-femmes ne pratiquant pas une activité gynécologique souhaiteraient la développer.
- De déterminer quelles sont les formations continues mises en place.

II- Matériel et Méthode

1. Type et site de l'étude

Il s'agit d'une étude descriptive effectuée suite à une enquête déclarative auprès des sages-femmes libérales de Savoie et Haute-Savoie.

2. Population

La population est composée des sages-femmes libérales en activité en 2014 d'après les listes des conseils départementaux de l'ordre des sages-femmes de Savoie et Haute-Savoie. Sont exclues de cette étude les sages-femmes ayant stoppé leur activité au cours de l'année, pratiquant une activité échographique ou refusant d'y participer.

Afin d'identifier les sages-femmes refusant de participer à l'étude, nous les avons toutes contactées soit par téléphone (Savoie) soit par un mail envoyé par le Conseil Départemental de l'Ordre (Haute-Savoie).

3. Recueil de données

Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire (Annexe I) administré par les conseils départementaux de l'ordre des sages-femmes, via les adresses mail des sages-femmes grâce à l'application Google-forms.

Le questionnaire a été envoyé une première fois, puis une relance 20 jours plus tard a été effectuée pour l'ensemble des sages-femmes incluses dans l'étude.

Le questionnaire avait pour but de définir le profil des sages-femmes libérales, de déterminer si elles ont une activité gynécologique ou de contraception et de déterminer les caractéristiques pouvant influencer leur activité.

Le recueil de données a commencé le 25 juin 2015 et a été clôturé le 31 juillet 2015. La relance a été effectuée le 14 juillet 2015.

4. Critères de jugement

4.1 Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal est le pourcentage de sages-femmes utilisant les nouvelles compétences en gynécologie et contraception. On considérera séparément l'activité gynécologique et l'activité contraceptive. Les consultations de contraception étant ici définies comme la prescription de contraception, la pose ou le retrait d'implant contraceptif, la pose ou le retrait de DIU. Les consultations de gynécologie de prévention étant définies comme l'examen gynécologique avec réalisation de FCU et de palpation mammaire. On considérera que les sages-femmes ont une activité professionnelle faisant appel aux nouvelles compétences si elles pratiquent au moins l'une des activités pré-citées.

4.2 Critères de jugement secondaire

Les critères de jugement secondaire sont :

- Les formations continues.
- Le souhait des sages-femmes de développer une activité gynécologique ou contraceptive.
- Les caractéristiques professionnelles principales pouvant influencer leur exercice.

Pour évaluer si une caractéristique professionnelle a de l'influence sur la pratique de consultations de contraception ou de consultations de gynécologie, nous comparerons les groupes de sages-femmes pratiquant ces activités avec celles ne les pratiquant pas.

Les caractéristiques qui nous intéressent sont les suivantes :

- L'année d'obtention du diplôme.
- L'école d'obtention du diplôme.
- La commune d'installation : pour classer les communes en zone urbaine ou zone rurale, nous nous sommes appuyés sur les listes communales établissant les zones par arrêté préfectoral de Savoie et Haute-Savoie (10,11).
- La présence de formation continue.
- La présence de formation initiale.
- Le chiffre d'affaire : les chiffres d'affaire ont été recueillis par classe. La classe dite moyenne est la classe comprenant les chiffres d'affaire annuels compris entre 30 000 et 40 000 euros. La classe dite supérieure est la classe comprenant les chiffres d'affaire annuels strictement supérieurs à 40 000 euros. La classe dite

inférieure est la classe comprenant les chiffres d'affaire annuels strictement inférieurs à 30 000 euros.

5. Traitement des données et analyse statistique

L'analyse statistique uni variée a été réalisée à l'aide du logiciel Statview. Les variables quantitatives seront décrites par la moyenne et l'écart-type. Les variables qualitatives seront décrites par l'effectif et le pourcentage. La comparaison des variables qualitatives sera effectuée par le test du *Chi*² et la probabilité exacte de Fischer en cas d'effectifs inférieurs à 5.

III- Résultats

1. Population

1.1 Inclusion

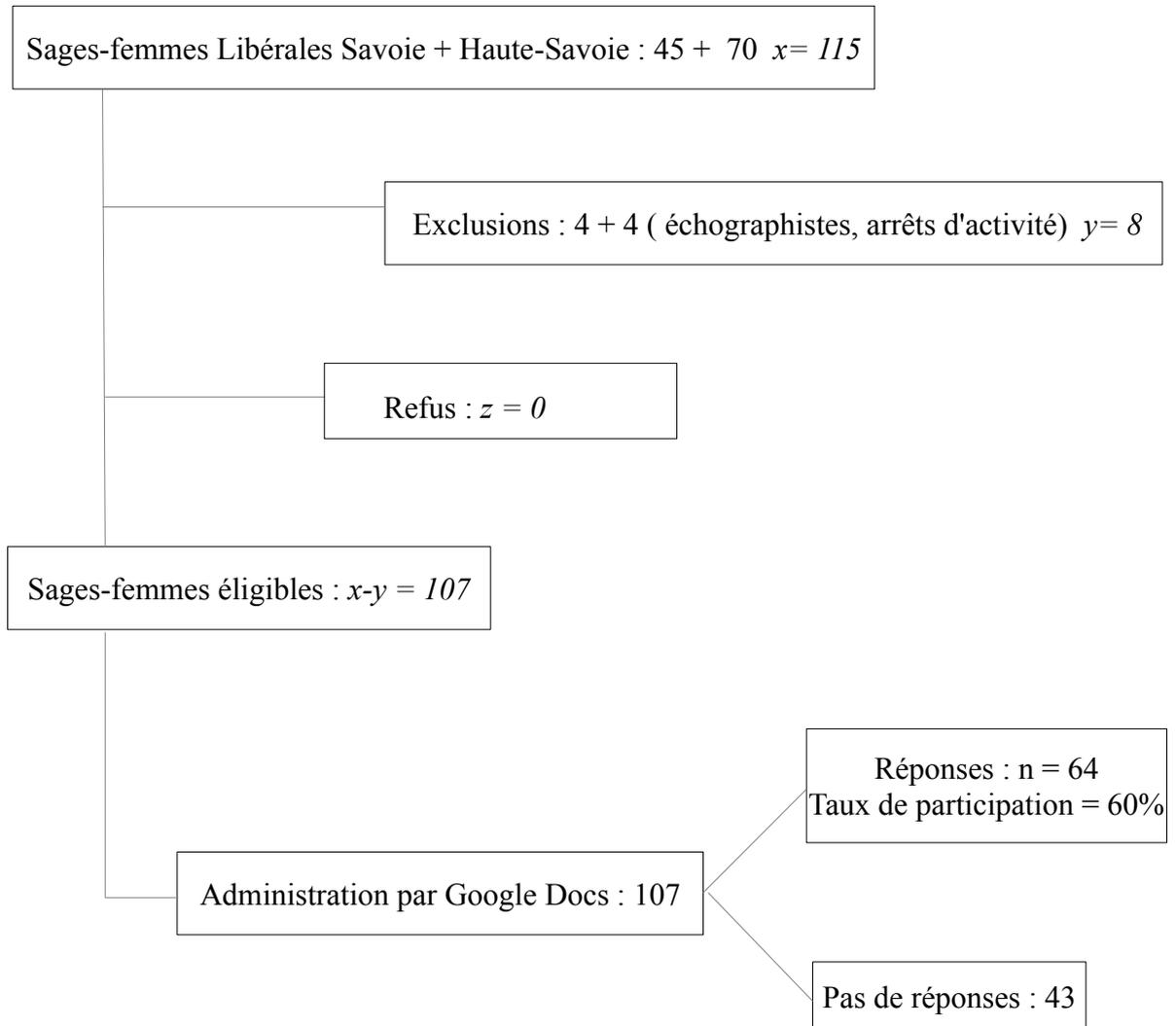


Fig. 1. - Flow Chart.

Le taux de participation des sages-femmes libérales est de 60%.

1.2 Description de l'échantillon :

Total Analysé		n (%)
		64 (100%)
Genre :		
	- Femme	62 (97%)
Âge :		
m. (e.t.) = 39 (9)		
	- 20-30 ans	10 (16%)
	- 30-40 ans	23 (36%)
	- 40-50 ans	17 (26%)
	- 50-60 ans	14 (22%)
Caractéristiques professionnelles :		
Année d'obtention du diplôme d'état :		
m. (e.t.) = 1999 (10)		
	- 1980 1989	12 (19%)
	- 1989 1999	18 (28%)
	- 1999 2009	20 (31%)
	- > 2009	14 (22%)
École diplômante :		
	- Rhône-Alpes	34 (53%)
	- France	25 (39%)
	- Étranger	5 (8%)
Ancienneté exercice libéral :		
m. (e.t.) = 6 (5)		
	- <5 ans	33 (51%)
	- 5-10 ans	14 (22%)
	- 10-15 ans	14 (22%)
	- > 15 ans	3 (5%)
Mode d'exercice :		
	- Libéral exclusif	54 (84%)
	- Mixte	10 (16%)
Modalité d'exercice:		
	- Individuel	25 (39%)
	- En Association	23 (36%)
	- En Collaboration	15 (23%)
	- En tant que Remplaçante	1 (2%)
Secteur d'activité : *		
	- Zone Urbaine	47 (76%)
	- Zone Rurale	15 (24%)
Chiffre d'affaire : *		
	- < 20 000	11 (20%)
	- 20 000 – 30 000	12 (22%)
	- 30 000 – 40 000	13 (24%)
	- 40 000 – 50 000	8 (15%)
	- > 50 000	10 (19%)

Tableau I : Caractéristiques à l'inclusion des sages-femmes libérales de Savoie et Haute-Savoie

* Données manquantes : 2 sages-femmes n'ont pas renseigné la commune d'exercice, 10 sages-femmes n'ont pas renseigné leur chiffre d'affaire.

Les femmes représentent 97% de notre échantillon.

La moyenne d'âge de l'échantillon est de 39 ans (minimum 24 ans, maximum 57 ans).

En moyenne, les sages-femmes de notre étude exercent depuis six ans en libéral. La plus expérimentée exerce depuis 20 ans, alors que celle qui s'est installée le plus récemment l'a fait il y a quatre mois. Cinquante-et-un pour cent de la population ont une ancienneté en libéral de moins de cinq ans.

Le plus ancien diplôme d'état a été obtenu en 1980 et le plus récent en 2014. Vingt pour cent de la population ont obtenu leur diplôme après 2009. L'année médiane d'obtention du diplôme est 1999.

Plus de trois sages-femmes sur quatre (84%) exercent exclusivement en libéral.

L'exercice seul (39%) et l'association (35%) constituent les deux modes d'exercice les plus répandus. Il n'y a qu'une seule remplaçante.

Notre population exerce à 76% dans une commune urbaine.

Cinquante-trois pour cent des sages-femmes de notre étude sont diplômées en Rhône-Alpes.

Huit pour cent des sages-femmes sont diplômées à l'étranger (Suisse et Belgique).

Vingt-quatre pour cent des sages-femmes ont un chiffre d'affaire annuel compris entre 30 000 et 40 000 euros.

2. Objectif principal

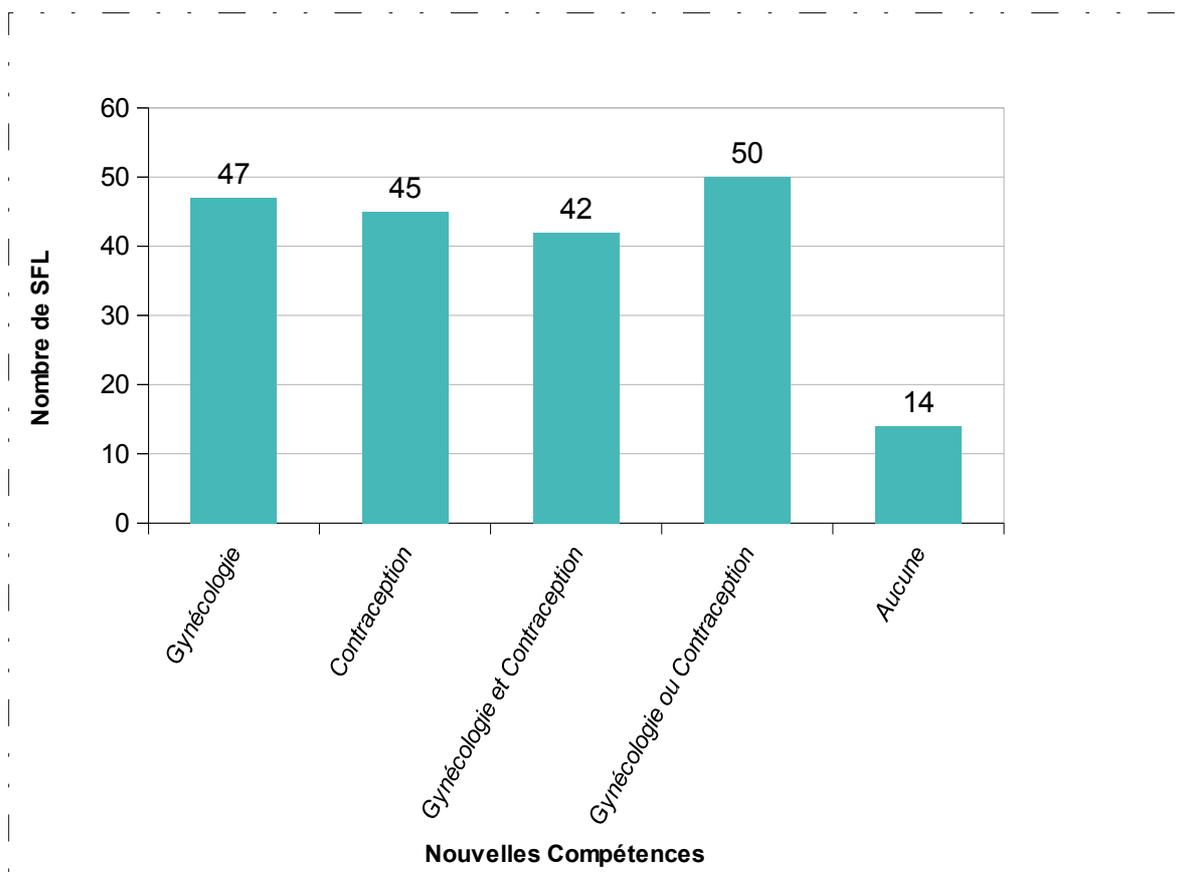


Fig. 2. - Nouvelles compétences pratiquées par les sages-femmes libérales

Concernant les nouvelles compétences apportées par la loi HPST :

Quarante-deux sages-femmes (soit 66%) pratiquent à la fois des consultations de contraception et des consultations de gynécologie alors que 50 sages-femmes (soit 78%) pratiquent des consultations de contraception ou de suivi gynécologique de prévention. Quarante-sept sages-femmes (soit 73%) pratiquent une activité gynécologique, 45 sages-femmes (soit 70%) pratiquent des consultations de contraception et parmi elles : 93% posent des DIU, 95% les retirent, 60% d'entre-elles posent et retirent les implants contraceptifs. Quatorze sages-femmes ne font pas usage des nouvelles compétences au sein de leur activité professionnelle (soit 22%).

3. Objectifs secondaires

	SFL avec une activité de gynécologie	SFL sans activité de gynécologie	p-Value
	n (%)	n (%)	
Formation initiale :			
- Oui	47 (100%)	17 (100%)	
Formation continue :			
- Oui	17 (36%)	5 (29%)	p = 0,6
- Oui	36 (77%)	3 (18%)	p < 0,0001
Commune :			
- Zone Rurale	10 (22%)	5 (31%)	p = 0,5
Chiffre d'affaire :			
- Supérieur	15 (38%)	3 (21%)	p = 0,5
- Inférieur	16 (40%)	7 (50%)	
Diplôme :			
> 2009	12 (26%)	2 (12%)	p = 0,009
Diplôme :			
> 2001	24 (51%)	5 (29%)	p = 0,16
École :			
France	42 (89%)	17 (100%)	p = 0,7

Tableau II : Caractéristiques professionnelles et activité gynécologique

On constate que le suivi d'un programme de formation continue et le seuil d'obtention du diplôme après 2009 (année d'obtention des nouvelles compétences) donnent des résultats significatifs entre les sages-femmes pratiquant ou ne pratiquant pas d'activité gynécologique.

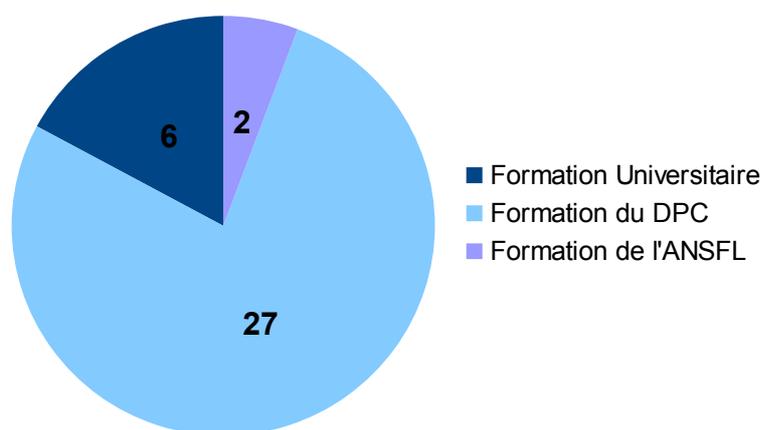


Fig. 3. - Formations Continues effectuées par les sages-femmes ayant une activité gynécologique

Les formations continues choisies par les sages-femmes libérales pratiquant une activité gynécologique sont préférentiellement les formations appartenant au programme de DPC (77%), puis les formations universitaires (17%) et enfin les formations proposées par l'ANSFL (6%).

	SFL avec une activité de contraception n (%) 45 (100%)	SFL sans activité de contraception n (%) 19 (100%)	p-value
Formation initiale :			
- Oui	24 (53%)	9 (47%)	p = 0,6
Formation continue :			
- Oui	39 (87%)	8 (42%)	p = 0,0002
Commune :			
- Rurale	10 (22%)	5 (29%)	p = 0,5
Chiffre d'affaire :			
- Supérieur	14 (36%)	4 (27%)	p = 0,5
- Inférieur	16 (41%)	7 (46%)	
Diplôme :			
> 2009	12 (27%)	2 (11%)	p = 0,009
Diplôme :			
> 2001	25 (53%)	4 (21%)	p = 0,01
École :			
- France	40 (89%)	19 (100%)	p = 0,3

Tableau III : Caractéristiques professionnelles et activité de contraception

On constate que seules la formation continue et l'année d'obtention du diplôme sont statistiquement différentes entre le groupe de sages-femmes pratiquant une activité contraceptive et le groupe de sages-femmes ne pratiquant pas cette activité.

L'école diplômante ne semble pas être un facteur déterminant pouvant avoir une influence sur la pratique de consultation de contraception ou de gynécologie. On peut noter que toutes les sages-femmes diplômées à l'étranger pratiquent une activité gynécologique et contraceptive. Les sages-femmes diplômées en Belgique n'ont pas reçu de formation initiale pour exercer une activité contraceptive ou gynécologique contrairement à celles diplômées en Suisse.

Toutes les sages-femmes diplômées à l'étranger ont mis à jour leurs connaissances via des formations continues.

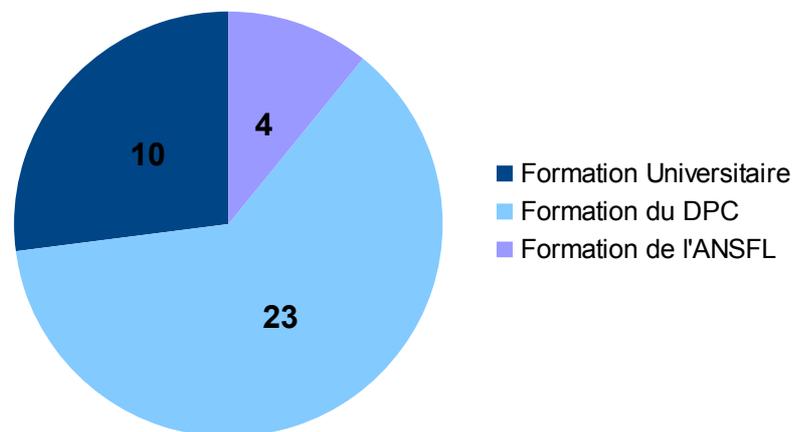


Fig. 4. - Formations Continues effectuées par les sages-femmes ayant une activité de contraception

Les formations continues choisies par les sages-femmes libérales pratiquant une activité de contraception sont préférentiellement les formations appartenant au programme de DPC (62%), puis les formations universitaires (27%) et enfin les formations proposées par l'ANSFL (11%).

Les sages-femmes ne pratiquant pas d'activité de contraception ou de gynécologie souhaiteraient développer cette activité pour 37% d'entre-elles. Nous nous sommes intéressés aux caractéristiques professionnelles qui sont statistiquement différentes entre le groupe de sages-femmes pratiquant une activité (gynécologie ou contraceptive) et le groupe de sages-femmes ne pratiquant pas cette activité mais voulant la développer.

	SF avec un activité de gynécologie	SF voulant développer l'activité de gynécologie	p-value
	n (%)	n (%)	
	47 (100%)	6 (100%)	
Formation initiale :			
- Oui	17 (36%)	2 (33%)	p > 0,99
Formation continue :			
- Oui	36 (77%)	1 (17%)	p = 0,074
Diplôme > 2009 :			
- Oui	12 (26%)	1 (17%)	p > 0,99
Diplôme > 2001 :			
- Oui	24 (51%)	1 (17%)	p = 0,19

Tableau IV : Caractéristiques professionnelles et souhait de développer une activité gynécologique

Pour la pratique de consultations de gynécologie aucune caractéristique comparée ne révèle une différence statistiquement significative.

	SF avec un activité de contraception	SF voulant développer l'activité de contraception	p-value
	n (%)	n (%)	
	45 (100%)	7 (100%)	
Formation initiale :			
- Oui	24 (53%)	3 (43%)	p = 0,69
Formation continue :			
- Oui	39 (87%)	3 (43%)	p = 0,019
Diplôme > 2009 :			
- Oui	12 (27%)	1 (14%)	p = 0,66
Diplôme > 2001 :			
- Oui	25 (56%)	1 (14%)	p = 0,09

Tableau V : Caractéristiques professionnelles et souhait de développer une activité de contraception

Pour la pratique de consultations de contraception, seule la formation continue diffère statistiquement entre les deux groupes de sages-femmes. Les sages-femmes ayant suivi une formation continue sont plus nombreuses que les autres à effectuer des consultations de contraception.

IV- Discussion

1. Forces et limites de l'étude

1.1 La représentativité

Nous avons choisi d'exclure les sages-femmes échographistes car plusieurs d'entre-elles pratiquent exclusivement l'échographie. De plus l'échographie étant l'acte de la NGAP le mieux rémunéré, cela aurait constitué un biais important dans notre étude du chiffre d'affaire (12).

Cette étude étant basée sur le volontariat, on peut supposer que les sages-femmes ayant un intérêt pour la pratique gynécologique ou de contraception sont plus nombreuses à avoir répondu au questionnaire. Afin de limiter ce biais de sélection, l'intérêt de la participation des sages-femmes ne pratiquant pas ces actes a été expliquée, dans la présentation et la demande de participation à l'étude. Nous n'avons reçu aucun refus lors de la première prise de contact.

Bien que concernant un faible nombre absolu de sages-femmes, notre taux de participation est de 60%. Nous ne pouvons pas extrapoler nos résultats au niveau régional et national.

1.2 La méthode de recueil de données

Nous avons choisi d'envoyer le questionnaire en ligne car cette méthode a l'avantage de limiter les frais (postaux par exemple), ainsi que le temps personnel de l'investigateur de l'étude dédié à la récolte et à l'accompagnement des sages-femmes dans leurs réponses (ce qui aurait pu biaiser les réponses).

1.3 Le remplissage du questionnaire

Le taux de participation de 60% est satisfaisant, malgré une durée de recueil courte : il était rapide à remplir et était anonyme. L'étude des pratiques professionnelles permet d'impliquer au maximum les sages-femmes et de leur faire prendre du recul sur leur exercice. Enfin le questionnaire a été envoyé via les conseils départementaux de l'ordre des sages-femmes ce qui donne de la crédibilité à cette étude vis à vis des sages-femmes libérales des-dits départements.

Le remplissage des questionnaires était satisfaisant puisque tous ont été exploités. Le taux de non réponse de 16%, en ce qui concerne le chiffre d'affaire, pourrait traduire : soit une difficulté pour les sages-femmes de juger réellement de leur chiffre d'affaire, soit un souhait de ne pas répondre. Nous savions que toutes les sages-femmes ne répondraient pas à cette question mais elle était importante pour que nous puissions comparer les revenus des sages-femmes faisant ou ne faisant pas de gynécologie ou de contraception. Pour limiter cette perte d'information, il a été créé des échelles de revenus permettant par la suite de classifier si les

sages-femmes avaient des revenus au niveau de la moyenne, en dessous ou au-dessus.

Concernant les données manquantes, deux communes n'ont pas été renseignées dans les questionnaires remplis, les sages-femmes ayant précisé le département et non la commune en réponse. La question était « Quelle est la commune d'installation de votre cabinet », il s'agit de toute évidence d'une erreur d'inattention de la part des sages-femmes. Le taux de réponse à cette question est de 97%.

2. Comparaison des résultats avec les études de références

Nous avons souhaité comparer notre échantillon avec la population de sages-femmes libérales de la région Rhône-Alpes grâce à un état des lieux porté par l'ARS en 2013 (13).

Dans l'étude de l'ARS, les résultats démontrent que la profession est majoritairement féminine (97%) tout comme au sein de notre étude. La moyenne d'âge des sages-femmes dans notre étude est de 39 ans, ce qui correspond aux données de l'ARS.

Parmi les sages-femmes exerçant en Rhône-Alpes 58% sont diplômées au sein de la région, 5% à l'étranger et 37% dans le reste de la France. Dans notre étude 53% des sages-femmes exerçant en Savoie et Haute-Savoie sont diplômées au sein de la région Rhône-Alpes et 8% à l'étranger.

Quatre-vingt six pour cent des sages-femmes libérales ont une activité exclusivement libérale en Savoie et Haute-Savoie versus 84% dans notre étude. Ces résultats bien que non identiques restent très proches.

La tranche d'âge la plus représentée est celle des 24-29 ans sur la population Rhône-Alpes. Dans notre étude la classe d'âge la plus représentée est celle des 30-40 ans. Or on sait que dans les centres hospitaliers publics, de même que dans les cliniques privées, on retrouve principalement des sages-femmes exerçant dans leur 1ère ou 2ème étape professionnelle (14). Pour ce qui est de l'exercice libéral, les sages-femmes viennent plus tardivement dans leur carrière à cette forme d'exercice ce qui pourrait expliquer la différence observée pour la tranche d'âge car les jeunes diplômés commencent préférentiellement leur carrière dans les centres hospitaliers.

En 2009 le chiffre d'affaire moyen des sages-femmes libérales est déterminé à 49 336 euros (15). Le chiffre d'affaire moyen des sages-femmes libérales de Savoie et Haute-Savoie est compris entre 30 000 et 40 000 euros. Il est inférieur à la moyenne nationale. La croissance des honoraires des sages-femmes libérales était en hausse régulière depuis 1999, mais une baisse a été observée pour la première fois en 2008 (- 0,6%) (15). Un deuxième élément peut expliquer

les revenus inférieurs à la moyenne : les départements de la Savoie et de la Haute-Savoie sont sur-dotés cela pourrait expliquer une diminution globale du revenu individuel des sages-femmes, ce qui a également été observé en Isère (16).

3. L'activité des sages-femmes libérales

En 2009, l'activité des sages-femmes libérales de France ne comportait pas de consultations de contraception ou de consultations de gynécologie (15). En 2012 on observe que les sages-femmes du Réseau Périnatal Alpes Isère sont 35% à effectuer des consultations de gynécologie (16). En 2014, dans notre étude, 78% (cf figure 2) des sages-femmes font appel aux nouvelles compétences au sein de leur activité professionnelle en pratiquant des consultations de contraception ou de suivi gynécologique. Non seulement les sages-femmes libérales ont mis en place au sein de leur activité professionnelle les nouvelles compétences, mais elles sont aussi très nombreuses à le faire dans les deux départements. Notre hypothèse de départ est donc confirmée.

Pour expliquer cette forte proportion de sages-femmes pratiquant des consultations de gynécologie et de contraception, nous pouvons supposer que la démographie des gynécologues médicaux influence l'activité des sages-femmes en matière de gynécologie. Nous nous sommes donc intéressés de plus près à cette démographie : sur la période 2008-2013 les effectifs des gynécologues médicaux ont diminué de 18,2% en Savoie et Haute-Savoie et cette tendance devrait se confirmer sur la période 2013-2018 (-15,3%) (17).

En effet le nombre d'internes à former pour la période 2012-2017 en gynécologie médicale est de zéro par an aux universités de Grenoble et de Saint-Étienne et de un par an à l'université de Lyon. Le nombre d'internes à former en gynécologie-obstétrique sur la même période reste stable. On sait que 74% des médecins exerçant en Savoie et Haute-Savoie ont obtenu leur diplôme dans une des trois universités de Rhône-Alpes (17).

Les gynécologues de la région Rhône-Alpes sont âgés en moyenne de 59 ans. L'âge moyen de départ à la retraite est de 65 ans, (18) non seulement les gynécologues médicaux en activité partiront bientôt à la retraite, de plus les nouveaux formés ne seront pas suffisamment nombreux pour les remplacer. Donc la population de gynécologues médicaux ne va pas pouvoir se renouveler.

Il existe d'autres facteurs qui expliquent que les consultations de gynécologie et de contraception se développent dans l'activité des sages-femmes libérales.

- Premièrement deux français sur trois ont déjà renoncé à des soins à cause des délais d'attente pour obtenir un rendez-vous chez un médecin spécialiste (19). Ces fameux délais sont d'ailleurs la première cause du renoncement à se faire soigner, devant le coût de la consultation. En effet le délai moyen pour obtenir un rendez-vous chez un gynécologue est de 42 jours au niveau national et de 61 jours en Rhône-Alpes (19). Nous n'avons pas retrouvé d'étude concernant le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous chez une sage-femme. Cependant nous savons que la population de sages-femmes libérales est sur-dotée (Annexe II) dans les départements de Savoie et Haute-Savoie alors que la densité démographique des gynécologues médicaux est faible (Annexe III). Nous pouvons par conséquent supposer que le délai d'attente pour un rendez-vous de consultation avec une sage-femme sera plus court.
- Deuxièmement les gynécologues libéraux peuvent exercer selon 3 conventions avec la CPAM :
 - en secteur 1, ils ne sont pas autorisés à effectuer de dépassements d'honoraires,
 - en secteur 2, les honoraires sont libres,
 - en adhérant au contrat d'accès aux soins, les dépassements d'honoraires sont autorisés

mais doivent être maîtrisés (20).

À l'inverse « les tarifs d'honoraires de la sage-femme conventionnée doivent être fixés au regard de la convention » (21) et cette convention ne permet pas de dépassement d'honoraire possible dans le cadre des consultations de contraception. Nous n'avons pas retrouvé de statistiques sur les sages-femmes libérales non conventionnées. Mais il faut savoir que si une sage-femme n'est pas conventionnée alors la prise en charge par l'assurance maladie-maternité est de 0,26 euros pour une consultation et de 0,30 euros pour une visite à domicile. La sage-femme peut appliquer les tarifs qu'elle souhaite mais c'est la patiente qui devra payer cette part. On suppose donc que les patientes préféreront avoir une consultation avec une sage-femme conventionnée et donc que les sages-femmes choisiront d'être conventionnées.

- Troisièmement des mesures prises par la CPAM favorisent aussi ce développement. En effet le 16 avril 2013 un avenant à la convention des sages-femmes a été apporté créant 3 nouveaux actes de suivi gynécologique : (12)
 - Ablation d'un DIU par un matériel intra-utérin de préhension par voie vaginale
 - Pose d'implant pharmacologique sous-cutané

➤ Ablation ou changement d'implant pharmacologique sous-cutané

Par ailleurs, nous pouvons supposer pour toutes ces raisons qu'il y aura une augmentation du nombre de sages-femmes pratiquant une activité gynécologique ou du nombre d'actes gynécologiques réalisés par les sages-femmes dans les années à venir.

De ce fait, une analyse plus fine de nos données serait nécessaire. Les éléments tels que le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous chez une sage-femme, ou le remboursement devraient être étudiés. Il serait intéressant de faire une étude où l'on interrogerait les patientes pour connaître leurs préférences et leur point de vue.

4. Les caractéristiques professionnelles

Les hypothèses de départ étaient que la commune d'installation, le chiffre d'affaire, l'année d'obtention du diplôme, la présence de formation initiale, la présence de formation continue et l'école diplômante peuvent être des caractéristiques influentes.

4.1 Les communes d'installation

Il existe de nombreux bassins de vie en densité faible voire sans gynécologues. L'ARS a d'ailleurs défini des « zones fragiles » : lieux géographiques où le zonage pluri-professionnel ne permet pas de répondre aux besoins de la population. Ainsi définie, une liste des communes a été éditée pour connaître les-dites zones fragiles (22). Après comparaison avec les communes d'installation des sages-femmes libérales, on s'aperçoit que les zones fragiles sont toutes situées dans des communes rurales. On pourrait supposer que les sages-femmes exerçant en zone rurale effectuent plus de consultations de gynécologie afin de répondre aux besoins. Au contraire les sages-femmes pratiquant des consultations de gynécologie et de contraception exercent à 78% dans les communes urbaines. Cependant les résultats de comparaison de notre étude ne sont pas significatifs ($p = 0,5$ cf Tableaux II, III). Afin de confirmer cette tendance, et éventuellement d'en trouver la cause, il serait intéressant de réaliser une étude à plus grande échelle. Il faudrait alors déterminer si le suivi gynécologique ne se fait pas plus régulièrement en zone urbaine, et s'intéresser de plus près à la démographie des médecins généralistes.

4.2 Chiffre d'affaire

Les revenus des sages-femmes libérales sont en lien direct avec leur activité car basés sur la tarification à l'acte. La séance de rééducation du périnée est valorisée à 19,60 euros, les consultations (suivis de grossesses et gynécologiques) à 23 euros, la pose de DIU à 38,36 euros et le retrait d'implant à 41,72 euros (12). Par conséquent si les sages-femmes pratiquent des

consultations de contraception ou de suivi gynécologique de prévention, à temps d'activité égal elles seront mieux rémunérées. On aurait alors pu penser que l'augmentation de revenus aurait été une motivation pour la pratique de consultations de gynécologie ou de contraception. Or notre étude démontre qu'il n'existe pas de différence statistiquement significative ($p = 0,5$ cf Tableaux II, III). On peut donc en déduire que les actes propres aux consultations de gynécologie ou de contraception ne doivent pas faire partie de la majorité des actes réalisés sinon les salaires seraient différents.

4.3 Année d'obtention du diplôme

Nous avons supposé que l'apport de nouvelles compétences au travers des lois avait une influence sur la pratique des dites compétences.

Nous avons étudié si l'année d'obtention du diplôme avait une influence sur la pratique professionnelle, en fixant le seuil de 2001 et celui de 2009 correspondants aux premières et dernières lois mises en application. L'étude confirme cette hypothèse, puisqu'il existe une différence statistiquement significative au sein des deux groupes de sages-femmes ($p = 0,009$, $p=0,01$ cf Tableaux II, III). Les sages-femmes diplômées après 2009 et après 2001 pratiquent davantage les consultations de contraception, mais seules les sages-femmes diplômées après 2009 pratiquent plus de consultations de gynécologie. Ceci est expliqué par la loi de 2001 qui a apporté des compétences supplémentaires en contraception et non en gynécologie.

Le contexte de la mise en place de ces diverses dispositions doit être analysé pour compléter notre réflexion. En effet l'année 2001 signe un tournant dans l'histoire de la profession puisque c'est l'année de la première véritable mobilisation, avec 74% des sages-femmes en grève (14). Ce taux de participation extrêmement rare dans un conflit social est significatif de la portée qu'a eu ce mouvement. En 2009, 30% des sages-femmes déclarent qu'elles veulent une reconnaissance effective en tant que profession médicale et 18% veulent obtenir une réelle visibilité auprès du public. Enfin 59% déclarent que le rôle de la sage-femme est identifié mais qu'il peut être amélioré (14). Or les compétences apportent une plus grande visibilité au public puisque la sage-femme est désormais mieux identifiée par son rôle dans la santé génésique des femmes en dehors de toute grossesse. Le rôle de prévention de la sage-femme est mis en avant, elle devient un des acteurs incontournables de la santé des femmes en France, en diagnostiquant et dépistant les pathologies afin d'orienter leurs parcours vers le professionnel compétent.

De plus la loi HPST, ne se contente pas d'augmenter le champ de compétences des sages-femmes mais elle apporte aussi des évolutions dans la formation. En effet, en France, l'entrée en formation est obligatoirement via la PACES, le grade master est accordé aux sages-femmes et

l'intégration de la formation à l'Université est en cours. Le passage par la PACES permet de mieux identifier le rôle de la sage-femme pour les nouveaux bacheliers ainsi que de rapprocher notre cursus de celui des autres professions médicales.

On conclut que les réformes législatives ont modifié le profil du métier de sage-femme pour répondre aux besoins de santé publique. Les sages-femmes se sont appropriées les nouvelles compétences afin de voir évoluer leur profession.

Une deuxième hypothèse peut expliquer nos résultats. Les sages-femmes diplômées après 2009 ont dû faire face aux mesures mises en place pour la régulation de la démographie des sages-femmes libérales. En effet dans les zones sur-dotées, « l'accès au conventionnement ne peut intervenir que si une sage-femme cesse son activité ou la réduit d'au moins 50% » (23) afin de préserver une démographie constante et non de la voir augmenter. Il existe toutefois des dérogations pour les « sages-femmes ne remplissant pas les conditions [...] d'accéder au conventionnement » (23). Ces conditions sont de plusieurs natures mais l'une d'elles fait référence à la « spécificité d'exercice » (23). Ainsi, si une sage-femme parvient à justifier que son exercice diffère de celui déjà existant et qu'il répond à un besoin de la population, elle peut obtenir une dérogation et donc s'installer dans une zone sur-dotée. La loi HPST apporte une nouvelle spécificité d'exercice et donc la possibilité de répondre à une demande de la part des patientes ce qui leur permet de se conventionner. On peut donc supposer que les sages-femmes diplômées après 2009 ont fait le choix de développer une activité de gynécologie et de contraception pour développer une activité libérale.

Dans la continuité de notre raisonnement, il faudrait connaître la raison qui pousse les sages-femmes à vouloir exercer en libéral. L'emploi des sages-femmes en établissement ne recule pas. Mais la création d'emploi dans le public ne concerne que des emplois non titulaires (annexe IV). Il faut savoir qu'en 2009, six mois après le diplôme, 18% des jeunes diplômés n'exercent pas leur profession, en 2010 ce pourcentage passe à 26% (24). Or bien que la profession reste principalement exercée en établissement de santé (71%), l'activité libérale se développe bien plus rapidement. Ainsi, c'est bien le développement de l'activité libérale qui soutient majoritairement la création d'emploi. En 2009, 4% des jeunes diplômées exercent en libéral, en 2010 ils sont 14% (24).

L'année d'obtention du diplôme a donc une influence sur la pratique des nouvelles compétences.

4.4 La formation

Une obligation de moyens s'impose aux sages-femmes dans l'exercice de leur profession puisqu'elles doivent « procurer des soins conformes aux données scientifiques du moment » (25). Les sages-femmes souhaitant pratiquer une nouvelle compétence doivent ainsi être formées à celle-ci.

Nos résultats nous indiquent qu'il n'existe pas de différence sur la pratique en fonction de la formation initiale ($p= 0,6$ cf Tableaux II, III) alors qu'elle a été modifiée par la loi HPST et que les sages-femmes diplômées après 2009 sont plus nombreuses à utiliser ces compétences.

Nous nous sommes donc intéressés à la formation initiale.

Le programme des études de sage-femme a été modifié pour répondre à l'évolution des compétences des sages-femmes. L'arrêté du 11 décembre 2001 ajoute au programme 280 heures de gynécologie (120 heures de stage clinique et 160 heures d'enseignement théorique) (22) soit 6% du temps d'apprentissage de la première phase d'étude et 10% du temps d'apprentissage du deuxième cycle.

Un second arrêté, du 11 mars 2013 vient à nouveau de modifier le programme de formation des étudiants sages-femmes. Désormais, l'Unité d'Enseignement de la gynécologie représente en moyenne 6 ECTS soit 14% de la formation théorique, et les stages de gynécologie représentent en moyenne 11 ECTS soit 19% de la formation pratique. Les objectifs dans ce domaine sont clairement identifiés comme pouvoir « mener une consultation de suivi gynécologique de prévention », et « mener une consultation de contraception ».

La formation initiale a donc bien pour but de permettre aux sages-femmes de mettre en application les compétences apportées par la législation. Mais pourquoi ne retrouve t-on pas d'influence dans notre étude ?

Nous allons envisager plusieurs hypothèses.

Tout d'abord, les sages-femmes, bien que formées et compétentes, peuvent faire le choix de ne pas pratiquer une activité en lien avec les nouvelles compétences. En effet, on a pu démontrer que 30% des sages-femmes choisissent cette profession « par intérêt pour la naissance » (14). En outre la compétence principale de la sage-femme demeure l'obstétrique et certaines sages-femmes peuvent ne pas souhaiter élargir leurs activités au domaine de la gynécologie ou de la contraception.

La qualité de la formation peut aussi être un deuxième facteur déterminant. En effet 82% des sages-femmes déclarent avoir eu des difficultés au cours de leurs études (14). Les difficultés dans la formation tiennent avant tout aux conditions de déroulement de cette formation, tant dans les stages qu'au cœur de l'école. Or les compétences dans le domaine de la gynécologie et de la contraception sont les plus récentes de la formation et donc les dernières à être mises en place. On peut alors supposer que les difficultés seront plus présentes dans ce domaine que dans ceux bien établis et organisés depuis le début de la création de la formation, tant dans l'aspect théorique que pratique. En effet, une fois que le programme des études de sages-femmes est fixé, les écoles doivent s'adapter. Or que ce soit pour l'aspect théorique ou pratique, les gynécologues restent les intervenants les plus qualifiés pour former les étudiants de manière efficace. Malheureusement, il peut arriver que cette coopération ne soit pas optimale, expliquant les difficultés des étudiants à avoir accès à des cours ou des stages de qualité, et donc influençant le vécu de leurs études. Pour illustrer ce point, nous pouvons citer un communiqué de presse du Syndicat National des Gynécologues-Obstétriciens de France, où il s'interroge en 2013, sur la promotion des consultations de gynécologie par les sages-femmes, car elle mènerait au remplacement progressif des médecins par des sages-femmes au lieu de mener à la complémentarité de ces deux professions. Le conseil national de l'ordre des sages-femmes a répondu à ce communiqué en rappelant la problématique des déserts médicaux. Ainsi, si les relations publiques entre deux institutions représentatives des deux professions sont en désaccords, les échanges entre les gynécologues et les sages-femmes peuvent ne pas se faire dans le sens de la collaboration, impactant de ce fait la formation initiale.

Enfin la formation initiale s'adapte aux applications législatives. Mais il existe un décalage temporel entre les deux que l'on ne peut pas supprimer (décision de changement du programme national, vote des décisions, mise en application) c'est ainsi que les dernières compétences apportées par la loi HPST de 2009 se retrouvent dans le programme des études des étudiants sages-femmes en 2013. On peut alors supposer que les sages-femmes ont considéré, dans notre étude, qu'elles avaient eu une formation initiale (ce qui est le cas du fait du décret de 2001), mais que cette formation ne correspondait pas encore à celle ré-ajustée suite au décret de 2013.

Nous avons comparé la pratique de gynécologie et de contraception chez les sages-femmes diplômées avant et après 2001, car c'est à ce moment-là que la gynécologie fait son apparition dans la formation continue. Nous avons démontré que dans le domaine de la contraception il existe une influence de cette caractéristique ($p = 0,01$ cf Tableau II, III). Les sages-femmes diplômées après 2001 sont statistiquement plus nombreuses à pratiquer des consultations de contraception que leurs consœurs diplômées précédemment. Cela pourrait corroborer l'hypothèse d'un facteur de confusion dans notre étude car les sages-femmes diplômées après 2001 ont reçu une formation initiale différente de celles diplômées précédemment. Le fait d'être diplômé après 2001 ne serait plus alors la caractéristique influençant la pratique mais il s'agirait de la formation initiale.

L'année 2001 signe également le début de l'historique législatif qui conduit les sages-femmes à augmenter leur domaine de compétences. La différence observée pourrait venir de la publication de la loi de 2001, qui a augmenté le domaine de la contraception et non celui de la gynécologie dans le cadre de la profession de sage-femme. Elle pourrait aussi être issue du changement de profil des étudiants puisque après 2002, l'entrée dans la formation de sage-femme se fait par passage en PACES, désormais les étudiants sages-femmes viennent tous de médecine.

De plus, notre étude se déroule sur l'activité en 2014 : le temps qui sépare cette loi de notre observation aura permis aux sages-femmes de faire évoluer les pratiques.

Il semble difficile de conclure sur l'influence ou non de la formation initiale. Le plus pertinent serait de mener une étude auprès de la nouvelle génération de sages-femmes diplômée en 2015, car c'est cette promotion qui aura bénéficié de la refonte totale de son programme avec l'intégration de 17% de gynécologie.

Les sages-femmes diplômées en Belgique sont les seules de notre population à ne pas avoir bénéficié d'une formation initiale dans les domaines de gynécologie ou de contraception cependant elles exercent toutes ces pratiques. Toutes ont fait appel aux formations continues dans le domaine de la gynécologie et de la contraception.

En effet, les sages-femmes n'ayant pas reçu de formation initiale, doivent faire appel aux formations continues. Le code de déontologie des sages-femmes impose une obligation de moyens intellectuels puisque la sage-femme a « l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances professionnelles, dans le respect de l'obligation de développement professionnel continu » (27).

Le concept de formation continue initié en 2004 est remplacé en 2009 par le DPC suite à la loi HPST. Cette mise à jour des compétences est obligatoire.

Dans notre étude, la comparaison des groupes nous a permis de démontrer qu'il existe une différence statistiquement significative ($p < 0,0001$; $p = 0,0002$ cf Tableaux II, III) entre les sages-femmes ayant fait une formation continue dans le domaine de la gynécologie ou de la contraception et celles ne l'ayant pas fait dans ces domaines. Ainsi les sages-femmes avec une formation continue ont plus tendance à pratiquer des consultations de gynécologie et de contraception.

Effectivement dans le cas où les sages-femmes n'ont pas eu de formations initiales dans ces domaines ou une formation insuffisamment approfondie, la formation vient créer ou perfectionner les connaissances de la sage-femme pour répondre à son obligation de moyens.

Il faut être prudent sur l'analyse de ces résultats ; en effet le DPC avec son caractère obligatoire impose une formation continue annuelle. Les organismes de formations qui appartiennent au DPC sont fixés par décrets mais les sages-femmes choisissent librement les programmes auxquels elles participent. On peut mettre en évidence l'existence d'un biais. En effet, les sages-femmes qui font le choix de programmes de formations dans le domaine de la gynécologie ou de la contraception ont un intérêt pour ce domaine. Soit la sage-femme pratique d'ores et déjà cette activité et veut mettre à jour ses compétences, soit la sage-femme souhaite développer cette activité et veut donc obtenir les connaissances nécessaires.

4.5 École diplômante

Les nouvelles compétences apportées par la loi HPST n'existent pas en Belgique et en Suisse, ces pays n'accordent pas de compétences aux sages-femmes dans le domaine de la gynécologie. Cependant en Belgique, les sages-femmes ont le droit de prescrire une contraception pendant les trois mois du post-partum uniquement (28,29). Nous pouvons supposer que les sages-femmes libérales diplômées en dehors de la France n'auraient pas exploité ces nouvelles compétences, mais nous n'avons pas retrouvé de différence significative pour la pratique de consultations de contraception ou de gynécologie ($p = 0,7$; $p = 0,3$ cf Tableaux II, III). Toutes les sages-femmes diplômées à l'étranger exercent des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention.

Nous nous sommes donc demandés quelles pouvaient-être leurs motivations ?

Tout d'abord, il est envisageable que les sages-femmes diplômées à l'étranger soient d'origine française. En effet, la formation initiale française dure cinq ans après le baccalauréat et nécessite la réussite au concours d'entrée de la PACES. En Suisse et en Belgique la formation est plus courte (4 ans) et l'admission se fait sur dossier ou tirage au sort (30,31). Certains français font le choix de se former dans les pays frontaliers et de revenir exercer en France. Ainsi ils peuvent avoir une vision de la profession de sage-femme plus « française », les incitant de ce fait à vouloir pratiquer tous les aspects de la profession.

Ensuite, on peut supposer que les sages-femmes sont intéressées par la gynécologie et la contraception. En effet, en Belgique, les sages-femmes ont déjà quelques compétences en matière de contraception (28) qui rappellent l'historique même des compétences des sages-femmes françaises. Ainsi au même titre que les sages-femmes françaises ont souhaité une vraie visibilité auprès du public et un développement du rôle de la sage-femme (14), les sages-femmes belges peuvent avoir les mêmes souhaits pour leur profession.

Enfin, bien que les sages-femmes suisses ou belges n'aient pas de compétences dans le domaine de la gynécologie, elles peuvent pratiquer des consultations de sexologie (32). De plus la place de la sage-femme est très importante dans ces deux pays, puisqu'elles peuvent intervenir dans la vie des femmes un an après l'accouchement (32) pour la santé génésique des femmes. Avec l'existence des maisons de naissance et la pratique des accouchements à domicile réglementée on retrouve une idée de suivi global des femmes très répandue dans ces pays. Les consultations de gynécologie et de contraception s'inscrivent dans l'approfondissement du suivi global, augmentant ainsi la durée de temps où les sages-femmes peuvent prendre en charge les femmes. Les sages-femmes diplômées à l'étranger peuvent souhaiter développer l'activité gynécologique et contraceptive pour ces raisons. Une pétition réalisée par la fédération suisse des sages-femmes en 2013, est en faveur de modèles de soins dirigés par les sages-femmes pour la santé des femmes.

Pour approfondir nos résultats et nos hypothèses, il serait intéressant de définir le profil de ces sages-femmes ; sont-elles des sages-femmes françaises diplômées à l'étranger ou sont-elles étrangères ? Existe-t-il une demande de la population au sein des pays frontaliers de voir apparaître des consultations de gynécologie ou de contraception effectuées par les sages-femmes ?

4.6 Développer une activité

Nous avons étudié les caractéristiques pour lesquelles nous avons démontré une différence statistiquement significative (formation et année d'obtention du diplôme) dans le but de connaître ce qui pourrait expliquer que les sages-femmes souhaitant développer une activité ne l'aient pas encore fait. Nous avons observé que seule la formation continue diffère statistiquement entre les deux groupes et ceci uniquement dans le cadre de l'activité de contraception. Les sages-femmes pratiquant des consultations de contraception sont plus nombreuses à s'y être formées. La formation continue dans la pratique de l'activité gynécologique ne diffère pas entre les deux groupes. Cependant le groupe de sages-femmes ne pratiquant pas une activité de gynécologie mais souhaitant la développer est composé de six sages-femmes. S'agissant d'un effectif faible, on peut conclure que le manque de puissance est à l'origine de cette non démonstration de différence pour ce groupe.

Nous retrouvons la formation continue comme une caractéristique professionnelle différenciant entre les deux groupes. En effet, la qualité de la formation initiale peut être variable et la mise à jour des programmes peut prendre du temps. Ainsi les sages-femmes peuvent ne pas se sentir compétentes dans les domaines de la contraception à la sortie de leur formation initiale, elles utilisent donc la formation continue pour pallier à ce manque et ensuite développer cette activité.

À l'inverse, on ne retrouve pas l'année d'obtention du diplôme comme une caractéristique influente. Les sages-femmes pratiquant ou voulant pratiquer une activité de gynécologie ou de contraception ont un point commun : le souhait de développer ces activités. Les raisons pouvant inciter les sages-femmes à vouloir développer ces activités sont l'évolution de la profession, la sur-dotation en sage-femme, et le développement d'une activité libérale. Ainsi les deux groupes de sages-femmes ont le même profil concernant cette caractéristique.

Si les sages-femmes veulent développer une nouvelle activité elles devront faire une formation continue dans ce domaine et ceci est en accord avec les hypothèses évoquées lors de la discussion sur l'influence de la formation continue. Pour confirmer cette hypothèse il faudrait interroger les sages-femmes sur leurs motivations à développer une nouvelle activité.

V- Conclusion

Cette étude nous a permis de démontrer que les départements de Savoie et Haute-Savoie sont très attractifs et donc sur-dotés : une majorité de professionnels est formée au sein de la région et on retrouve un taux supérieur à la moyenne régionale de sages-femmes formées à l'étranger.

Nous avons pu confirmer notre hypothèse de travail : en 2014, 78% des sages-femmes de notre étude ont inclus au sein de leur activité professionnelle les nouvelles compétences apportées par la loi Hôpital Patient Santé Territoire de 2009. Les consultations de gynécologie sont légèrement plus présentes que les consultations de contraception dans la pratique des sages-femmes (73% versus 70%). Soixante-six pour cent des sages-femmes pratiquent à la fois des consultations de contraception et des consultations de gynécologie.

Cette étude permet aussi de conclure que seule l'année d'obtention du diplôme est une caractéristique professionnelle influençant la pratique professionnelle ($p = 0,009$). En effet il apparaît que les sages-femmes diplômées après 2009 et après 2001 sont proportionnellement plus nombreuses à pratiquer des consultations de contraception. Seules les sages-femmes diplômées après 2009 sont plus nombreuses à pratiquer des consultations de gynécologie. Après discussion de nos résultats, l'année d'obtention du diplôme influence avant tout la motivation des sages-femmes à vouloir pratiquer ces nouvelles compétences du fait de la modification du profil de la profession, d'une meilleure reconnaissance professionnelle et des difficultés d'emplois.

De plus, l'analyse de nos résultats nous démontre que les sages-femmes pratiquant ou voulant pratiquer une activité en lien avec les nouvelles compétences vont s'orienter vers la formation continue pour y parvenir. En revanche nous n'avons pas démontré que la formation initiale a une influence sur la pratique de ces nouvelles compétences ($p = 0,6$). Le souhait de pratiquer ces activités et la qualité de la formation initiale étant les principales causes retrouvées.

Enfin la comparaison entre les groupes de sages-femmes pratiquant des consultations de contraception ou de gynécologie avec les groupes de sages-femmes voulant pratiquer ces consultations nous permet d'observer que l'année d'obtention n'est plus une caractéristique différente, ainsi les sages-femmes ont le même profil ce qui explique leur motivation comparable. En revanche la formation continue reste une caractéristique qui différencie le groupe de sages-femmes pratiquant une activité de contraception de celles voulant la pratiquer, nous permettant de conclure qu'à motivation égale c'est la formation continue qui fera la différence.

Afin de compléter nos résultats, il serait intéressant d'étudier les raisons qui poussent les sages-femmes à ne pas pratiquer de consultation de gynécologie ou de contraception et ainsi d'établir un parallèle avec les motivations qui poussent les sages-femmes à pratiquer ces activités. Lors de la discussion de nos résultats concernant la formation initiale, il a été difficile de conclure. Pour pouvoir approfondir ces résultats une étude devrait être menée sur la promotion de sages-femmes diplômées en 2015, afin de ré-évaluer l'influence de la formation initiale.

Pour finir, rappelons que depuis 2001, les sages-femmes ont le droit de participer aux consultations de planning familial. Récemment, en juillet 2015, la loi de santé publique vient apporter de nouvelles compétences aux sages-femmes. En effet, les sages-femmes pourront prendre en charge les IVG médicamenteuses en dehors des structures hospitalières. Il s'agit là d'une nouvelle compétence s'ajoutant spécifiquement à l'activité d'une sage-femme libérale. Si cette nouvelle loi a l'impact de la loi HPST de 2009, le pourcentage de sages-femmes développant une activité de gynécologie et de contraception devrait s'accroître de nouveau. Il sera intéressant d'effectuer à plus long terme de nouvelles études sur l'activité des sages-femmes libérales, afin de déterminer l'impact de cette loi.

Références Bibliographiques

1. République Française. Article R.4127-313. Code de la santé publique.
2. République Française. Article L.4151-1 modifié par la loi N°2011-814 du 7 juillet 2011 Article 38. Code de la santé publique.
3. République Française. Article 24 L.5134, relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception de Juillet 2001. Code de la santé publique.
4. République Française. Article L. 5134 de la loi relative à la politique de santé publique d'Août 2004. Code de la santé publique.
5. Bachelot R. Loi N°2009-879 dite HPST Article L4151-1. Journal Officiel de la République Française du 16 juillet 2009. Code de la santé publique.
6. Direction de la Recherche et des Études de l'Évaluation et des Statistiques. Rapport N° 765 Les Interruptions volontaires de grossesse en France ; 2011.
7. Direction de la Recherche et des Études de l'Évaluation. Démographie des sages-femmes en France ; 2011.
8. Conseil National de l'Ordre des Médecins. La démographie médicale en région Rhône-Alpes. 2013.
9. Agence Régionale de Santé. États des lieux des sages-femmes en Rhône-Alpes ; 2013.
10. Préfet de la Savoie. Décret des communes de Savoie ; 2014.
11. Préfet de la Haute-Savoie. Décret des communes de Haute-Savoie ; 2014.
12. Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Nomenclature Générale des Actes Professionnels © 2015 [Consulté le 15 Août 2015]. Disponible sur : www.ameli.fr .
13. Agence Régionale de Santé. États des lieux des sages-femmes en Rhône-Alpes ; 2013.
14. Centre Max WEBER PC. Les Sages-femmes en France ; 2011.
15. Cours des comptes. Chapitre VI : Le rôle des sages-femmes dans le système de soins ; Septembre 2011.
16. Andre P. Activité et revenu des sages-femmes libérales du RPAI ; 2013.
17. Conseil National de l'Ordre des Médecins. La démographie médicale en région Rhône-Alpes ; 2013.
18. Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France. Statistiques cotisants ; 2010.
19. Jalma, IFOP Observatoire de l'accès aux soins. Pénurie de médecins ; 2014.
20. Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Les consultations en Métropole © 2015 [Consulté le 15 Août 2015]. Disponible sur : www.ameli.fr

21. Conseil National de l'Ordre des sages-femmes. Article 3.4.1 de la convention des sages-femmes libérales ; 2007.
22. Agence Régionale de Santé. Détermination des zones fragiles en Rhône-Alpes ; 2013.
23. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Arrêté portant approbation à la convention nationale des sages-femmes libérales ; 12 Mars 2012.
24. Conseil National de l'Ordre des sages-femmes Faut-il abaisser le numerus clausus ? Contact Sages-femmes, la lettre du conseil de l'ordre ; N° 34.
25. République Française. Article R.4127-325. Code de la santé publique.
26. Ministre de l'éducation Nationale. Arrêté fixant le programme des études de sages-femmes ; Décembre 2001.
27. Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes. Article L.4153-1 et L.4153-2. Code de déontologie.
28. Législation Belge. Arrêté royal relatif à l'exercice des professions de santé du 10 novembre ; 1967.
29. Règlement Cantonal de Genève. Règlement sur les professions de santé. ; Août 2006.
30. Union Professionnelle des sages-femmes belges. La formation des sages-femmes.
31. Fédération suisse des sages-femmes. La formation des sages-femmes.
32. Union Professionnelle des sages-femmes belges. Spécialités des sages-femmes libérales.

Annexes

ANNEXE I : Questionnaire de l'étude

ANNEXE II : Carte départementale de la densité des sages-femmes libérales

ANNEXE III : Carte de densité des gynécologues médicaux à l'échelle des bassins de vie de Rhône-Alpes

ANNEXE IV : Emploi des sages-femmes entre 2009-2011

ANNEXE I : Le questionnaire

Questionnaire mémoire

Bonjour,

Je me présente je m'appelle Emeline GARANCINI, je suis étudiante sage-femme à l'école de Grenoble.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude j'ai décidé de travailler sur la pratique des sages-femmes libérales afin d'évaluer l'activité gynécologique chez les sages-femmes, 6 ans après la mise en place de la loi de santé publique Hôpital Patient Santé Territoire de 2009.

Je me permet ainsi de vous proposer le choix de participer anonymement à cette étude en répondant à ce questionnaire. Il se remplit en moins de 5 minutes.

Dans ce questionnaire, le suivi gynécologique de prévention sera définie comme la pratique de consultations pour le dépistage des cancers avec examen gynécologique et sénologique et réalisation de Frottis cervico-utérin.

Les consultations de contraception seront définies comme des consultations avec prescription de contraception, insertion, suivi ou retrait des dispositifs intra-utérins ou des implants contraceptifs.

Vous pouvez me joindre aux coordonnées ci-dessous pour toute questions, remarques ou problèmes.
Je vous suis reconnaissante de votre précieuse collaboration.

Cordialement.

Emeline GARANCINI

06 50 65 73 76

emeline.garancini@gmail.com

***Obligatoire**

1ère partie: Votre activité:

Pratiquez-vous le suivi gynécologique de prévention comme défini ci-dessus ? *

Oui

Non

Sinon, est-ce une pratique que vous aimeriez développer ?

Oui
Non

Pratiquez-vous des consultations de contraception comme défini ci-dessus ? *

Oui
Non

Sinon, est-ce une pratique que vous aimeriez développer ?

Oui
Non

Posez-vous des implants contraceptifs ? *

Oui
Non

Les retirez-vous ? *

Oui
Non

Posez-vous des dispositifs intra-utérin ? *

Oui
Non

Les retirez-vous ? *

Oui
Non

Afin d'évaluer votre activité sur l'année, pourriez-vous me préciser votre chiffre d'affaire pour l'année 2014 ?

2ème partie: Votre formation:

Avez-vous bénéficié d'une formation initiale concernant le suivi gynécologique de prévention au cours de vos études ? *

Oui
Non

Avez vous bénéficié d'une formation continue concernant le suivi gynécologique de prévention ? *

Oui
Non

Si oui, laquelle ?

Avez-vous bénéficié d'une formation initiale concernant le suivi de contraception au cours de vos études ? *

Oui
Non

Avez vous bénéficié d'une formation continue concernant le suivi de contraception ? *

Oui
Non

Si oui, laquelle ?

3ème partie: Votre profil:

Vous êtes: *

Un homme

Une femme

Quel âge avez vous ? *

Quel est votre mode d'exercice ? *

Libéral exclusif

Mixte

Travaillez-vous ? *

Seul

En association

En collaboration

En tant que remplaçante

Quelle est la commune d'installation de votre cabinet ? *

Depuis combien d'année exercez-vous en libéral ? *

Quelle est l'année d'obtention de votre diplôme d'état de sage-femme ? *

Dans quelle école avez-vous fait vos études ? *

100 % : vous avez réussi.

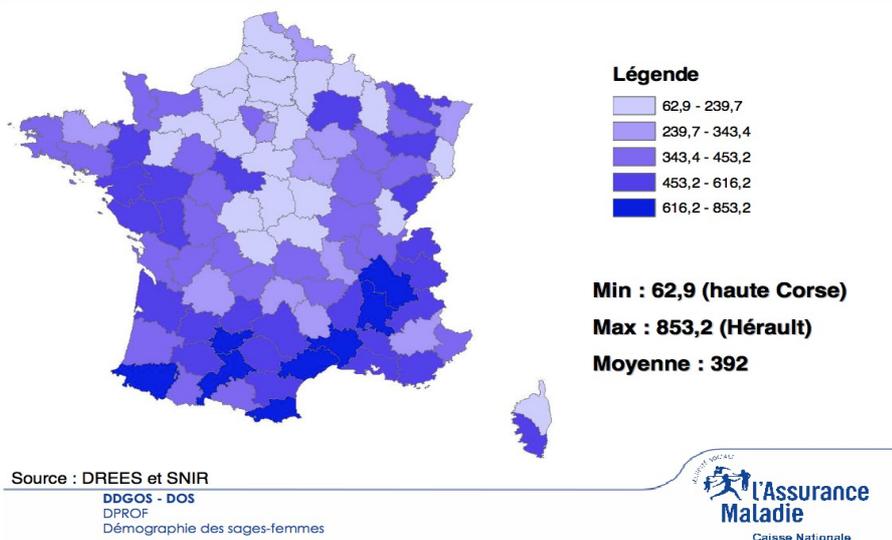
N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

Fourni par Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

[Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)

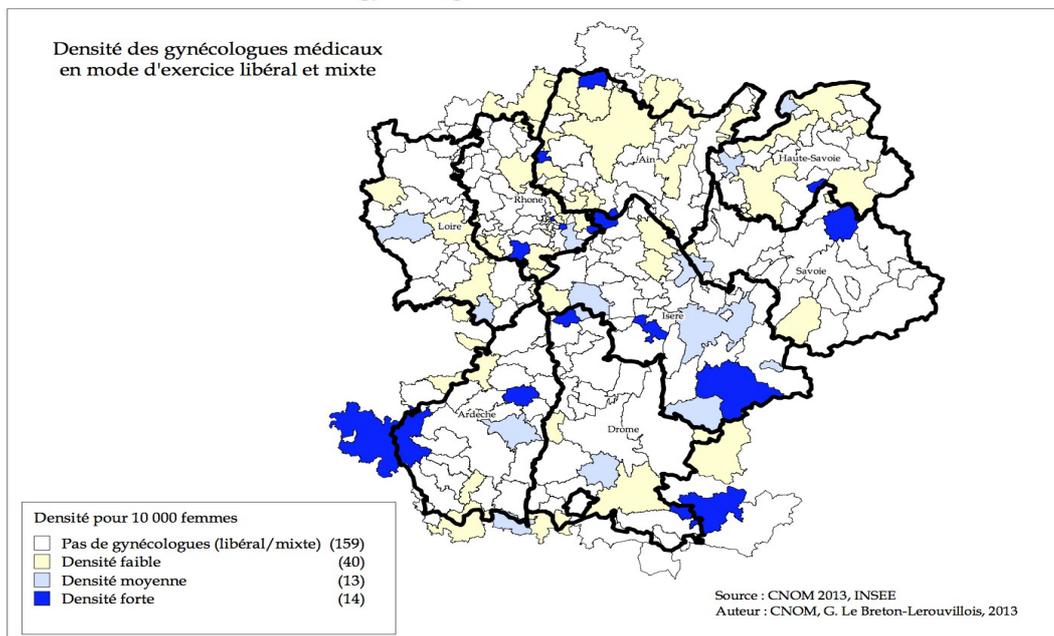
ANNEXE II : Carte départementale de la densité des sages-femmes libérales

Densité de sages-femmes libérales pour 100 000 naissances en 2010



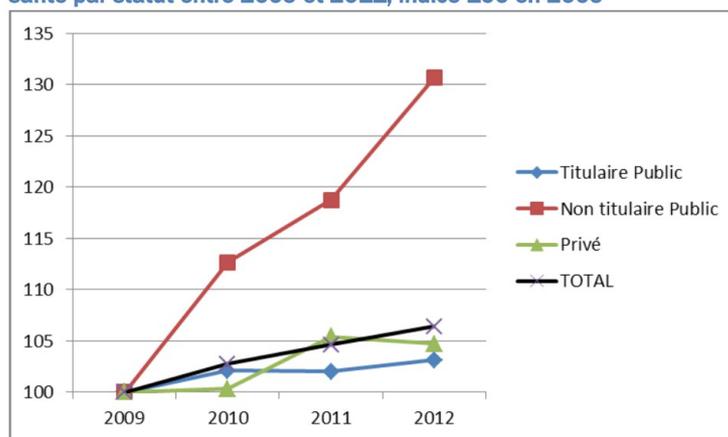
ANNEXE III : Carte de densité des gynécologues médicaux à l'échelle des bassins de vie de Rhône-Alpes

● Carte n°5: Densité et variation des gynécologues médicaux à l'échelle des bassins de vie



ANNEXE IV : Emploi des sages-femmes entre 2009-2011

Graphique 2 : Evolution du niveau d'emploi des sages-femmes salariées en établissement de santé par statut entre 2009 et 2011, indice 100 en 2009



Source : SAE – données administratives, ministère de la santé, Drees
Champ : France entière – tous établissements – état de validation : tous

Résumé

Objectif : Définir si en 2014 les sages-femmes libérales de Savoie et Haute-Savoie pratiquent des consultations de suivi gynécologique de prévention ou des consultations de contraception. Définir les caractéristiques professionnelles influençant la pratique de ces activités, les formations continues et le souhait de développer ces activités.

Matériel et Méthode : Il s'agit d'une étude descriptive réalisée auprès de 107 sages-femmes libérales des départements de Savoie et Haute-Savoie. Un questionnaire disponible en ligne leur a été envoyé. Le critère de jugement principal est le pourcentage de sages-femmes faisant appel aux nouvelles compétences au sein de leur activité professionnelle. Les critères de jugements secondaires sont les caractéristiques professionnelles, les formations continues, le souhait des sages-femmes de développer une activité gynécologique ou contraceptive.

Résultats : Soixante-quatre sages-femmes libérales ont participé à l'enquête et 78% d'entre-elles font appel aux nouvelles compétences au sein de leur activité professionnelle. Seule l'année d'obtention du diplôme est une caractéristique influençant la pratique de consultations de contraception et de gynécologie ($p = 0,009$). La formation initiale n'a pas d'influence ($p = 0,6$) : le souhait de pratiquer ces activités ou la qualité de la formation initiale pouvant être les principales causes. Les sages-femmes souhaitant développer une activité de contraception devront mettre en place une formation continue.

Conclusion : Les sages-femmes ont développé une activité de gynécologie et de contraception au sein de leur activité professionnelle. Les sages-femmes diplômées après 2009 sont plus susceptibles de faire appel aux nouvelles compétences.

Mots-clés : sages-femmes libérales, loi HPST, 2014, gynécologie, contraception.