



HAL
open science

État des lieux de la pratique du suivi gynécologique de prévention et des consultations de contraception : étude menée en 2014 auprès des sages-femmes d'Auvergne

Élodie Giraud

► To cite this version:

Élodie Giraud. État des lieux de la pratique du suivi gynécologique de prévention et des consultations de contraception : étude menée en 2014 auprès des sages-femmes d'Auvergne. Gynécologie et obstétrique. 2015. dumas-01348879

HAL Id: dumas-01348879

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01348879>

Submitted on 18 Nov 2016

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

**ECOLE DE SAGES-FEMMES
DE
CLERMONT- FERRAND
Université d'Auvergne – Clermont 1**

**Etat des lieux de la pratique du suivi gynécologique
de prévention et des consultations de contraception**

Etude menée en 2014 auprès des sages-femmes d'Auvergne

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

Elodie GIRAUD

Née le 26 08 1990

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2015

Remerciements

A Madame Elisabeth Tarraga, ma directrice de mémoire et Mme Séverine Taithe, sage-femme enseignante référente de ce mémoire, pour l'aide que vous m'avez apportée.

Aux sages-femmes ayant participé à l'étude.

A ma famille pour le soutien précieux qu'elle m'a apporté pendant ces années d'étude. Un grand merci à ma mère pour sa patience, sa compréhension, sa force et de n'avoir jamais douté.

A Oriane Viala pour notre amitié qui m'est devenue si précieuse. Merci d'être ce que tu es. Un grand merci à Lucie Arzac, Amélie Novais et Laurine Bergeron pour ces moments de joie, de doute que l'on a partagés ensemble. Vous êtes des personnes en or, vous méritez le meilleur.

Aux étudiantes de ma promotion pour ces 4 années de bons souvenirs qu'elles m'ont offerts.

Glossaire :

HPST : Hôpital Patient Santé et Territoire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

PACES : Première Année Commune aux Etudes de Santé

ECTS : European Credits Transfer System

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de la Grossesse

DPC : Développement Professionnel Continu

FIFPL : Fonds Interprofessionnels de Formation des Professionnels Libéraux

DU : Diplôme Universitaire

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

FCU : Frottis Cervico-Utérin

INCA : Institut National du Cancer

ABIDEC : Association Bourbonnaise Interdépartementale de Dépistage des Cancers

ARDOC : Association Régionale des Dépistages Organisés des Cancers

HPV : Human Papilloma Virus

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

HAS : Haute Autorité de Santé

INPES : Institut National de Prévention et d'Education à la Santé

ONSSF : Organisation Nationale Syndicale des Sages-Femmes

IMC : Indice de Masse Corporelle

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

PMI : Protection Maternelle et Infantile

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

CIR2 : Conseil Interrégional du secteur 2

SA : Semaine d'Aménorrhée

Table des matières :

INTRODUCTION	1
REVUE DE LA LITTERATURE	2
1) Les sages-femmes	2
1.1) Définition :	2
1.2) Démographie médicale	2
1.3) Formation	4
1.4) Compétences	7
1.5) Evolution des compétences des sages-femmes	9
2) Le suivi gynécologique de prévention	11
2.1) Le dépistage du cancer du sein	11
2.2) Le cancer du col de l'utérus	12
3) Les consultations de contraception	15
3.1) Déroulement d'une consultation de contraception	15
3.2) Les différents moyens contraceptifs	17
3.3) La contraception en France	18
4) Cotation des actes gynécologiques	19
MATERIELS ET METHODE	22
1) Type d'étude	22
2) Durée de l'étude	22
3) Lieux de l'étude	22
4) Population	23
4.1) Population cible	23
4.2) Population source	23
5) Critères de sélection des sujets	23
5.1) Critères d'inclusion	23

5.2) Critères d'exclusion	24
6) Le recueil des données	24
6.1) Les variables recueillies	24
6.2) Le mode de recueil des données	25
6.3) Le circuit des données.....	25
7) L'informatisation	26
7.1) Le codage des données	26
7.2) La saisie des données	26
7.3) Le contrôle qualité	26
8) L'analyse des données	27
8.1) Les groupes comparés	27
8.2) Les tests statistiques utilisés	27
8.3) Les logiciels d'analyse utilisés	27
9) Budget	27
10) Aspects éthique et réglementaire	28
11) Calendrier	28
RESULTATS	29
1) Description de l'échantillon d'étude	29
1.1) Age et sexe	29
1.2) Date d'obtention du diplôme de sage-femme	29
1.3) Département d'exercice	29
1.4) Mode d'exercice	30
1.5) Activités des sages-femmes hospitalières	30
2) Connaissances de la législation avant et après 2009	31
2.1) Loi Hôpital Patient Santé et Territoire de 2009	31
2.2) Compétences des sages-femmes avant la loi HPST de 2009	32
2.3) Compétences des sages-femmes après la loi HPST de 2009	33

3) Etat des lieux de la pratique des sages-femmes concernant la contraception	34
.....	
3.1) Information sur la contraception	34
3.2) Les consultations de contraception	35
3.3) La prescription de contraception	36
3.4) Pose et retrait de DIU et d'implants.....	37
3.5) Surveillance des différents moyens de contraception	39
4) Etat des lieux de la pratique des sages-femmes concernant le suivi gynécologique de prévention	41
4.1) Les consultations gynécologiques de prévention.....	41
4.2) L'examen sénologique	42
4.3) Dépistage du cancer du col de l'utérus par les FCU	45
5) Evaluation de la formation initiale et des formations complémentaires	48
5.1) Formation initiale	48
5.2) Formations complémentaires	50
6) Evaluer l'évolution de la patientèle	52
6.1) Elargissement de la patientèle	52
6.2) Un meilleur suivi des femmes	52
6.3) Information des patientes sur les nouvelles compétences	52
6.4) Motifs incitant à choisir une sage-femme pour le suivi gynécologique	53
7) Opinion des sages-femmes concernant leurs nouvelles compétences	53
7.1) Lien profession/compétences	53
7.2) Evolution et reconnaissance de la profession	53
7.3) Les attentes des sages-femmes	54
DISCUSSION	55
1) Critique de l'étude	55
1.1) Points faibles de l'étude	55
1.2) Points forts	55

2) Analyse de l'étude	56
2.1) Le profil de la population.....	56
2.2) Connaissances de la législation.....	57
2.3) La contraception	58
2.4) Le suivi gynécologique de prévention	60
2.5) Formations	64
2.6) Les attentes des sages-femmes	67
3) Projets d'action.....	68
CONCLUSION	70
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	71
ANNEXES	76

Introduction

La loi HPST, promulguée le 21 juillet 2009 et publiée le 22 juillet 2009 au Journal Officiel, avait pour ambition de réorganiser et moderniser l'ensemble du système de santé. L'article 86 de la loi HPST de 2009, modifiant l'article L. 4151-1 du code de la santé publique, a représenté une véritable évolution pour la profession de sage-femme en élargissant leurs compétences à la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention auprès des femmes, quel que soit leur âge, sous réserve d'adresser les patientes aux médecins en cas de pathologie. Des études ont été réalisées en 2010 et en 2013, dans diverses régions telles que le Nord-Pas de Calais, la Picardie, la Champagne-Ardenne, la Lorraine, l'Alsace et en Haute-Normandie, afin d'explorer les pratiques des sages-femmes concernant le suivi gynécologique et les consultations de contraception. Cinq ans après la loi HPST, comment les sages-femmes d'Auvergne ont-elles investi ces nouvelles compétences ?

L'objectif principal de cette étude est de décrire la pratique des sages-femmes d'Auvergne, en 2014, concernant les consultations de contraception et le suivi gynécologique de prévention.

Les objectifs secondaires sont d'évaluer les connaissances des sages-femmes d'Auvergne sur l'évolution de la législation, d'obtenir l'avis des sages-femmes sur la formation initiale et les formations complémentaires concernant le suivi gynécologique de prévention et les consultations de contraception, et de recueillir leur opinion concernant les nouvelles compétences qui leurs sont attribuées.

Afin de définir la thématique de ce mémoire, nous avons réalisé en première partie une revue de la littérature portant sur quatre grands axes : un premier dédié aux sages-femmes, un second au suivi gynécologique de prévention, un troisième aux consultations de contraception et un quatrième sur la cotation des actes gynécologiques.

Nous exposerons les méthodes et les résultats de l'étude réalisée en 2014, auprès des sages-femmes d'Auvergne, sur leur pratique du suivi gynécologique de prévention et des consultations de contraception.

Enfin dans une dernière partie, nous discuterons des résultats de cette étude.

Revue de la littérature

1) Les sages-femmes

1.1) Définition :

L'OMS définit la sage-femme comme étant «Une personne qui a suivi un programme de formation reconnu dans son pays, a réussi avec succès les études afférentes et a acquis les qualifications nécessaires pour être reconnue ou licenciée en tant que sage-femme. Elle doit être en mesure de donner la supervision, les soins et les conseils à la femme enceinte, en travail et en période post-partum, d'aider lors d'accouchement sous sa responsabilité et prodiguer des soins aux nouveau-nés et aux nourrissons. Ses soins incluent des mesures préventives, le dépistage des conditions anormales chez la mère et l'enfant, le recours à l'assistance médicale en cas de besoin et l'exécution de certaines mesures d'urgence en l'absence d'un médecin. Elle joue un rôle important en éducation sanitaire, non seulement pour les patientes, mais pour la famille et la préparation au rôle de parents et doit s'étendre dans certaines sphères de la gynécologie, de la planification familiale et des soins à donner à l'enfant. La sage-femme peut pratiquer en milieu hospitalier, en clinique, à domicile ou en tout autre endroit où sa présence est requise » (1).

1.2) Démographie médicale

1.2.1) National

D'après une étude menée par la DREES, au 1^{er} janvier 2014, en France métropolitaine, 19764 sages-femmes étaient en exercice :

- 70 % des sages-femmes sont salariées hospitalières (public et privé confondus)
- 6 % des sages-femmes sont des salariées non hospitalières
- L'exercice en libéral ou mixte représente 24 % des sages-femmes.

L'âge moyen des sages-femmes est de 44 ans. Il y a 98 % de femmes et 2 % d'hommes dans la profession (2).

Selon une étude de la DRESS en 2011, les salariées non hospitalières ainsi que celles qui exercent en libéral sont plus âgées que les sages-femmes hospitalières. La majorité des sages-femmes débutent leur carrière comme salariée hospitalière bien que la législation ne les y oblige pas.

Les régions les mieux dotées en sages-femmes sont : le Languedoc- Roussillon, la région Rhône-Alpes, la Franche-Comté, la Lorraine et les départements d'outre-mer. A l'inverse la Picardie, l'Ile-de-France, la Corse et le Nord-Pas-de-Calais sont les régions les moins dotées. On constate que la densité régionale des sages-femmes n'est pas corrélée à celle des gynécologues-obstétriciens. Les inégalités de répartition pour l'ensemble de la profession sont beaucoup plus marquées dans le secteur libéral. La répartition des sages-femmes salariées est plus en adéquation avec la population des femmes en âge de procréer que celle des sages-femmes libérales.

Si les comportements restent constants et sans nouvelles mesures des pouvoirs publics, en 2030, la France comptabiliserait une hausse de 40 % du nombre de sages-femmes par rapport à 2011. Entre 2010 et 2020, le nombre de sages-femmes libérales va augmenter (de 5,6 % par an en moyenne) alors que le nombre de sages-femmes salariées devrait rester stable (augmentation de 0,4 % par an). En 2030, une sage-femme sur 3 exercerait en libéral. Cette augmentation peut notamment s'expliquer par l'augmentation du nombre total de sages-femmes et d'une stabilisation du nombre de postes offerts à l'hôpital. En effet dans le secteur public, il y a un quasi maintien des effectifs, par conséquent les sages-femmes ont de plus en plus de mal à trouver un poste en hôpital. Sur cette même période, une diminution d'environ 6 % du nombre de gynécologues-obstétriciens et une diminution de 7,6 % du nombre de médecins généralistes par rapport au niveau actuel sont annoncées.

Face à ce constat démographique et en vue des nouvelles compétences qui leurs sont attribuées, le rôle des sages-femmes dans la santé génésique des femmes est probablement amené à se développer dans les années qui viennent (3-4).

1.2.2) Auvergne

Selon la DRESS, en Auvergne au 1^{er} janvier 2014, il y avait 434 sages-femmes qui exerçaient à titre libéral ou salarié. L'âge moyen des sages-femmes était de 48 ans. La répartition des professions de santé est inégale avec des densités plus faibles dans le Cantal et en Haute-Loire (2).

Tableau 1: Répartition des sages-femmes d'Auvergne selon leur mode d'exercice (n=434).

	Salariée hospitalière %(n)	Libérale ou mixte %(n)	Salariée non hospitalière %(n)	Total
Puy-de-Dôme	74 (170)	21 (49)	5 (12)	231
Allier	83 (95)	11 (13)	6 (7)	115
Haute-Loire	55 (26)	34 (16)	11 (5)	47
Cantal	73 (30)	22 (9)	5 (2)	41
Auvergne	74 (321)	20 (87)	6 (26)	434

Parallèlement, en 2013, en Auvergne, les médecins généralistes libéraux et mixtes étaient 1671 : soit une baisse des effectifs de 6,7 % entre 2007 et 2013. Ils sont âgés en moyenne de 52 ans.

Concernant les gynécologues, les effectifs ont diminué de 22 % entre 2008 et 2013. Au cours de l'année 2013, 50 gynécologues étaient inscrits aux tableaux des ordres départementaux. On prévoit une diminution de 18 % des effectifs entre 2013 et 2018.

L'âge moyen en 2013 était de 59 ans (5).

1.3) Formation

1.3.1) La formation initiale

L'organisation de la formation initiale est définie par l'arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme et l'arrêté du 19 juillet 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques. La formation initiale se déroule en cinq ans. L'accès à l'école de sage-femme est conditionné par un classement en rang utile à l'issue de l'examen réalisé

en PACES. La PACES, définie par l'arrêté du 28 octobre 2009, est une première année d'étude commune aux études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques. Elle existe depuis la rentrée universitaire 2010-2011 (6-7-8).

Ensuite la formation se déroule en deux phases de deux années chacune. La formation contient des enseignements théoriques, pratiques et cliniques. Le diplôme d'Etat de sage-femme est délivré à l'issue de ces cinq années en ayant validé toutes les unités d'enseignement, les stages, le Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique et en soutenant le mémoire avec succès (9).

La formation comprend une unité d'enseignement nommée Gynécologie - santé génésique des femmes et assistance médicale à la procréation représentant 4 à 8 d'ECTS (1 ECTS représente 25 à 30 heures de cours). Parmi les objectifs de cette unité d'enseignement, on retrouve :

- Informer et conduire une consultation de contraception
- Conduire une consultation péri-conceptionnelle
- Assurer le suivi gynécologique de prévention et connaître les enjeux de la lutte contre le VIH et les IST
- Acquérir des connaissances permettant l'apprentissage de la rééducation périnéale
- Réaliser une échographie gynécologique de dépistage
- Dépister et participer à la prise en charge des femmes présentant une ou des infections et pathologies gynécologiques
- Maîtriser les bonnes pratiques de dépistage des IST : indications, prise en charge du partenaire
- Pouvoir répondre aux demandes liées au désir d'enfant, à la contraception ou à l'interruption volontaire de grossesse (IVG)
- Informer et participer à la prise en charge des femmes ayant recours à l'IVG
- Favoriser le dialogue autour de la sexualité et pouvoir répondre ou orienter en cas de plaintes
- Offrir un suivi de qualité adapté à la personne en favorisant les conditions d'expression et d'écoute

D'autre part, des stages de planification et de surveillance gynécologique sont réalisés, ils représentent 8 à 14 ECTS (1 ECTS de stage équivaut à 30 heures) (6).

1.3.2) La formation continue

Tout au long de leur pratique les sages-femmes ont une obligation de DPC selon les articles L4153-1 et R4127-304 du code de la Santé Publique (10-11).

- Une formation continue des sages-femmes hospitalières est possible à l'initiative de l'établissement employeur, ou à l'initiative des sages-femmes elles-mêmes avec l'accord de leur employeur.
- Une validation des acquis de l'expérience permet de compléter leur formation ou d'obtenir un diplôme dans un objectif professionnel ou personnel.
- Les diplômes universitaires ou interuniversitaires sont aussi accessibles pour les sages-femmes.
- Les formations non diplômantes participent aussi au développement professionnel continu (congrès, assises, enseignements postuniversitaires, formations intra-hospitalières, etc...).(12)
- Dans le cas de l'exercice en libéral, il existe deux types de formations indemnisées:
 - Dans le cadre du DPC ; les sages-femmes sont indemnisées par demi-journée (132.50€) avec un maximum de 3 journées (ou 6 demi-journées) pour les programmes présentiels ou mixtes, ou alors elles sont indemnisées par programme de maximum 3 étapes pour les programmes non-présentiels.
 - Dans le cadre du FIFPL ; une prise en charge annuelle par professionnel est plafonnée à 480€, dans la limite de budget de la profession, de toute formation liée à la pratique professionnelle dans le cadre du décret des compétences et de la législation en vigueur de l'exercice libéral (13-14).

Un groupe de travail du 1^{er} décembre 2009, dont l'un des objectifs était de statuer sur les types de formations adaptés, a défini que le programme de formation initiale est adapté pour la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique depuis 2001. Cependant, il est nécessaire que les diplômées plus anciennes aient une formation complémentaire dans le cadre du DPC (15).

Des DU et DIU relatifs au suivi gynécologique et aux consultations de contraception ont été ouverts aux sages-femmes. Différentes formations sont possibles, contenant des parties théoriques et pratiques (16-17).

D'après une étude réalisée auprès des sages-femmes de la Lorraine, en 2014, la demande de formations supplémentaires en matière de suivi gynécologique de prévention et de consultations de contraception est importante. La majorité des sages-femmes ont assisté à des séminaires sur 2-3 jours, 37 % ont assisté à des formations ponctuelles et 10 % ont réalisé un DU. On peut noter que les sages-femmes souhaitent au cours de la formation choisie, une partie pratique par l'intermédiaire de travaux pratiques mais aussi de stages auprès de collègues expérimentés ou de gynécologues. Les raisons de défaut de perfectionnement des connaissances sont : un désintérêt (surtout pour les sages-femmes les plus âgées), des difficultés à réinvestir leur plages horaires pour du suivi gynécologique de prévention et/ou des consultations de contraception, le coût onéreux des formations, des DIU/DU et la saturation des inscriptions aux formations (18).

1.4) Compétences

L'article L4151-1 du Code de la Santé Publique, modifié par l'article 38 de la loi n°2011-814 du 7 juillet 2011, définit les compétences des sages-femmes : « L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant, sous réserve des dispositions des articles L. 4151-2 à L. 4151-4 et suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession, mentionné à l'article L. 4127-1.

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

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

Les sages-femmes sont autorisées à concourir aux activités d'assistance médicale à la procréation, dans des conditions fixées par décret » (19).

L'article R4127-318 du Code de déontologie, modifié le 20 juillet 2012, précise les compétences des sages-femmes :

« 1° 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 :

- a) Les femmes à l'occasion du suivi gynécologique de prévention et de la réalisation de consultations de contraception ;
- b) Les femmes pendant la grossesse, l'accouchement et durant la période postnatale
- c) Le fœtus ;
- d) Le nouveau-né ;

2° La sage-femme est notamment autorisée à pratiquer :

- a) L'échographie gynéco-obstétricale ;
- b) L'anesthésie locale au cours de l'accouchement ;
- c) L'épisiotomie, la réfection de l'épisiotomie non compliquée et la restauration immédiate des déchirures superficielles du périnée ;
- d) La délivrance artificielle et la révision utérine ; en cas de besoin, la demande d'anesthésie auprès du médecin anesthésiste-réanimateur peut être faite par la sage-femme ;
- e) La réanimation du nouveau-né dans l'attente du médecin ;
- f) Le dépistage des troubles neuro-sensoriels du nouveau-né ;
- g) L'insertion, le suivi et le retrait des dispositifs intra-utérins et des implants contraceptifs ;
- h) La rééducation périnéo-sphinctérienne en cas de troubles consécutifs à un accouchement
- i) Des actes d'acupuncture, sous réserve que la sage-femme possède un diplôme d'acupuncture délivré par une université de médecine et figurant sur une liste arrêtée par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur, ou un titre de formation équivalent l'autorisant à pratiquer ces actes dans un Etat membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

La sage-femme est également autorisée, au cours du travail, à effectuer la demande d'analgésie loco-régionale auprès du médecin anesthésiste-réanimateur. La première injection doit être réalisée par un médecin anesthésiste-réanimateur. La sage-femme peut, sous réserve que ce médecin puisse intervenir immédiatement, pratiquer les

réinjections par la voie du dispositif mis en place par le médecin anesthésiste-réanimateur et procéder au retrait de ce dispositif.

Dans le cadre des dispositions de l'article L. 4151-3, la sage-femme est autorisée à réaliser les examens cliniques et techniques prescrits par un médecin en cas de pathologie maternelle ou fœtale identifiée » (20).

Dans le cadre des dispositions de l'article L. 4151-2, la sage-femme est autorisée « à pratiquer les vaccinations dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé » (21).

L'arrêté du 4 février 2013, modifiant l'arrêté du 12 octobre 2011, fixe la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes (22).

1.5) Evolution des compétences des sages-femmes

Concernant la contraception, avant l'année 2004, les sages-femmes pouvaient d'après l'article L5134-1 du code de la santé publique:

- Délivrer la contraception d'urgence médicale aux mineures (celle-ci ne nécessitant pas de prescription médicale).
- Prescrire les capes, les diaphragmes et les contraceptifs locaux.
- Effectuer la première pose des capes et des diaphragmes.

La loi de santé publique du 11 août 2004, donne aux sages-femmes la possibilité de prescrire une contraception hormonale dans les suites de couches, lors de l'entretien post natal, et après une IVG :

« III. - 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. »

Suite à la modification de cet article par la loi HPST n°2009-879 du 21 juillet 2009, les sages-femmes ont le droit de :

- Prescrire et effectuer la pose des contraceptifs intra-utérins.
- Prescrire les contraceptions hormonales à tout moment.

Cependant la surveillance et le suivi biologique doivent être réalisés par le médecin traitant (23).

Puis la loi n°2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé a validé, dans son article 44, la suppression de la phrase : « La surveillance et le suivi biologique sont assurés par le médecin traitant ». Les sages-femmes sont donc habilitées à réaliser la surveillance et le suivi biologique d'une contraception (24).

L'arrêté du 12 octobre 2011, modifié par l'arrêté du 4 février 2013, fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes, autorise les SF à prescrire les « contraceptifs sous toutes leurs formes et voies d'administration » (25).

La loi HPST n°2009-879 de 2009 a également permis la modification de l'article L. 4151-1 du code de la santé publique en étendant le champ des compétences des sages-femmes à «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. » (26-19).

Concernant les FCU, depuis l'arrêté du 17 octobre 1983, ils appartiennent à la liste des examens radiologiques, de laboratoire et de recherche que les sages-femmes peuvent prescrire (27). L'article R4127-318 modifié par le décret n°2006-1268 du 17 octobre 2006 permet aux sages-femmes de pratiquer les FCU au cours de la grossesse et lors de l'examen postnatal (28). Puis la loi HPST de 2009 va autoriser les sages-femmes à le réaliser dans le cadre du suivi gynécologique de prévention, sous réserve d'adresser la patiente à un médecin en cas de pathologie.

2) Le suivi gynécologique de prévention

2.1) Le dépistage du cancer du sein

2.1.1) Les modalités du dépistage

Dans le cadre du dépistage du cancer du sein, les professionnels médicaux réalisant le suivi gynécologique de prévention doivent réaliser une anamnèse complète auprès des patientes à la recherche de facteurs de risque de cancer du sein tels que les antécédents personnels et familiaux de cancer du sein mais aussi le surpoids, la consommation de tabac, d'alcool, l'exposition du corps aux hormones qui sont des facteurs pouvant favoriser la survenue du cancer. De même, un examen clinique mammaire doit être réalisé. Ils ont un rôle majeur dans l'éducation des femmes à l'autopalpation mammaire (29).

La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique permet aux sages-femmes de prescrire tous les examens « strictement nécessaires à l'exercice de leur profession. » (30). L'article L4151-1 du code de la santé publique, modifié par la loi HPST de 2009, permet l'extension des compétences des sages-femmes au suivi gynécologique de prévention leur conférant un rôle important dans le dépistage du cancer du sein. Elles sont donc habilitées à prescrire une échographie et/ou une mammographie en cas d'anomalie dépistée lors de l'examen clinique. Elles doivent diriger les femmes auprès d'un médecin en cas de pathologie.

2.1.2) Le dépistage organisé

Selon l'INCA, l'incidence du cancer du sein a augmenté entre 1980 et 2005, aujourd'hui elle tend à diminuer : en 2012 en France environ 48 763 nouveaux cas de cancer du sein étaient diagnostiqués chez les femmes. Il représente 40 % de l'ensemble des nouveaux cas de cancer chez la femme. La mortalité liée à ce cancer tend elle aussi à diminuer depuis la fin des années 1990. En 2012, elle concernait 11 886 femmes, faisant de ce cancer la première cause de mortalité féminine par cancer en France. Le

cancer du sein représente 19 % des décès par cancer. Cependant dans 9 cas sur 10, un cancer du sein guéri, s'il est détecté à un stade précoce.

Face à cet enjeu de santé publique, les autorités de santé ont mis en place un programme de dépistage organisé du cancer du sein, proposé systématiquement aux femmes âgées de 50 à 74 ans sans symptômes, ni facteurs de risque particuliers. Ce dépistage consiste à réaliser un examen clinique des seins et une mammographie tous les 2 ans. Il est pris en charge à 100 % par la caisse d'assurance maladie sans avance de frais. Une anomalie dépistée peut conduire à la réalisation d'examens complémentaires. Selon l'INCA, le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein s'élevait à 53 % en 2013 (29).

En Auvergne, l'ABIDEC-ARDOC est une association régionale de dépistage des cancers du sein, du col utérin et du cancer colorectal, regroupant les structures de gestion des dépistages départementales déjà existantes (ABIDEC pour l'Allier et ARDOC pour les 3 autres départements). Ces structures proposent aux femmes de 50 à 74 ans, un examen clinique et une mammographie tous les 2 ans chez un radiologue, pris en charge à 100 % par l'assurance maladie (31-32).

En 2014, pour la 10^{ième} année consécutive, le ministère des Affaires Sociales et de la Santé et l'Institut National du Cancer avait lancé une campagne d'information complète et objective sur les modalités de dépistage du cancer du sein, en partenariat avec l'Assurance Maladie, la Mutualité Sociale Agricole et le Régime Social des Indépendants. Malgré l'extension des compétences des sages-femmes au suivi gynécologique de prévention et donc au dépistage des cancers du sein, l'INCA ne faisait pas référence aux sages-femmes comme acteur de ce dépistage dans leur communiqué de presse (33).

2.2) Le cancer du col de l'utérus (34)

2.2.1) L'HPV

Selon l'INCA, en 2013 le cancer du col de l'utérus se situe au 12ème rang des cancers féminins. Il est responsable de 1000 décès par an. Il est le deuxième cancer féminin dans le monde. L'incidence et la mortalité liées au cancer du col de l'utérus

sont en baisses depuis les années 1980. En 2011, l'incidence était de 6,4 cas pour 100 000 femmes en France, le pic se situant autour de 40 ans. Le taux de mortalité est de 1,7 décès pour 100 000 femmes avec un pic à 51 ans.

L'infection par l'HPV représente le principal facteur de risque du cancer du col de l'utérus. Il existe plus de 150 types d'HPV et 40 sont responsables d'infections des organes génitaux masculins et féminins. Une vingtaine d'HPV sont à l'origine d'anomalies cellulaires modérées ou sévères, de lésions précancéreuses et de cancers. Dans 90 % des cas, l'infection est transitoire et s'élimine naturellement 1 à 2 ans après la contamination sexuelle. L'infection par les HPV génitaux est très fréquente ; 80 % des hommes et des femmes âgés de 50 ans ont été infectés par ces virus. Les HPV de types 16 et 18, sont présents dans plus de 70 % des cas de cancer invasif du col utérin en France. La contamination s'effectue à l'occasion de rapports sexuels même protégés. Une période d'une quinzaine d'années est considérée comme nécessaire entre les premières manifestations de la persistance virale et la survenue d'un cancer invasif.

2.2.2) La prévention contre le cancer du col de l'utérus

La prévention repose sur deux vaccins prophylactiques contre les affections liées aux papillomavirus ayant l'AMM. Les deux vaccins ont une protection contre les génotypes 16 et 18 et un des vaccins a également une protection contre les génotypes 6 et 11 qui sont à l'origine de lésions bénignes dites « condylomes » ou « verrues génitales » qui n'évoluent pas en cancer mais qui sont difficiles à traiter (Gardasil® et Cervarix®). Il y a trois injections nécessaires pour que la vaccination soit efficace. Pour le vaccin bivalent un schéma 0, 1 et 6 mois est nécessaire et pour le vaccin quadrivalent il faut un schéma 0, 2 et 6 mois. Il n'y a pas de campagne de vaccination systématique, c'est une démarche individuelle. Celle-ci est recommandée chez les jeunes filles de 11 à 14 ans avec un rattrapage possible entre 15 et 19 ans inclus. La vaccination ne protège pas contre tous les types d'HPV à l'origine du cancer du col de l'utérus, elle ne dispense donc pas d'un dépistage régulier par frottis.

Rappelons que selon l'arrêté du 12 octobre 2011 et l'arrêté du 22 mars 2005, les sages-femmes peuvent prescrire et réaliser les vaccins préventifs contre les lésions du col de l'utérus (25) (35).

2.2.3) Le dépistage par le FCU

Selon les recommandations de l'HAS, un frottis cervico-utérin doit être réalisé tous les 3 ans après 2 frottis normaux à un an d'intervalle chez les femmes de 25 à 65 ans, qu'elles soient vaccinées ou non (sauf pour les femmes ayant eu une hystérectomie avec ablation du col et chez les femmes n'ayant jamais eu de rapport sexuel).

Les frottis sont interprétés selon le système Bethesda. Tout FCU pathologique doit être suivi d'investigations diagnostiques supplémentaires telles que le test HPV, la colposcopie-biopsie, le curetage, la conisation. La HAS a publié en 2002 les préconisations sur la conduite à tenir devant une patiente présentant un FCU anormal (36). Selon les recommandations de l'HAS, le FCU peut être conventionnel sur lame ou en milieu liquide. Il se réalise sous spéculum au niveau de la totalité de l'orifice cervical externe et l'endocol. Il devrait être effectué à distance des rapports sexuels (48 heures, en dehors des périodes menstruelles), de toute thérapeutique locale ou d'infection et si nécessaire après traitement oestrogénique chez la femme ménopausée. Il faudrait éviter de faire un toucher vaginal avant la réalisation et d'utiliser un lubrifiant (37).

Les FCU peuvent être réalisés par un gynécologue ou un médecin traitant. Depuis 2006, les sages-femmes peuvent réaliser les FCU au cours de la grossesse ou lors de l'examen postnatal. La loi HPST de 2009 permet aux sages-femmes de les réaliser dans le cadre du suivi gynécologique, à condition que celles-ci adressent leurs patientes à un médecin en cas de pathologie.

2.2.4) Le dépistage organisé

Selon l'INCA, plus de 40 % des femmes ciblées par le dépistage de cancer du col utérin ne réalisent pas ou de manière irrégulière le frottis cervico-utérin. Ce taux important concerne : les femmes de plus de 50 ans (or l'âge moyen de diagnostic de ce cancer est de 54 ans) ou ne bénéficiant pas de suivi gynécologique mais aussi les femmes appartenant à des catégories socioprofessionnelles défavorisées ou étant isolées géographiquement et culturellement.

Le centre de coordination des dépistages des cancers est à l'origine du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, invitant toutes femmes de 25 à 65 n'ayant pas bénéficié de FCU depuis 3 ans, à réaliser cet examen. Le coût de la consultation et du frottis de dépistage est pris en charge par l'Assurance Maladie à hauteur de 70 % sur la base du tarif conventionné.

En Auvergne, l'ABIDEC et l'ARDOC invitent les femmes tous les 3 ans, à faire réaliser un FCU par un médecin traitant, un gynécologue, une sage-femme ou un centre de dépistage (31-32).

En juin 2013, l'INPES a organisé la diffusion de spots radio et de documents d'information au sujet du dépistage du cancer du col de l'utérus dans le cadre d'une campagne de prévention. L'ONSSF en interpellant l'INCA, l'INPES et le ministère de la santé a permis aux sages-femmes d'être nommées comme praticien pouvant pratiquer le FCU dans ces spots radio et ces documents puisqu'elles ne l'étaient pas initialement (38).

En France, l'amélioration du dépistage des cancers génitaux féminins est un enjeu majeur de santé publique, on peut espérer que ces nouvelles compétences permises aux sages-femmes par la loi HPST de 2009 vont contribuer à améliorer la santé génésique des femmes.

3) Les consultations de contraception

3.1) Déroulement d'une consultation de contraception

Selon les recommandations de l'HAS, une consultation spécifique doit être réalisée lors du désir d'une contraception, quel que soit l'âge de la patiente. Cette consultation doit comporter :

- Un entretien permettant :
 - Le recueil de renseignements généraux
 - D'évaluer le contexte psycho-social

- De connaître le statut addictif
 - De s'informer sur les antécédents : familiaux et personnels, d'un point de vue : médical (maladie cardio vasculaire, HTA, accident thromboembolique veineux ou artériel, diabète, dyslipidémie, migraine avec ou sans aura, existence d'un traitement en cours), chirurgical, gynécologique et obstétrical
- Un examen clinique comportant :
- Un examen général : poids, taille, IMC, constantes.
 - Un examen gynécologique (pouvant être différé pour les adolescentes) et un examen sénologique.
- Un examen biologique comportant :
- Un dosage des triglycérides, du cholestérol total et de la glycémie à jeun qui doit être réalisé dans les 3 à 6 mois après la prise d'une contraception hormonale s'il n'y a pas de facteurs de risques. En cas de facteurs de risque, ces dosages doivent être réalisés avant la prise de contraception et 3 à 6 mois après le début du traitement contraceptif. Ce dosage doit être réalisé tous les 5 ans en absence d'anomalies.
 - Un bilan d'hémostase peut être réalisé en cas d'antécédents d'accidents thromboemboliques personnels ou familiaux.
 - La recherche d'une infection à Chlamydia Trachomatis et Neisseria Gonorrhoeae, avant la pose d'un dispositif intra-utérin, en présence de facteur de risque infectieux (notamment certaines IST, infection génitale haute en cours ou récente, âge < 25 ans, partenaires multiples).
- Une information concernant :
- La physiologie d'un cycle féminin, la fécondité

- Le mécanisme d'action, le mode d'emploi et l'efficacité de la contraception choisie.
- La conduite à tenir en cas d'oubli
- L'anticipation du renouvellement d'ordonnance
- Les symptômes d'une éventuelle complication
- La contraception d'urgence
- La prévention des IST

La consultation suivante doit être réalisée à 3 mois, puis tous les ans s'il n'y a aucune anomalie ou autant que nécessaire en cas de difficultés ou de complications. Le suivi vise à évaluer la satisfaction, l'observance et la tolérance de la contraception choisie (39).

L'OMS propose un déroulement de consultation en 6 étapes selon le modèle BER CER (Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication, Retour)(40).

3.2) Les différents moyens contraceptifs

Il existe différents moyens contraceptifs :

- Les moyens mécaniques sont les préservatifs masculins et féminins, les capes et les diaphragmes
- Les moyens chimiques concernent les spermicides
- Les moyens intra-utérins : le stérilet au cuivre et le stérilet hormonal
- Les contraceptions hormonales orales sont les pilules oestro-progestatives et les pilules progestatives

- Les autres contraceptifs hormonaux sont l'anneau vaginal et le patch contenant des hormones oestro-progestatives ainsi que l'implant et les injections qui contiennent seulement des progestatifs
- Les moyens naturels qui sont la méthode Billings, la méthode Ogino, la méthode des températures, le coït interrompu.
- Les moyens d'urgences désignent la contraception d'urgence hormonale et le dispositif intra-utérin au cuivre
- La stérilisation des hommes ou des femmes avec la vasectomie ou la ligature des trompes (40).

3.3) La contraception en France

Selon une étude de l'INSEE, au 1^{er} janvier 2014, il y a eu 810 000 naissances en France. C'est 11 000 de moins qu'en 2012. Depuis 2010, l'indicateur conjoncturel de fécondité décroît légèrement, en effet on dénombre 1,99 enfant par femme en 2013. Par ailleurs, l'âge moyen d'accouchement en France est de 30,1 ans en 2013. Les femmes sont particulièrement impliquées dans le recours à la contraception, selon l'INPES 8 femmes sur 10 en âge de procréer utilisent un moyen contraceptif. En 2013, 43 % des femmes utilisaient la pilule, 25 % le stérilet, 12 % le préservatif masculin et 5 % l'implant, le patch l'anneau ou l'injection.

Malgré le débat médiatique concernant les risques associés aux pilules de troisième et de quatrième générations, le recours à la contraception n'a pas diminué et la pilule reste la méthode de contraception la plus utilisée. L'utilisation de la pilule et du stérilet mettent les françaises dans les premières places mondiales en ce qui concerne l'utilisation des méthodes médicales réversibles (41).

Concernant la contraception d'urgence, son utilisation a fortement progressé entre 2000 et 2010 en particulier chez les plus jeunes : plus d'une jeune femme (âgées de 15-24 ans) sur 3 déclarent y avoir eu recours en 2010 contre une sur 7 en 2000.

Plus d'un tiers des femmes ont eu recours à l'IVG au moins une fois dans leur vie. En métropole, le taux de recours à l'IVG chez les femmes âgées de 15 à 49 ans est passé de 14,0 en 2001 à 14,5 pour 1000 femmes de 15 à 49 ans en 2012. Ces taux varient selon les régions, ils sont plus élevés dans les Départements d'Outre-Mer, en Ile de France et dans le sud de la France. Depuis la loi Veil dépénalisant l'IVG en 1975, on observe moins de grossesses non désirées mais aussi plus d'interruptions quand une grossesse survient. Selon une enquête de la DREES, en 2007, deux IVG sur trois concernaient une femme utilisant une méthode contraceptive. Les facteurs impliquant les échecs de contraception sont : le manque d'informations ou de connaissances des jeunes femmes mais aussi une non reconnaissance de la sexualité des jeunes dans certains groupes sociaux (42-43). Face à ce taux important d'IVG en France, l'Etat a-t-il réalisé un pari sur l'accès à la contraception en élargissant les compétences des sages-femmes pour diminuer le taux d'IVG ?

Actuellement, une modification du code de la santé publique est en projet, en effet l'article 31 du projet de loi de modernisation de notre système de santé, modifiant les articles L2212-1 à L2212-10 du code de la santé publique, permettrait aux sages-femmes de réaliser les IVG médicamenteuses. La Ministre de la Santé, Mme Marisol Touraine est favorable dans l'objectif de faciliter l'accès des femmes à l'IVG (44).

4) Cotation des actes gynécologiques

Après des négociations conventionnelles en 2012 puis en 2013, les cotations pouvant être utilisées par les sages-femmes, pour les actes relatifs au suivi gynécologique de prévention et aux consultations de contraception, ont été ajoutées à la NGAP. Une consultation de suivi gynécologique ou de contraception standard est cotée C (soit 23 €), seuls certains actes techniques spécifiques ont une cotation propre. Cette règle est la même pour un médecin ou une sage-femme. Les actes techniques sont cotés en NGAP pour les sages-femmes et en CCAM pour les médecins.

Suite à la Décision du 2 octobre 2012 de l'UNCAM, relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie, les cotations suivantes ont été créées (45) :

- Prélèvement cervico vaginal : 3,4 SF
- Pose d'un dispositif intra-utérin ou le Changement d'un dispositif intra-utérin : 13,7 SF

Comme pour les médecins, il est possible de cumuler l'acte de prélèvement cervico vaginal (tarifé à 50% de sa valeur) avec celui de la consultation (tarifé à taux plein). «Ce prélèvement n'est pris en charge qu'une fois tous les trois ans, dans le cadre du dépistage du cancer du col utérin, après la réalisation de deux frottis cervico-utérins annuels normaux chez les femmes de 25 à 65 ans, selon les recommandations de la HAS de juillet 2010. »

Puis la Décision du 14 février 2013 de l'UNCAM, relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie a permis la création de nouvelles cotations (46) :

- Ablation d'un dispositif intra-utérin par un matériel intra-utérin de préhension, par voie vaginale : 22, 4 SF
- Pose d'implant contraceptif sous-cutané : 5, 1 SF
- Ablation ou changement d'implant pharmacologique sous-cutané : 14,9 SF

Un SF est la lettre clé des cotations sage-femme et a une valeur de 2,80 €. Le tarif est équivalent à celui du même acte effectué par un médecin, à quelques centimes près (différence entre cotation des actes techniques en NGAP pour les sages-femmes et en CCAM pour les médecins), considérant qu'il s'agit d'un acte à compétence partagée.

Enfin, la Décision du 18 avril 2014 de l'UNCAM, relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie, a modifié certaines tarifications afin

d'aligner les tarifs sur ceux des médecins qui avaient été modifiés quelques mois auparavant (47) :

- Prélèvement cervico vaginal : 4,1 SF
- Pose d'implant pharmacologique sous-cutané : 6 SF

Le principe de création des cotations en CCAM pour les actes à compétence partagée entre sage-femme et médecin a été acté dans l'avenant n°2 à la Convention des sages-femmes. Les négociations entre l'UNCAM et les syndicats professionnels sont en cours et devraient aboutir en 2015, elles seraient applicables début 2016. Ces actes seront donc cotés prochainement en utilisant la CCAM qu'ils soient effectués par un médecin ou une sage-femme (48).

Matériels et méthode

1) Type d'étude

Pour répondre aux objectifs de ce mémoire, nous avons réalisé une étude d'observation descriptive transversale multicentrique.

L'objectif principal de cette étude est de décrire la pratique des sages-femmes d'Auvergne, en 2014, concernant les consultations de contraception et le suivi gynécologique de prévention.

Les objectifs secondaires sont d'évaluer les connaissances des sages-femmes d'Auvergne sur l'évolution de la législation, d'obtenir l'avis des sages-femmes sur la formation initiale et les formations complémentaires concernant le suivi gynécologique de prévention et les consultations de contraception, et de recueillir leur opinion concernant les nouvelles compétences qui leurs sont attribuées.

2) Durée de l'étude

L'étude s'est étalée sur une période de 2 mois, du 11 octobre 2014 au 20 décembre 2014.

3) Lieux de l'étude

L'étude a eu lieu en Auvergne. Elle concerne :

➤ Les Centres Hospitaliers d'Auvergne :

- Le Centre Hospitalier de Saint-Flour
- Le Centre Hospitalier d'Aurillac
- Le Centre Hospitalier de Thiers
- Le Centre Hospitalier d'Issoire
- La Clinique de la Châtaigneraie à Beaumont
- Le Centre Hospitalier Universitaire Estaing à Clermont-Ferrand

- Le Centre Hospitalier de Moulins
 - Le Centre Hospitalier de Vichy
 - Le Centre Hospitalier de Montluçon
 - Le Centre Hospitalier du Puy en Velay
- Les cabinets de sages-femmes libérales d’Auvergne
 - Les Centres de Protection Maternelle et Infantile et les Centres de Planification et d’Education Familiale des différents départements d’Auvergne.

4) Population

4.1) Population cible

L’étude concernait toutes les sages-femmes d’Auvergne exerçant en tant que salariées dans des établissements de soins publics ou privés, sous statut libéral ou comme salariées de la fonction publique territoriale dans les Centres de Protection Maternelle et Infantile et les Centres de Planification et d’Education Familiale.

4.2) Population source

La population source est représentée par les sages-femmes réalisant le suivi gynécologique et les consultations de contraception.

5) Critères de sélection des sujets

5.1) Critères d’inclusion

Les critères d’inclusions sont :

- Les sages-femmes exerçant en Auvergne.

- Les sages-femmes salariées dans des établissements de soins publics ou privés.
- Les sages-femmes libérales.
- Les sages-femmes des Centres de Protection Maternelle et Infantile et les Centres de Planification et d'Education Familiale.

5.2) Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion sont :

- Les sages-femmes qui ne sont plus en exercice.
- Les sages-femmes enseignantes.
- Les sages-femmes cadres.

6) Le recueil des données

6.1) Les variables recueillies

Pour répondre aux objectifs de l'étude, le questionnaire a été divisé en 7 parties (36 questions). Ce questionnaire évalue :

- Le profil de la population étudiée
- Les connaissances des sages-femmes concernant la législation avant et après 2009
- La pratique des sages-femmes concernant la contraception
- La pratique des sages-femmes concernant le suivi gynécologique de prévention
- L'opinion des sages-femmes concernant la formation initiale et les formations complémentaires relatives au suivi gynécologique de prévention et aux consultations de contraception
- L'avis des sages-femmes concernant leurs nouvelles compétences.

Ce questionnaire est constitué de variables quantitatives et qualitatives. Certaines variables qualitatives ont été divisées en plusieurs classes (ex. : le lieu d'exercice est une variable qualitative qui est divisé en 4 classes : Puy-de Dôme, Cantal, Allier, Haute-

Loire). Lorsqu'il y avait plusieurs possibilités de réponse, les classes ont été transformées en variables pour le codage. Au total, 183 variables ont été recueillies.

6.2) Le mode de recueil des données

Les données ont été recueillies automatiquement sur une feuille de calcul de Google drive au fur et à mesure des réponses des sages-femmes. En décembre, toutes les données étaient recueillies. En février, elles ont été importées sur une feuille de calcul Excel afin de procéder au codage.

6.3) Le circuit des données

Concernant les différents établissements hospitaliers publics ou privés de la région : un mail a été envoyé aux cadres des différentes maternités de l'Auvergne pour les informer de l'étude, obtenir leurs consentements et convenir du meilleur moyen de faire parvenir un mail à toutes les sages-femmes de leurs services. Ce mail comportait une explication de l'étude et un lien internet dirigeant vers le questionnaire. Nous avons convenu ensemble d'un premier envoi de questionnaire, puis d'une relance au bout de deux semaines.

Concernant les sages-femmes exerçant en milieu libéral : un contact téléphonique a été réalisé pour les informer de l'étude, obtenir leurs consentements pour la participation à l'étude, ainsi que leurs adresses mails pour l'envoi d'un mail explicatif avec un lien dirigeant vers le questionnaire. Un mail de relance a été effectué deux semaines après le premier envoi.

Concernant les sages-femmes exerçant dans les Centres de Protection Maternelle et Infantile et les Centres de Planification et d'Education Familiale : un mail expliquant l'étude et contenant un lien dirigeant vers le questionnaire a été envoyé. Une relance au bout de deux semaines a été effectuée.

7) L'informatisation

7.1) Le codage des données

Les variables binaires ont été codées 1 (Oui) et 0 (Non). Pour les questions à plusieurs modalités, avec une seule possibilité de réponse possible, un codage numérique a été effectué (1, 2, 3, 4, 5, 6, ...).

Pour les questions à plusieurs modalités, avec plusieurs réponses possibles, une variable a été créée pour chaque modalité. Ensuite un codage binaire (Non=0 et Oui=1) a été effectué pour chaque modalité.

Pour les questions permettant d'évaluer la connaissance des sages-femmes de la législation avant et après 2009, les bonnes réponses ont été codées « VRAI », les mauvaises ont été codées « FAUX » et les non-réponses ont été codées « 0 ».

7.2) La saisie des données

Le questionnaire a été réalisé sur internet via Google drive. Les données ont été collectées, au fur et à mesure que les sages-femmes répondaient, sur une feuille de calcul contenue dans Google drive. Nous avons importé ces données sur une feuille de calcul Excel. Ensuite le codage a été réalisé sur mon ordinateur personnel en février 2015.

7.3) Le contrôle qualité

La qualité des données est certifiée par la collecte informatique via Google drive au fur et à mesure des réponses des sages-femmes. Nous avons effectué la vérification des données et du codage.

8) L'analyse des données

8.1) Les groupes comparés

Concernant l'analyse des données, nous avons comparé la pratique des sages-femmes en fonction de leur mode d'exercice (Hospitalier, Libéral, PMI, CPEF) concernant :

- Les consultations de contraception
- L'information et la prescription de contraception
- La pose et le retrait de DIU et d'implants
- Les consultations de suivi gynécologique
- L'examen sénologique et les FCU.

De plus nous avons comparé l'avis des sages-femmes concernant la formation initiale, en fonction de leur durée de formation initiale (3, 4 ou 5 ans).

8.2) Les tests statistiques utilisés

L'analyse comporte des pourcentages, des moyennes et nous avons réalisé le test du χ^2 de Pearson.

8.3) Les logiciels d'analyse utilisés

Pour l'analyse des données, nous avons utilisé les logiciels Microsoft Office Excel version 2010 et Epi Info version 3.5.4.

9) Budget

Le budget de ce mémoire comprend l'impression du mémoire en 5 exemplaires et la réalisation d'un CD-Rom contenant le mémoire.

10) Aspects éthique et règlementaire

Le questionnaire a fait l'objet d'une validation auprès de la directrice de mémoire et de la sage-femme enseignante référente de ce mémoire. Ensuite une autorisation de diffusion a été demandée aux sages-femmes cadres des Centres Hospitaliers. Un contact téléphonique des sages-femmes exerçant en libéral a été réalisé afin d'obtenir leur consentement pour la participation à l'étude.

Le questionnaire était accessible par un lien internet contenu dans un mail indiquant les objectifs de l'étude, les modalités de réponse au questionnaire. Il rappelait le libre choix de participer à l'étude et il spécifiait le strict anonymat des réponses. Aucun nom, prénom ou adresse n'a été demandé. Un numéro d'anonymat a été attribué automatiquement par Google drive et reporté sur la feuille de calcul des données.

11) Calendrier

Le 17 janvier 2014 : Présentation du protocole de recherche devant le comité scientifique.

De Octobre à mi-décembre 2014 : Recueil des données.

En Février 2015 : Codage des données.

En Mars 2015 :

- Analyse statistique des données et rédaction du chapitre résultat.
- Rédaction de la discussion.

En Avril 2015 :

- Mise en page, relectures, impression du mémoire.
- Rédaction du résumé.

5 Mai 2015 : Rendu du mémoire

Juin 2015 : Soutenance du mémoire

Résultats

1) Description de l'échantillon d'étude

1.1) Age et sexe

Notre étude a été réalisée avec la participation de 131 sages-femmes d'Auvergne soit 30 % des sages-femmes d'Auvergne ; 98 % étaient des femmes (n=129) et 2 % étaient des hommes (n=2). L'âge était compris entre 24 et 60 ans. La moyenne d'âge était de 40 ans. La médiane était de 38 ans.

1.2) Date d'obtention du diplôme de sage-femme

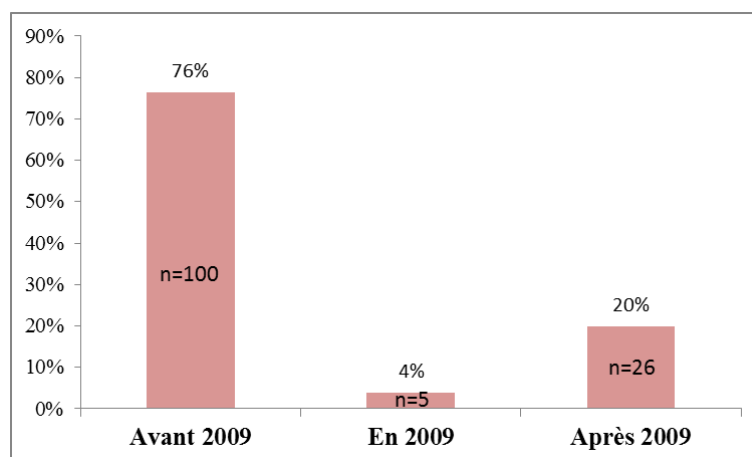


Figure 1: Répartition des sages-femmes selon l'année d'obtention du diplôme (n=132).

1.3) Département d'exercice

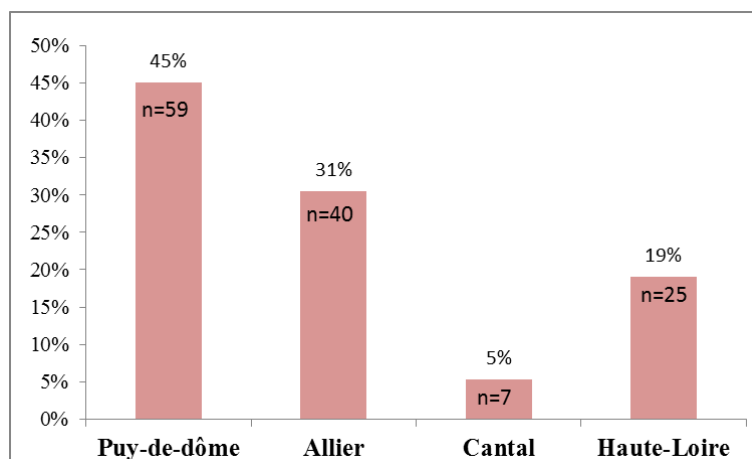


Figure 2: Répartition des sages-femmes selon leur département d'exercice (n=132).

1.4) Mode d'exercice

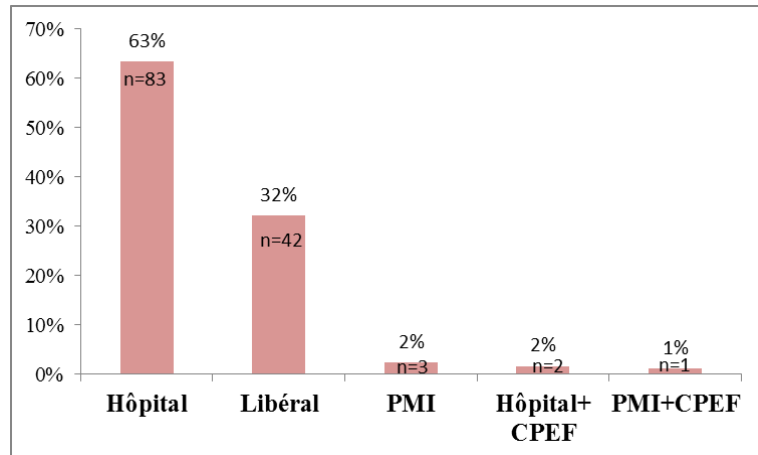


Figure 3: Répartition des sages-femmes selon leurs modes d'exercice (n=132).

1.5) Activités des sages-femmes hospitalières

Plusieurs réponses étaient possibles :

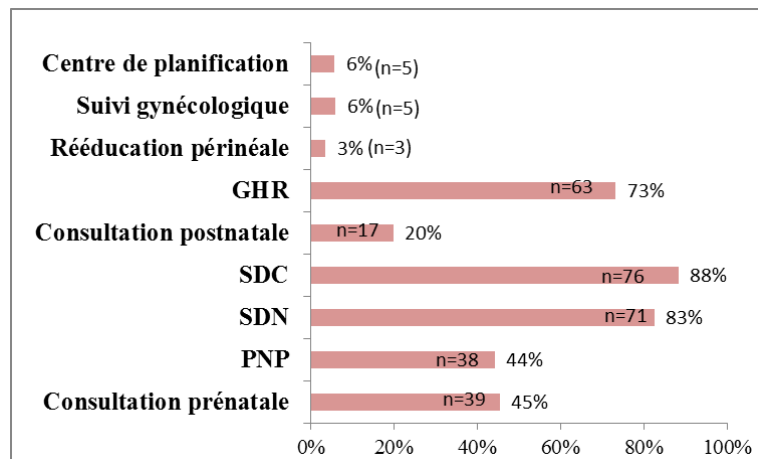


Figure 4: Répartition des sages-femmes hospitalières selon leurs activités d'exercice (n=83).

2) Connaissances de la législation avant et après 2009

2.1) Loi Hôpital Patient Santé et Territoire de 2009

La loi Hôpital Patient Santé et Territoire de 2009, relative au suivi gynécologique de prévention et aux consultations de contraception, était connue par 92 % des sages-femmes (n=120).

Nous avons voulu savoir comment ces sages-femmes avaient pris connaissance de cette loi (plusieurs réponses étaient possibles) :

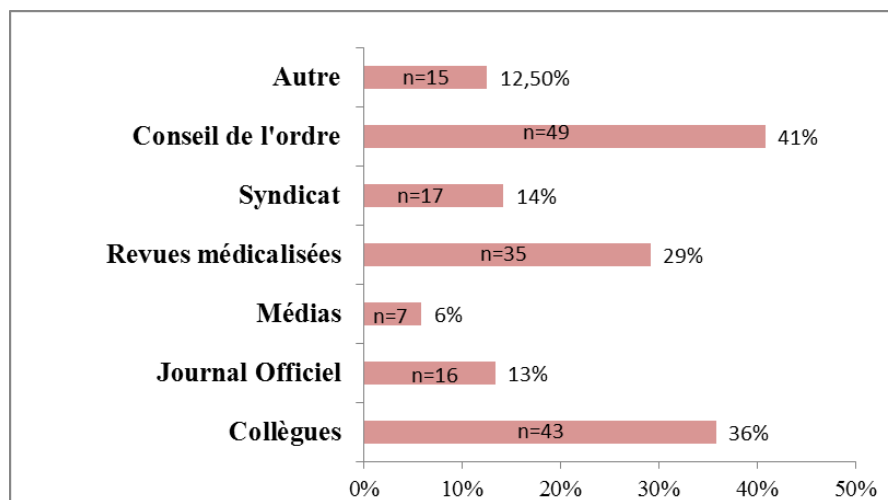


Figure 5: Répartition des sages-femmes selon les moyens ayant permis la connaissance de la loi HPST de 2009 (n=120)

2.2) Compétences des sages-femmes avant la loi HPST de 2009

Tableau 2: Evaluation des connaissances des sages-femmes de leurs compétences avant la loi HPST de 2009 (n=132).

Questions	Réponses	Taux de réussite % (n)	Ne sait pas répondre % (n)
Les sages-femmes peuvent réaliser des consultations de contraception?	Non	46 (60)	10 (13)
Les sages-femmes peuvent réaliser le suivi gynécologique de prévention?	Non	79 (104)	3 (4)
En cas de pathologie, les sages-femmes doivent adresser la patiente à un médecin?	Oui	98 (129)	1 (1)
Les sages-femmes peuvent réaliser la pose d'implant et de DIU?	Non	73 (96)	4 (5)
Les sages-femmes peuvent donner des informations sur les capes et les diaphragmes expliquer et réaliser la première pose?	Oui	73 (96)	12 (16)
Les sages-femmes peuvent prescrire une contraception hormonale à tout moment?	Non	76 (100)	7 (9)
La surveillance et le suivi biologique d'une contraception sont seulement réalisés par un médecin?	Oui	70 (92)	6 (8)
Les sages-femmes peuvent délivrer la contraception d'urgence aux mineures?	Oui	62 (81)	15 (19)
Les sages-femmes peuvent réaliser des frottis-cervico-utérins lors du suivi de grossesse?	Oui	73 (96)	
Les sages-femmes peuvent réaliser les frottis-cervico-utérins lors de la consultation postnatale?	Oui	63 (82)	17 (22)
Les sages-femmes peuvent réaliser les frottis-cervico-utérins lors du suivi gynécologique?	Non	82 (107)	

2.3) Compétences des sages-femmes après la loi HPST de 2009

Tableau 3: Evaluation des connaissances des sages-femmes de leurs compétences après la loi HPST de 2009 (n=132).

Questions	Réponses	Taux de réussite (%)	Ne sait pas répondre % (n)
Les sages-femmes peuvent réaliser des consultations de contraception?	Oui	97 (127)	3 (4)
Les sages-femmes peuvent réaliser le suivi gynécologique de prévention?	Oui	96 (126)	4 (5)
En cas de pathologie, les sages-femmes doivent adresser la patiente à un médecin?	Oui	95 (124)	5 (6)
Les sages-femmes peuvent réaliser la pose d'implant et de DIU?	Oui	98 (127)	2 (3)
Les sages-femmes peuvent donner des informations sur les capes et les diaphragmes expliquer et réaliser la première pose?	Oui	91 (119)	9 (12)
Les sages-femmes peuvent prescrire une contraception hormonale à tout moment?	Oui	94 (123)	5 (6)
La surveillance et le suivi biologique d'une contraception sont seulement réalisés par un médecin?	Oui	78 (102)	8 (10)
Les sages-femmes peuvent délivrer la contraception d'urgence aux mineures?	Oui	92 (120)	8 (10)
Les sages-femmes peuvent réaliser des frottis-cervico-utérins lors du suivi de grossesse?	Oui	92 (121)	
Les sages-femmes peuvent réaliser les frottis-cervico-utérins lors de la consultation postnatale?	Oui	95 (124)	8 (10)
Les sages-femmes peuvent réaliser les frottis-cervico-utérins lors du suivi gynécologique?	Oui	96 (126)	

3) Etat des lieux de la pratique des sages-femmes concernant la contraception

3.1) Information sur la contraception

97 % des sages-femmes délivrent une information à leurs patientes sur la contraception (n=127).

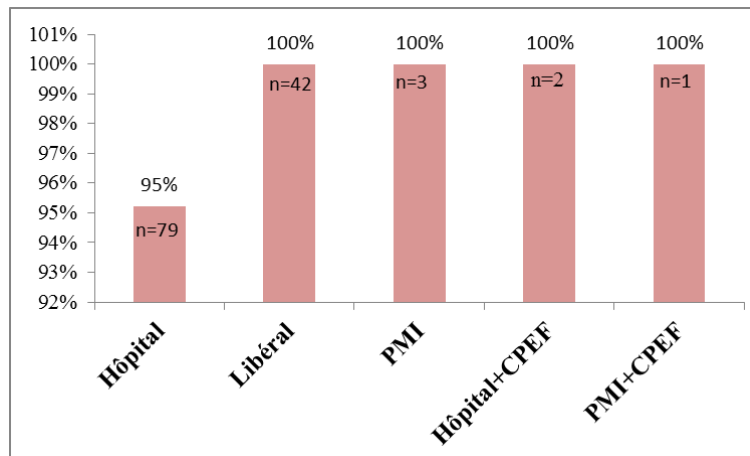


Figure 6: Taux de sages-femmes réalisant une information sur la contraception en fonction des modes d'exercice. (n=127)

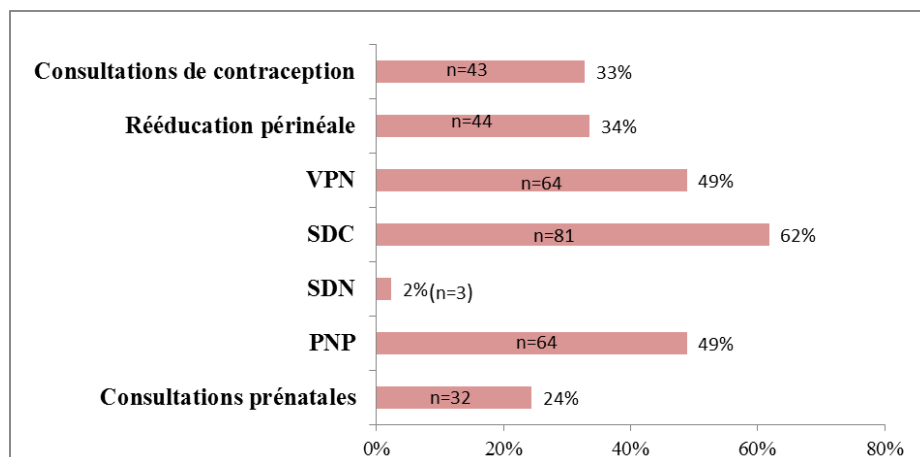


Figure 7: Situations au cours desquelles les sages-femmes réalisent une information sur la contraception

3.2) Les consultations de contraception

33 % des sages-femmes réalisent des consultations de contraception (n=43).

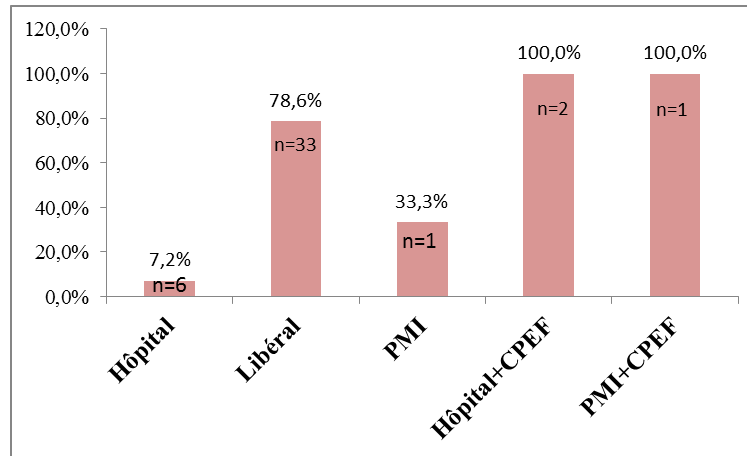


Figure 8: Taux de sages-femmes réalisant des consultations de contraception en fonction des modes d'exercice (n=43).

Parmi celles ne réalisant pas de consultations de contraception (n=88), nous avons voulu connaître les raisons (plusieurs réponses étaient possibles) :

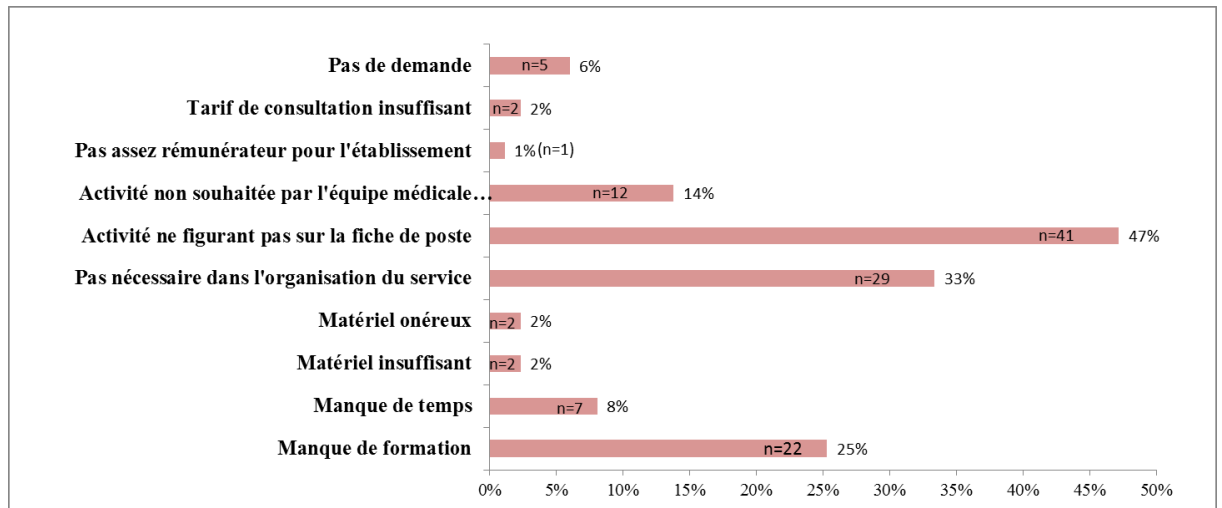


Figure 9: Les raisons pour lesquelles les sages-femmes ne réalisent pas de consultations de contraception (n=88).

Tableau 4: Raisons pour lesquelles les sages-femmes ne réalisent pas de consultations de contraception en fonction des modes d'exercice (n=88).

	Hôpital	Libéral	PMI
	%(n)	%(n)	%(n)
Pas de demande	4 (3)	22 (2)	0
Tarif de consultation insuffisant	1 (1)	11 (1)	0
Pas assez rémunérateur pour l'établissement	1 (1)	0	0
Activité non souhaitée par l'équipe médicale pour les sages-femmes	15 (12)	0	0
Activité ne figurant pas sur la fiche de poste	51 (39)	0	100 (2)
Pas nécessaire dans l'organisation du service	38 (29)	0	0
Matériel onéreux	0	22 (2)	0
Matériel insuffisant	0	22 (2)	0
Manque de temps	4 (3)	33 (3)	50 (1)
Manque de formation	25 (19)	22 (2)	51 (1)
Total	87 (77)	10 (9)	2 (2)

3.3) La prescription de contraception

123 sages-femmes prescrivent la contraception, soit 94 % des sages-femmes de notre étude.

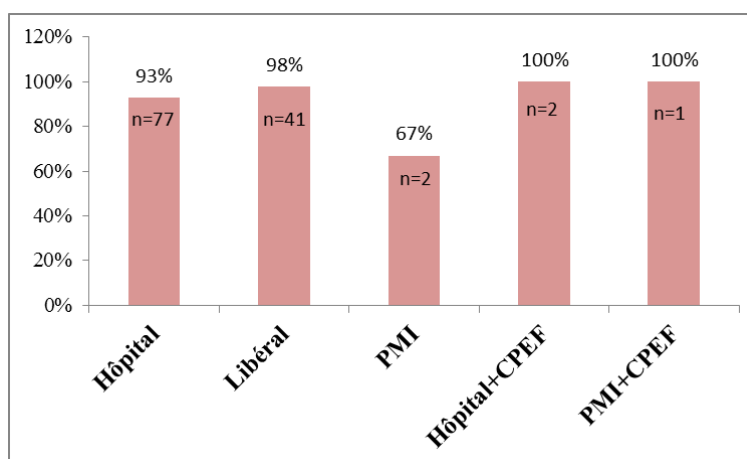


Figure 10: Taux de prescription de contraception en fonction des modes d'exercice.

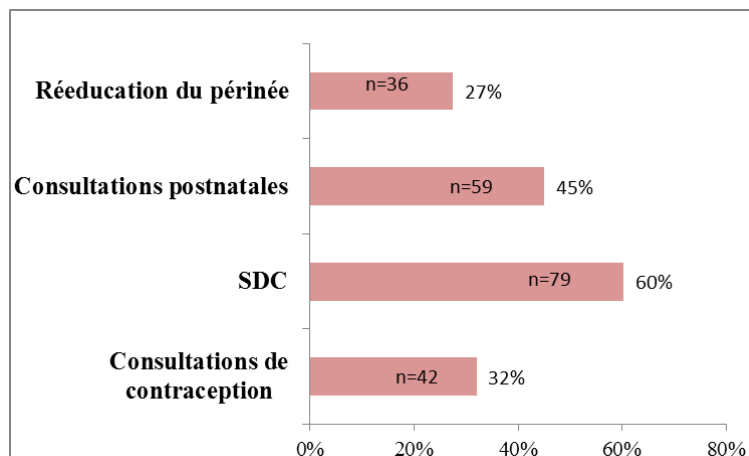


Figure 11: Situations au cours desquelles les sages-femmes prescrivent une contraception.

Tableau 5: Situations dans lesquelles les sages-femmes prescrivent une contraception en fonction du mode d'exercice (n=123).

	Hôpital % (n)	Libéral % (n)	PMI % (n)	Hôpital+CPEF % (n)	PMI+CPEF % (n)
Consultations de contraception	5 (4)	81 (34)	33 (1)	100 (2)	100 (1)
Le séjour à la maternité	88 (73)	9 (4)	0	100 (2)	100 (1)
Les consultations postnatales	19 (16)	95 (40)	67 (2)	50 (1)	0
Les séances de rééducation du périnée	4 (3)	77 (33)	0	0	0

6 % des sages-femmes ne prescrivent pas de contraception (n=8) ; nous avons voulu connaître les raisons :

- Manque de formation (n=1)
- Pas nécessaire dans l'organisation du service (n=2)
- Activité ne figure pas sur la fiche de poste (n=1)
- Travail de nuit (n=2)

3.4) Pose et retrait de DIU et d'implants

56 % des sages-femmes de notre étude ne réalisent ni la pose et le retrait d'implants ni la pose et le retrait de DIU (n=73), 21 % réalisent la pose et le retrait des

deux contraceptifs (n=27), 5% réalisent la pose et le retrait des DIU seulement (n=7) et 17 % ne réalisent que la pose et le retrait d'implants (n=23).

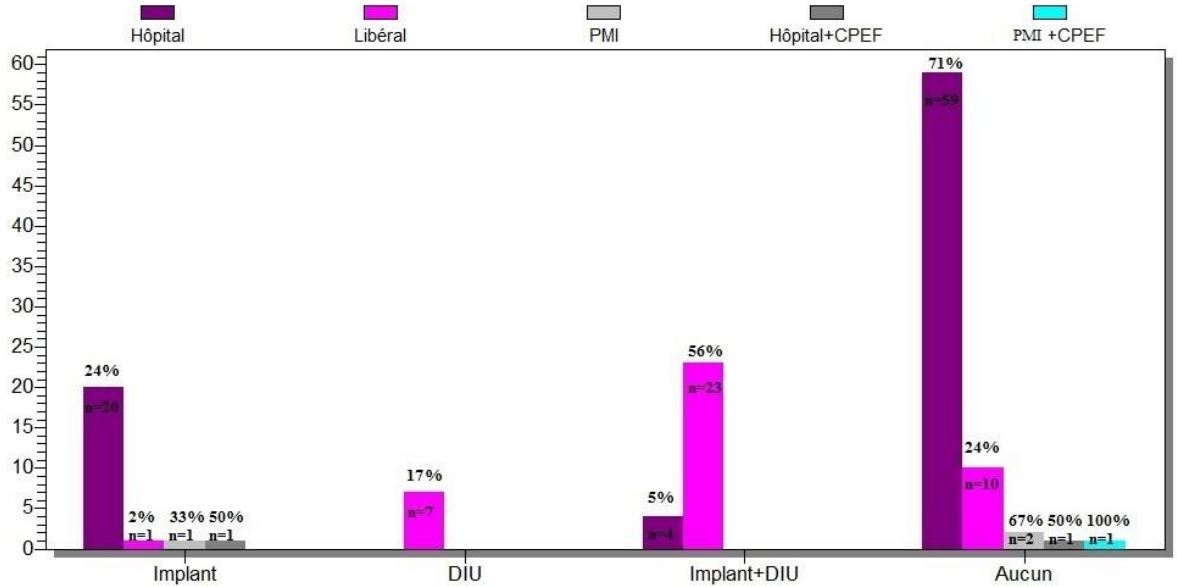


Figure 12: Taux d'actes réalisés en fonction des modes d'exercice (n=131).

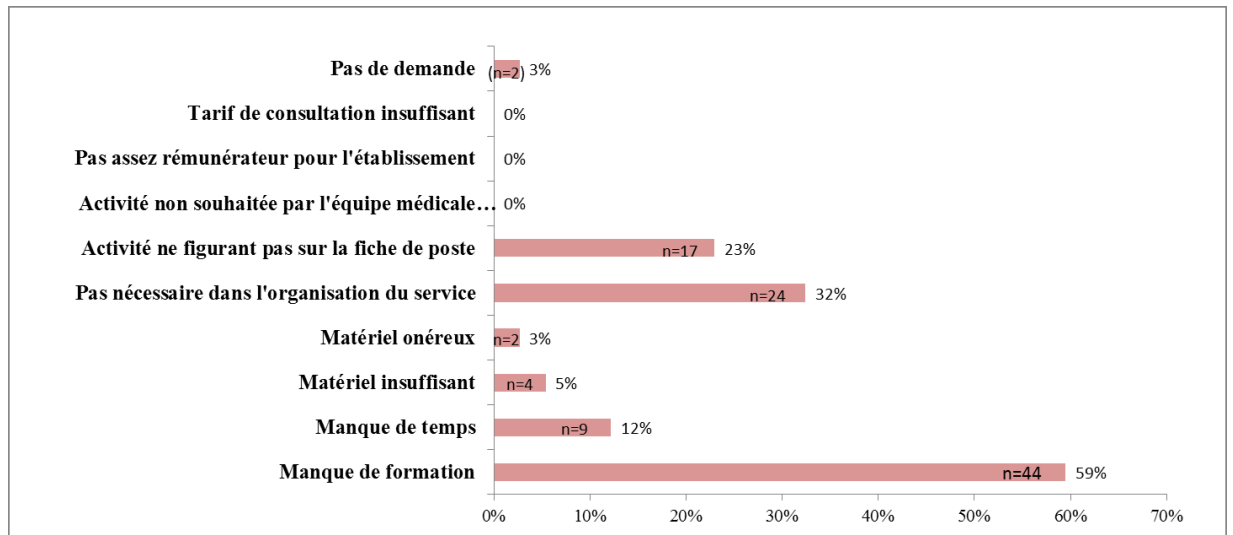


Figure 13: Les raisons empêchant les sages-femmes de réaliser la pose et le retrait d'implant et de DIU (n=73).

Tableau 6: Raisons pour lesquelles les sages-femmes ne réalisent ni la pose, ni le retrait d'implant et de DIU en fonction des modes d'exercice (n=73).

	Hôpital %(n)	Libéral %(n)	PMI %(n)	Hôpital+CPEF %(n)	PMI+CPEF %(n)
Pas de demande	3 (2)	0	0	0	0
Tarif de consultation insuffisant	0	0	0	0	0
Pas assez rémunérateur pour l'établissement	0	0	0	0	0
Activité non souhaitée par l'équipe médicale pour les sages-femmes	0	0	0	0	0
Activité ne figurant pas sur la fiche de poste	27 (16)	0	50 (1)	0	0
Pas nécessaire dans l'organisation du service	37 (22)	0	50 (1)	0	100 (1)
Matériel onéreux	0	20 (2)	0	0	0
Matériel insuffisant	0	40 (4)	0	0	0
Manque de temps	3 (2)	50 (5)	50 (1)	100 (1)	0
Manque de formation	58 (34)	70 (7)	100 (2)	100 (1)	0
Total	80 (59)	14 (10)	3(2)	1 (1)	1 (1)

3.5) Surveillance des différents moyens de contraception

37 % des sages-femmes réalisent la surveillance des moyens de contraception (n=48). La majorité d'entre-elles exerce en libéral.

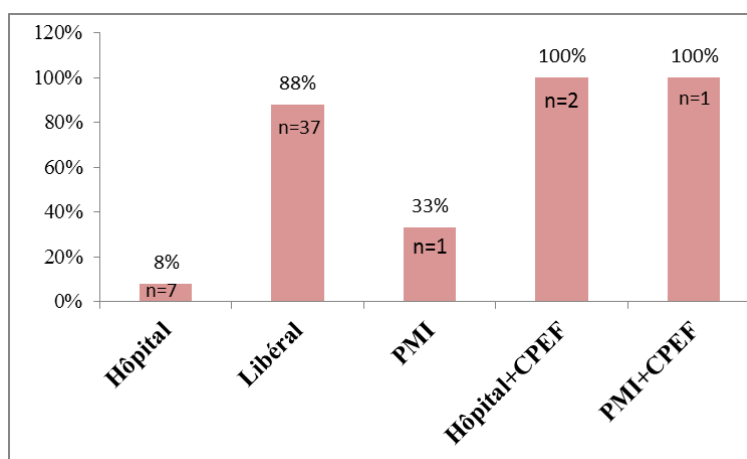


Figure 14: Taux de surveillance des contraceptions en fonction des modes d'exercice. (n=48)

63 % des sages-femmes ne réalisent pas la surveillance des moyens de contraception (n=83).

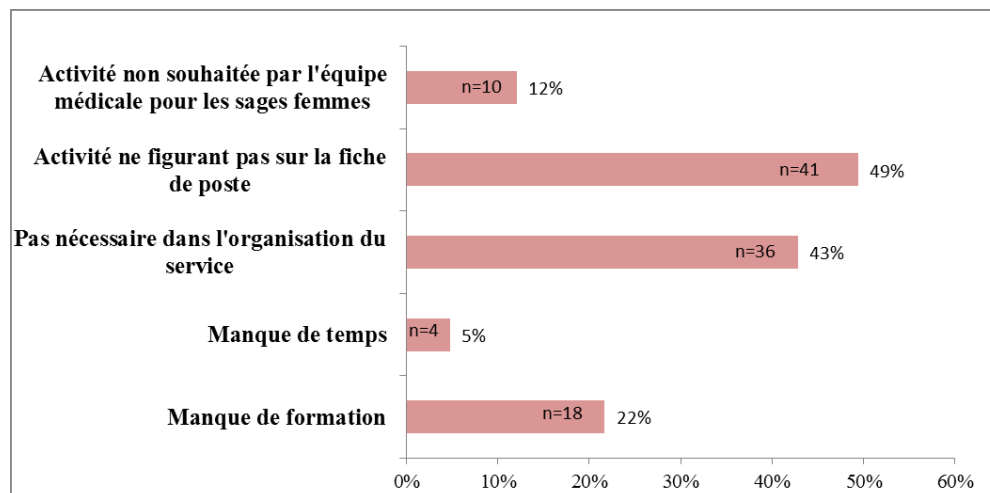


Figure 15: Raisons pour lesquelles les sages-femmes ne réalisent pas la surveillance des moyens de contraception (n=83).

Tableau 7: Raisons pour lesquelles les sages-femmes ne réalisent pas la surveillance des moyens de contraception en fonction des modes d'exercice (n=83).

	Hôpital %(n)	Libéral %(n)	PMI %(n)
Activité non souhaitée par l'équipe médicale pour les sages-femmes	13 (10)	0	0
Activité ne figurant pas sur la fiche de poste	53 (40)	0	50 (1)
Pas nécessaire dans l'organisation du service	46 (35)	0	50 (1)
Manque de temps	0	60 (3)	51 (1)
Manque de formation	18 (14)	40 (2)	100 (2)
Total	91(76)	6 (5)	2 (2)

4) Etat des lieux de la pratique des sages-femmes concernant le suivi gynécologique de prévention

4.1) Les consultations gynécologiques de prévention

34 % des sages-femmes de notre étude réalisent des consultations gynécologiques de prévention (n=43).

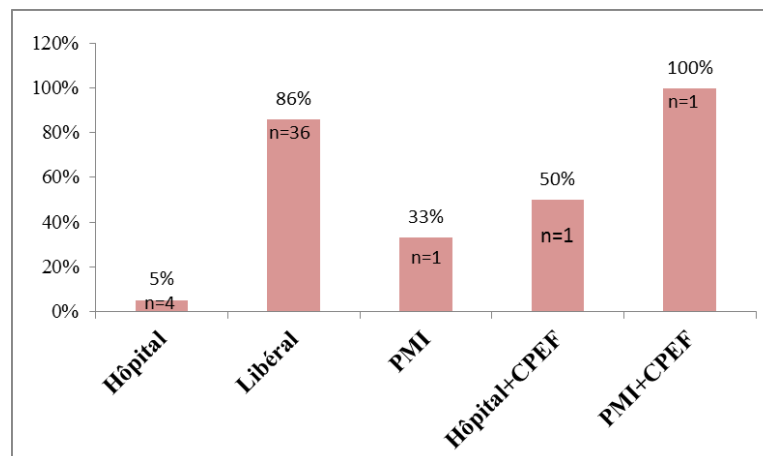


Figure 16: Taux de sages-femmes réalisant des consultations gynécologiques de prévention en fonction des modes d'exercice (n=43).

66 % des sages-femmes de notre étude ne réalisent pas de consultations gynécologiques de prévention (n=86).

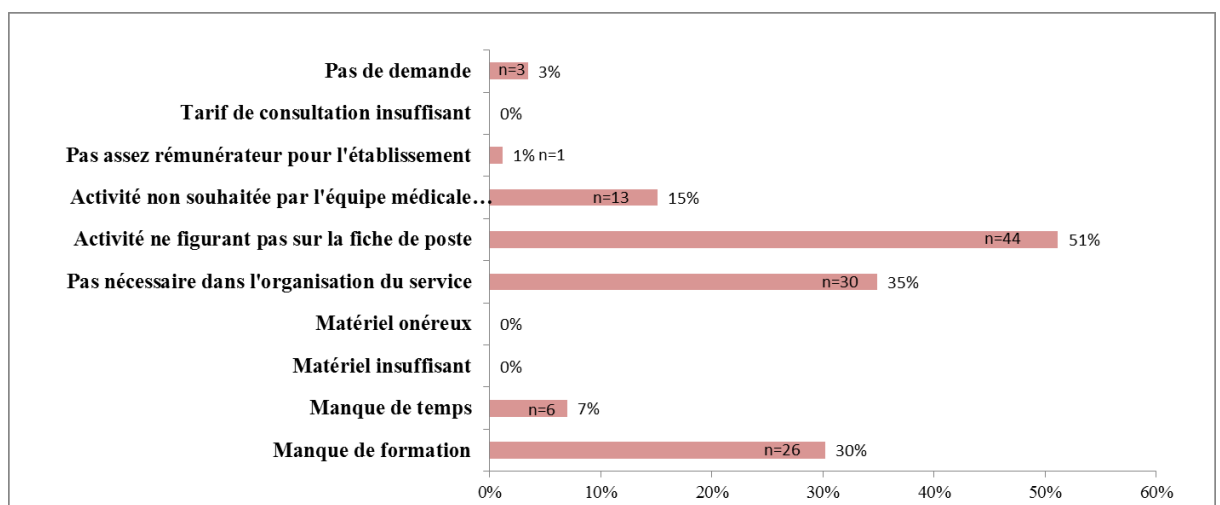


Figure 17: Raisons pour lesquelles les sages-femmes ne réalisent pas de consultations gynécologiques de prévention (n=86).

Tableau 8: Raisons pour lesquelles les sages-femmes ne réalisent pas de consultations gynécologiques de prévention en fonction des modes d'exercice (n=86).

	Hôpital %(n)	Libéral %(n)	PMI %(n)	Hôpital+CPEF %(n)
Pas de demande	1 (1)	33 (2)	0	0
Tarif de consultation insuffisant	0	0	0	0
Pas assez rémunérateur pour l'établissement	1 (1)	0	0	0
Activité non souhaitée par l'équipe médicale pour les sages-femmes	17 (13)	0	0	0
Activité ne figurant pas sur la fiche de poste	53 (41)	0	100 (2)	100 (1)
Pas nécessaire dans l'organisation du service	39 (30)	0	0	0
Matériel onéreux	0	0	0	0
Matériel insuffisant	0	0	0	0
Manque de temps	1 (1)	67 (4)	50 (1)	0
Manque de formation	27 (22)	50 (3)	50 (1)	0
Total	89 (77)	7 (6)	2 (2)	1 (1)

4.2) L'examen sénologique

Sur 130 sages-femmes, 65 réalisent l'examen sénologique auprès de leurs patientes, soit un taux de 50 %.

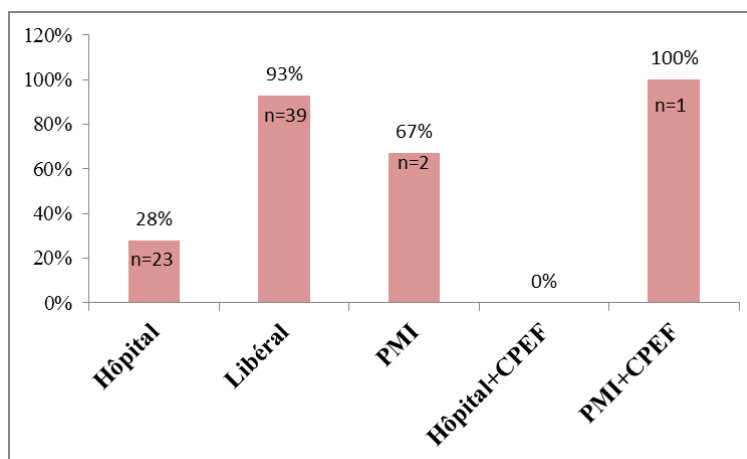


Figure 18: Taux de réalisation de l'examen sénologique en fonction des modes d'exercice (n=65).

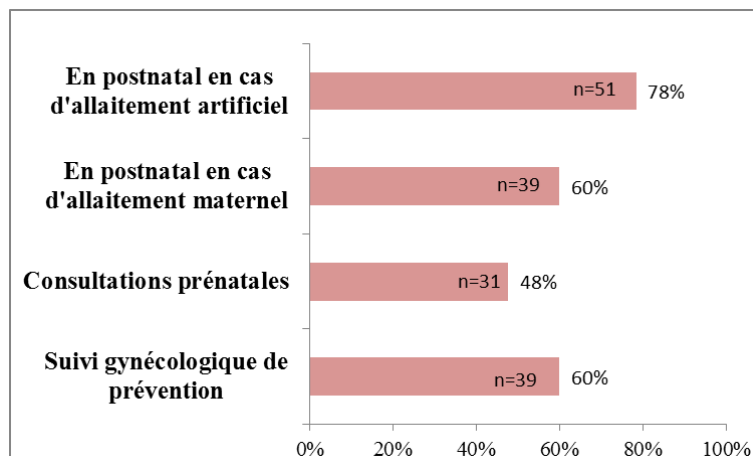


Figure 19: Situations durant lesquelles l'examen sénologique est réalisé (n=65).

Tableau 9: Situations pendant lesquelles les sages-femmes réalisent l'examen mammaire en fonction du mode d'exercice (n=65).

	Hôpital	Libéral	PMI	PMI+CPEF
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
En postnatal en cas d'allaitement artificiel	87 (20)	77 (30)	50 (1)	0
En postnatal en cas d'allaitement maternel	70 (16)	56 (22)	50 (1)	0
Consultations prénatales	39 (9)	54 (21)	50 (1)	0
Suivi gynécologique de prévention	9 (2)	90 (35)	50 (1)	100 (1)

41 % des sages-femmes réalisant l'examen sénologique, ont détecté une anomalie lors de l'examen des seins hors allaitement maternel (n=27).

Nous avons demandé aux sages-femmes réalisant l'examen sénologique (n=58), quelle serait leur conduite si elles dépistaient une anomalie. Plusieurs réponses étaient possibles :

- 67% prescriraient une mammographie et une échographie (n=38)
- 62 % orienteraient les patientes vers un gynécologue-obstétricien (n=36)
- 2 % orienteraient les patientes vers un médecin généraliste (n=1)

50 % des sages-femmes ne réalisent pas l'examen sénologique (n=65).

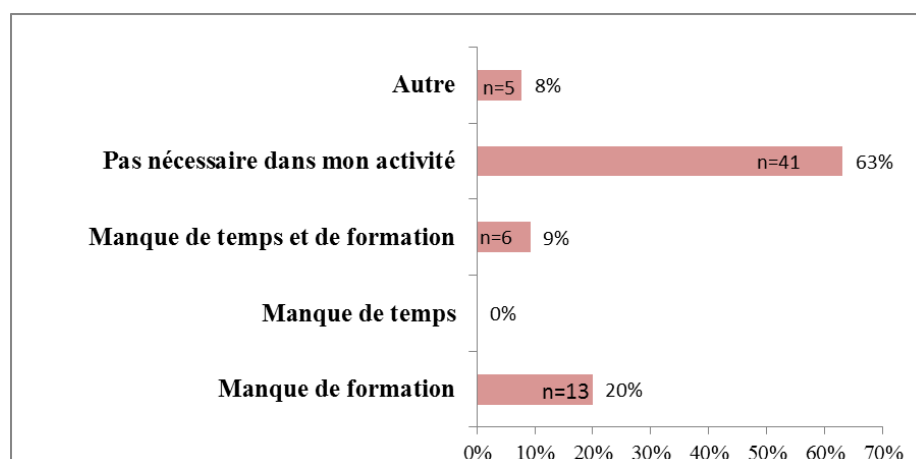


Figure 20: Raisons pour lesquelles les sages-femmes ne réalisent pas l'examen sénologique (n=65)

Sur les 59 sages-femmes hospitalières ne réalisant pas d'examen sénologique :

- 41 ont répondu que ce n'était pas nécessaire dans leur activité
- 13 manquent de formation
- 5 manquent de formation et de temps

Parmi les 3 sages-femmes libérales :

- 1 n'a pas de demande de la part des patientes
- 2 ont répondu que ce n'était pas nécessaire pour leur activité

Une sage-femme de PMI manque de formation

2 sages-femmes cumulant l'exercice hospitalier et le CPEF ont répondu que ce n'était pas nécessaire pour leur activité et qu'elles manquaient de temps et de formation.

Parmi les sages-femmes ayant répondu « Autre » : une n'a pas de demande, une travaille de nuit, deux disent que ce n'est pas nécessaire pour leur activité en salle de naissance et en suite de couche, une pense qu'il n'y a pas de revalorisation salariale et qu'elle n'a pas de formation suffisante.

4.3) Dépistage du cancer du col de l'utérus par les FCU

4.3.1) La réalisation de FCU

56 % des sages-femmes de notre étude réalisent les FCU (n=73).

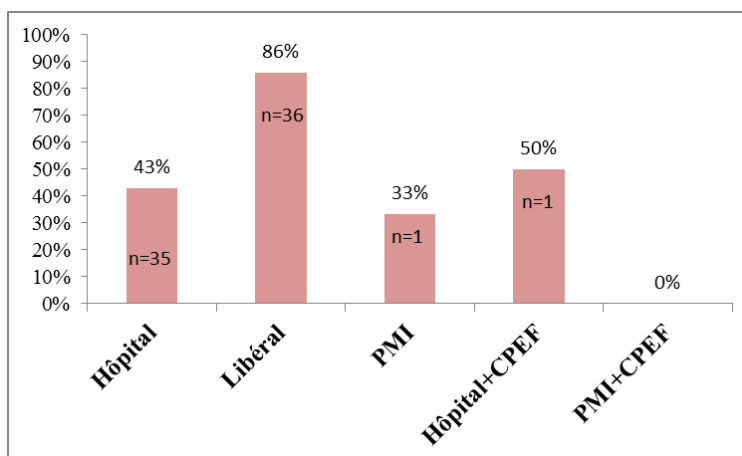


Figure 21: Taux de réalisation des FCU en fonction des modes d'exercice (n=73).

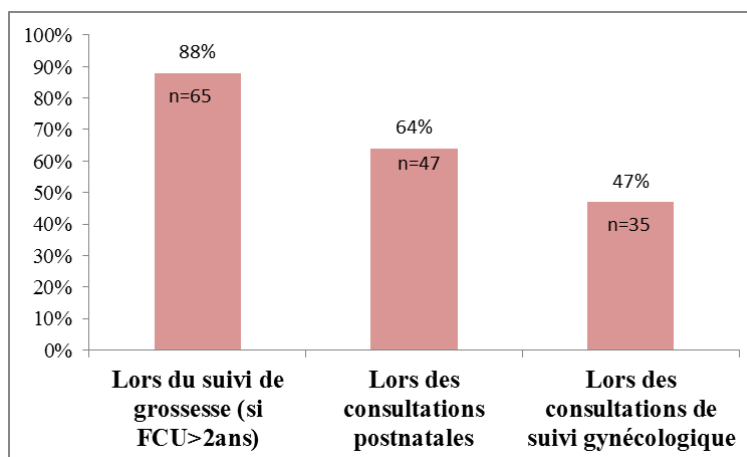


Figure 22: Situations dans lesquelles sont réalisés les FCU (n=73).

Tableau 10: Situations dans lesquelles sont réalisées les FCU en fonction des modes d'exercice (n=73).

	Hôpital %(n)	Libéral %(n)	PMI %(n)	Hôpital+CPEF %(n)
Lors du suivi de grossesse	86(31)	94(34)	0	0
Lors des consultations postnatales	48(17)	81(29)	0	100(1)
Lors des consultations gynécologiques	8(3)	97(35)	100(1)	0

44 % des sages-femmes de l'étude ne réalisent pas les FCU (n=57).

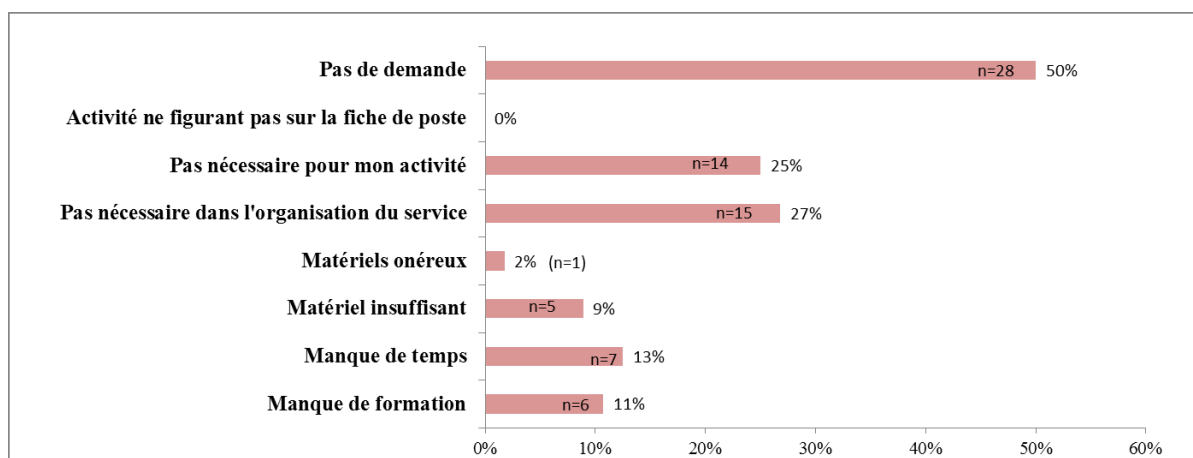


Figure 23: Raisons pour lesquelles les sages-femmes ne réalisent pas de FCU (n=57).

Tableau 11: Raisons pour lesquelles les sages-femmes ne réalisent pas les FCU en fonction des modes d'exercice (n=57).

	Hôpital %(n)	Libéral %(n)	PMI %(n)	Hôpital+CPEF %(n)	PMI+CPEF %(n)
Pas de demande	0	0	0	0	0
Activité ne figurant pas sur la fiche de poste	26 (12)	0	50 (1)	100 (1)	0
Pas nécessaire pour mon activité	56 (26)	33 (2)	0	0	0
Pas nécessaire dans l'organisation du service	30 (14)	0	0	0	100 (1)
Matériel onéreux	0	17 (1)	0	0	0
Matériel insuffisant	0	67 (4)	50 (1)	0	0
Manque de temps	4 (2)	67 (4)	50 (1)	0	100 (1)
Manque de formation	19 (4)	17 (1)	50 (1)	0	0
Total	81 (46)	10 (6)	3 (2)	2 (1)	2 (1)

4.3.2) Difficultés d'interprétation des résultats

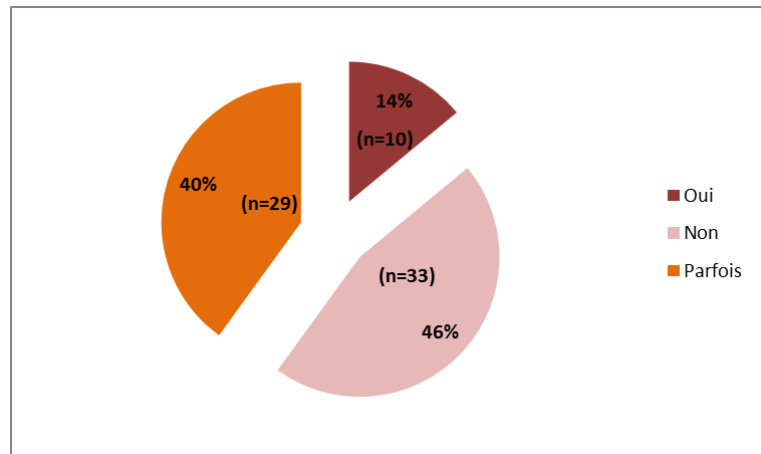


Figure 24: Répartition des sages-femmes en fonction des difficultés d'interprétation des résultats de FCU (n=72).

4.3.3) Dysplasies

42 % des sages-femmes ont déjà été confrontées à des dysplasies cervicales (n=30). Face à ces dysplasies, ces sages-femmes ont toutes orienté leurs patientes vers des médecins gynécologues-obstétriciens.

Lors de l'orientation des patientes vers des médecins, 27 % de ces sages-femmes ont rencontré des difficultés (n=8) :

- Mauvaise collaboration (n=2)
- Manque de disponibilité avec des délais de rendez-vous trop longs (n=6)

5) Evaluation de la formation initiale et des formations complémentaires

5.1) Formation initiale

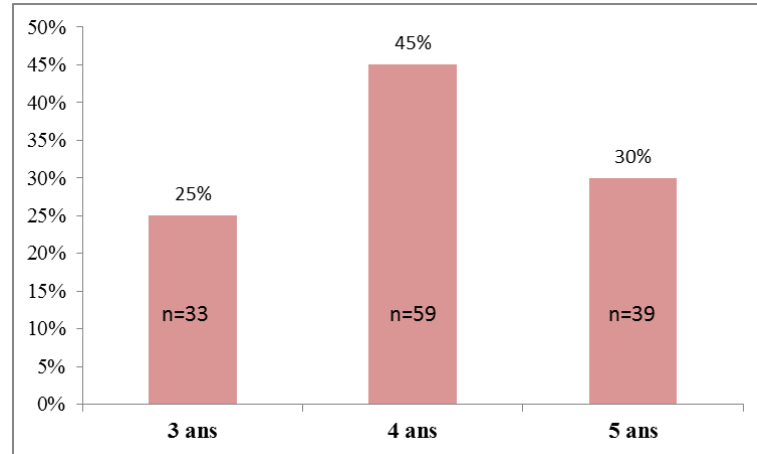


Figure 25: Répartition des sages-femmes selon la durée de leur formation initiale (n=131).

Concernant le suivi gynécologique de prévention et les consultations de contraception : 10 % des sages-femmes pensent que leur formation initiale est suffisante (n=13), 90 % pensent qu'elle est insuffisante (n=117).

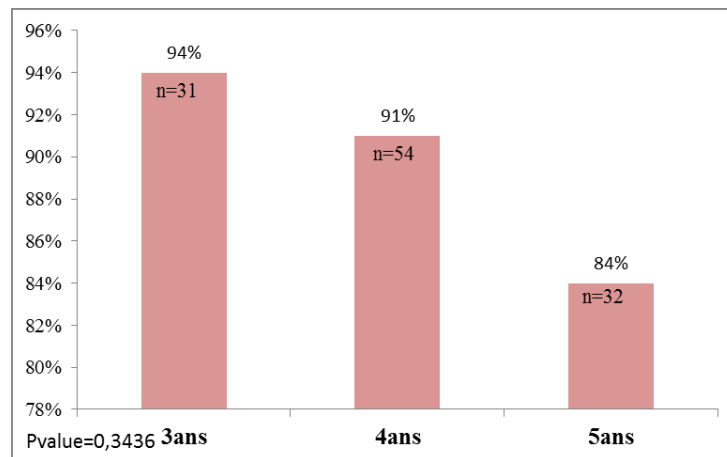


Figure 26: Taux de sages-femmes trouvant la formation initiale insuffisante concernant le suivi gynécologique de prévention et les consultations de contraception en fonction de la durée de la formation initiale (n=117).

Selon le test du khi², il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les différentes durées de formation concernant le taux de sages-femmes trouvant la formation initiale suffisante (Pvalue > 0,005). En effet, le taux de sages-femmes qui

trouvent la formation initiale insuffisante est supérieur à 80% quelle que soit leur durée de formation initiale

Nous avons voulu savoir quels étaient les domaines où les sages-femmes se sentaient insuffisamment formées (plusieurs domaines pouvaient être sélectionnés) :

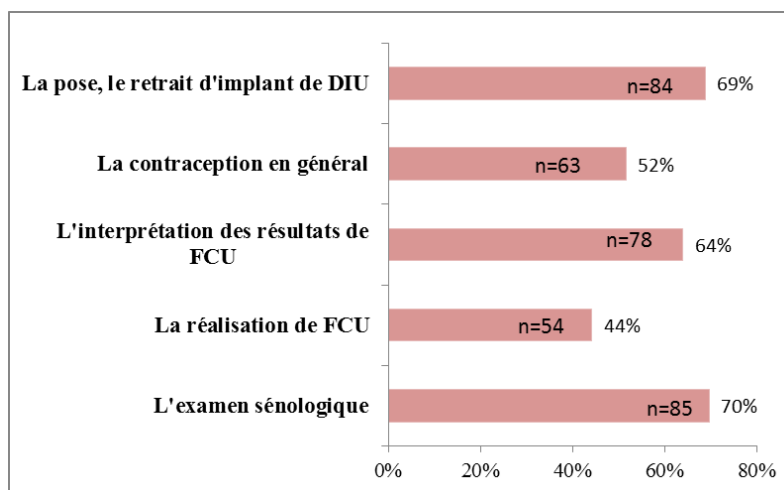


Figure 27: Domaines pour lesquels les sages-femmes se sentent insuffisamment formées (n=130).

Tableau 12: Domaines dans lesquels les sages-femmes se sentent insuffisamment formées en fonction de la durée de la formation initiale (n=132).

	3 ans % (n)	4 ans % (n)	5 ans % (n)	Pvalue (khi ²)
L'examen sénologique	68 (21)	77 (41)	60 (23)	0,2186
La réalisation de FCU	64 (21)	62 (36)	41 (16)	0,0743
L'interprétation des résultats de FCU	64 (20)	72 (38)	53 (20)	0,1742
La contraception en général	42 (13)	62 (33)	45 (17)	0,1171
La pose, le retrait d'implant et de DIU	77 (24)	72 (38)	58 (22)	0,1837

D'après le test du khi², il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les différentes durées de formation concernant les domaines dans lesquels les sages-femmes se sentent insuffisamment formées (Pvalue > 0,05).

5.2) Formations complémentaires

48 % des sages-femmes ont réalisé une ou des formation(s) complémentaire(s) en matière de suivi gynécologique de prévention et de consultations de contraception (n=63). Nous avons voulu savoir comment ces formations avaient été financées (plusieurs réponses étaient possibles) :

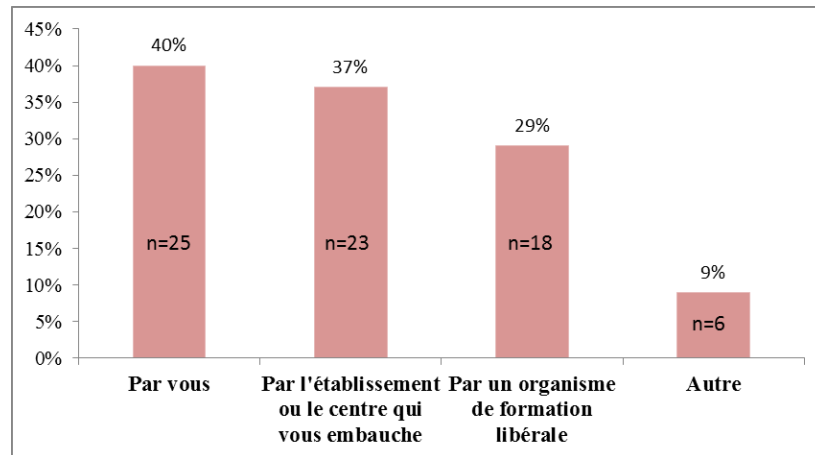


Figure 28: Le financement des formations complémentaires (n=63).

Certaines sages-femmes (n=6) se sont formées grâce : au Conseil Départemental de l'Ordre des Sages-Femmes, à des congrès, aux journées de la contraception, à Pôle Emploi, à l'Agence Régionale de Développement des Territoires d'Auvergne ou par le biais de formations gratuites.

53 % des sages-femmes ayant réalisé une formation complémentaire l'ont jugée insuffisante (n=33). Les raisons invoquées par les sages-femmes sont :

- Formation manquant de pratique (n=9)
- Formation trop courte (n=8)
- Formation pas assez approfondie (n=4)
- Manque d'application au quotidien (n=3)
- Formation à renouveler (n=3)
- Formation trop ciblée (n=1)
- Formation incomplète (n=1)

2 sages-femmes vont réaliser un diplôme universitaire relatif au suivi gynécologique et à la contraception.

72 % des sages-femmes aimeraient réaliser une formation supplémentaire sur le suivi gynécologique de prévention et les consultations de contraception (n=92), 28 % ne le souhaitent pas. Parmi celles souhaitant une formation supplémentaire, 71 % (n=44) en ont déjà suivi une.

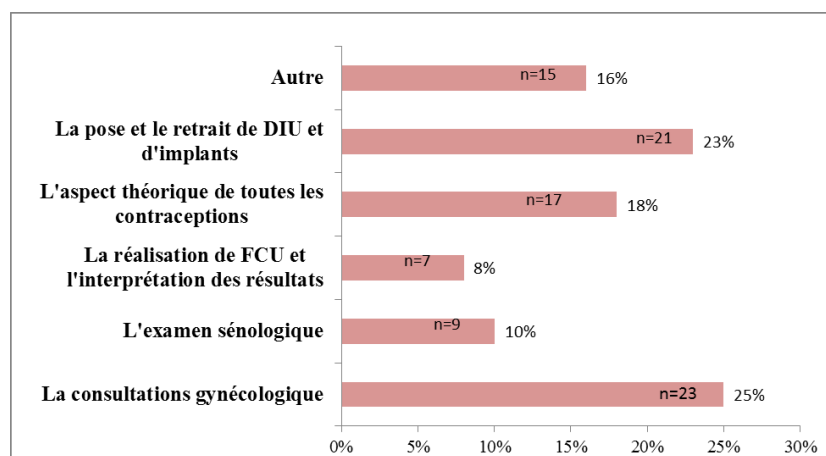


Figure 29: Domaine principal dans lequel les sages-femmes aimeraient approfondir leurs connaissances (n=92).

28 % des sages-femmes de l'étude ne souhaitent pas réaliser de formations supplémentaires (n=36).

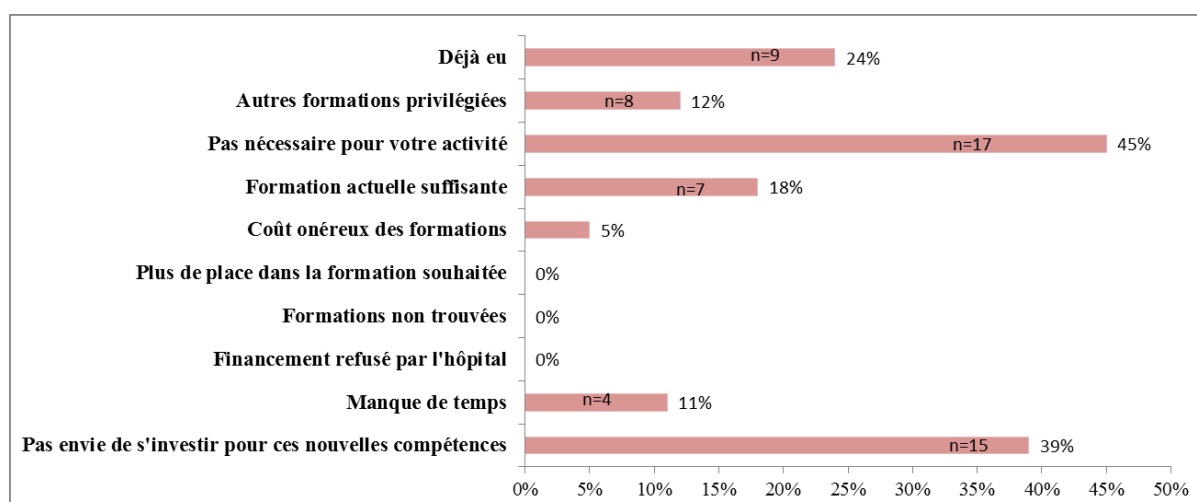


Figure 30: Raisons invoquées par les sages-femmes de ne pas faire de formations supplémentaires (n=36).

6) Evaluer l'évolution de la patientèle

6.1) Elargissement de la patientèle

Ces nouvelles compétences ont permis à 33 % des sages-femmes (n=126) d'élargir leur patientèle (n=42). Parmi elles : 8 sages-femmes travaillent en hospitalier, 33 en libéral et une en hospitalier et au CPEF.

6.2) Un meilleur suivi des femmes

Nous avons voulu savoir si les sages-femmes pensaient que ces nouvelles compétences avaient permis aux femmes d'avoir un meilleur suivi sur le plan gynécologique :

- 46 % pensent que oui (n=56)
- 7 % pensent que non (n=9)
- 48 % ne savent pas (n=60)

6.3) Information des patientes sur les nouvelles compétences

Nous avons demandé aux sages-femmes si leurs patientes savaient que les sages-femmes pouvaient faire du suivi gynécologique de prévention et des consultations de contraception (n=129) :

- 12 % ont répondu que les patientes le savaient (n=16)
- 65 % ont répondu que les patientes ne le savaient pas toujours (n=84)
- 17 % ont répondu que les patientes ne le savaient pas (n=22)
- 5 % des sages-femmes ne savaient pas répondre à la question (n=5)

95 % des sages-femmes informent leur patientèle sur le fait que les sages-femmes peuvent réaliser le suivi gynécologique de prévention et des consultations de contraception (n=121).

6.4) Motifs incitant à choisir une sage-femme pour le suivi gynécologique

Plusieurs réponses étaient possibles :

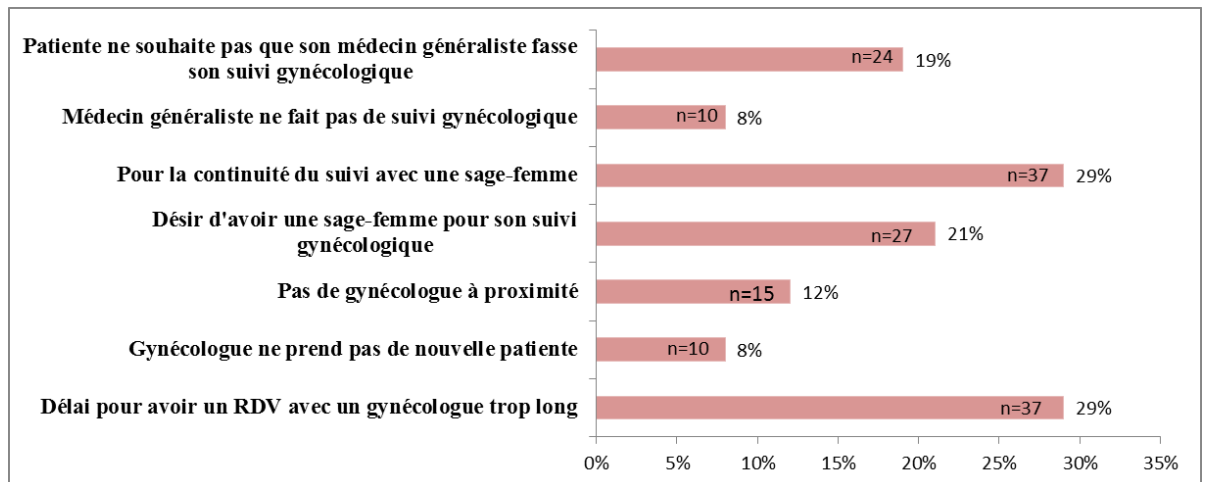


Figure 31: D'après les sages-femmes ; raisons pour lesquelles les femmes font appels aux sages-femmes pour leur suivi gynécologique (n=126).

7) Opinion des sages-femmes concernant leurs nouvelles compétences (n=131)

7.1) Lien profession/compétences

97 % des sages-femmes pensent que ces nouvelles compétences sont en lien avec la profession (n=126) ; 2 % pensent que non (n=3) ; 1 % ne sait pas (n=1).

7.2) Evolution et reconnaissance de la profession

85 % des sages-femmes pensent que ces nouvelles compétences vont faire évoluer la profession (n=111), 7 % ne le pensent pas (n=9), 8 % ne savent pas (n=11).

62 % des sages-femmes pensent que ces nouvelles compétences vont permettre une meilleure reconnaissance de la profession (n=80), 15 % ne le pensent pas (n=20), 23 % ne savent pas (n=30).

7.3) Les attentes des sages-femmes

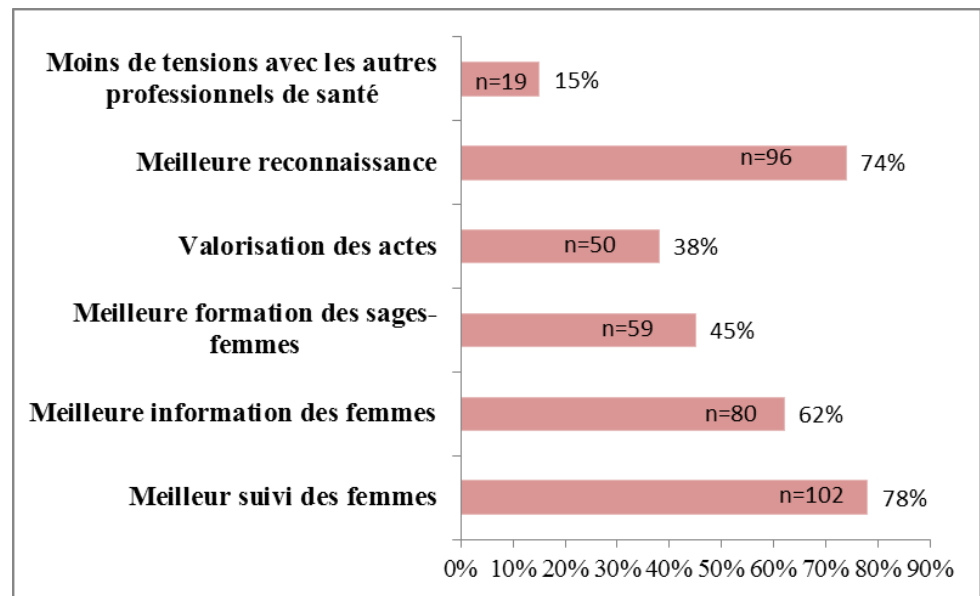


Figure 32: Les attentes des sages-femmes concernant ces nouvelles compétences (n=130).

Discussion

1) Critique de l'étude

1.1) Points faibles de l'étude

La difficulté de diffusion de notre questionnaire a eu un impact sur le taux de réponse de notre étude. En effet, le contact avec les sages-femmes hospitalières a été plus compliqué car il se faisait par le biais d'une personne intermédiaire. Certaines sages-femmes cadres n'ont pas donné suite au mail initial et au mail de relance.

Certaines sages-femmes cadres ont préféré afficher le lien dirigeant vers le questionnaire dans le bureau des sages-femmes plutôt que de le diffuser par mail, ce qui impliquait pour les sages-femmes de recopier le lien à l'écrit puis sur un ordinateur, cela a pu limiter les réponses.

Concernant les sages-femmes exerçant en libéral, le contact téléphonique n'a pas toujours été favorable, certaines n'ont pas donné suite à mon appel et je n'ai donc pas pu diffuser le mail.

En conséquence, la population régionale est faiblement représentée puisque la population de sages-femmes de notre étude n'est pas très importante malgré deux relances ; en effet sur 434 sages-femmes d'Auvergne, 132 ont participé à l'étude (30 %).

Cette faible participation amène des questions : le taux de réponse est-il corrélé à l'intérêt porté par les sages-femmes à leurs nouvelles compétences relatives au suivi gynécologique de prévention et aux consultations de contraception ? Les sages-femmes manquent-elles de temps pour répondre aux différentes études qui leur sont proposées ? Les sages-femmes rencontrent-elles des difficultés avec l'informatique et avec les questionnaires réalisés sur Google drive ?

1.2) Points forts

Le fait d'avoir intégré dans l'étude toutes les sages-femmes d'Auvergne, quels que soient leurs modes d'exercice, a permis d'effectuer des comparaisons.

Le sujet est d'actualité, d'une part la santé génésique des femmes est un objectif de santé publique, d'autre part la profession sage-femme revendique actuellement une place de praticien en soins primaires dans la santé génésique des femmes.

2) Analyse de l'étude

2.1) Le profil de la population

La DREES a réalisé des statistiques portant sur les sages-femmes inscrites au RPPS. Au 1^{er} janvier 2014, on recense 19764 sages-femmes en France métropolitaine dont 434 en Auvergne. Notre étude porte sur la participation de 131 sages-femmes, ce qui représente moins d'un tiers de la population de sages-femmes auvergnates. Cet effectif est faible et ne peut être considéré comme représentatif de la population générale (2).

Notre population est jeune par rapport à la moyenne d'âge des sages-femmes de France ; en effet l'âge moyen de notre population est de 40 ans contre 44 ans pour l'âge moyen au niveau national en 2014.

Notre population est à 98 % féminine ; ce qui est représentatif de la population puisque, selon le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes, la profession est majoritairement féminine avec 98 % de femmes contre 2 % d'hommes (49).

Le département le plus représenté dans notre étude est le Puy-de-Dôme suivi de l'Allier, de la Haute-Loire et du Cantal. Selon une étude de la DREES, au sein de l'Auvergne 54 % des sages-femmes exercent dans le Puy-de-Dôme, 26 % dans l'Allier, 11 % dans la Haute-Loire et 9 % dans le Cantal.

Le principal mode d'exercice de notre population d'étude est le secteur hospitalier ; en effet il représente 63 %, ce qui est représentatif puisque ce taux est de 70 % au niveau national est de 74 % au niveau de la région.

En Auvergne, le secteur libéral représente 20 % des sages-femmes. Au niveau national, il représente 24 %. Par rapport à la région et à la nation, le secteur libéral est bien représenté dans notre étude (32 %).

Au niveau régional et national, les sages-femmes salariées non hospitalières représentent 6 % de la population générale de sages-femmes. Dans notre étude ce secteur d'activité est sous représenté (3 %) (2).

2.2) Connaissances de la législation

La loi HPST vise à mettre en place une offre de soins de qualité, accessible à tous et satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé. Le texte de loi a été adopté le 23 juin 2009 par l'Assemblée Nationale et le 24 juin par le Sénat. Il est paru au Journal Officiel le 22 juillet 2009. Dans notre étude 92 % des sages-femmes connaissent cette loi et 13 % en ont pris connaissance par le biais du Journal Officiel. La majorité en a pris connaissance grâce au Conseil de l'Ordre (26).

Le taux de réussite des questions relatives aux compétences des sages-femmes avant 2009 est moindre par rapport à celui des questions relatives aux compétences des sages-femmes après 2009 ; en effet si on fixe le seuil de réussite à un taux supérieur ou égal à 80 %, 9 questions ont un taux inférieur à 80 % avant 2009 et toutes les questions ont un taux de réussite supérieur à 80 % après 2009. Pourtant la majorité des sages-femmes de notre étude ont été diplômées avant 2009.

Aucune question n'atteint un taux de réussite de 100 %, ce qui révèle des lacunes chez quelques sages-femmes concernant la connaissance des compétences actuelles et celles avant 2009.

78 % des sages-femmes de l'étude ont justement répondu « oui » à la question « La surveillance et le suivi biologique d'une contraception sont seulement réalisés par un médecin? ». Les sages-femmes savent-elles que ce n'est qu'en 2011 que la surveillance et le suivi biologique ont été autorisés aux sages-femmes ce qui explique pourquoi il fallait répondre oui à cette question ? Ou alors ignorent-elles que les sages-femmes sont

actuellement autorisées à réaliser la surveillance et le suivi biologique d'une contraception ?

2.3) La contraception

33 % des sages-femmes de notre étude réalisent des consultations de contraception. Dans une étude s'intéressant aux effets potentiels de l'extension de la pratique des sages-femmes dans 78 pays à bas revenu et à revenu intermédiaire, Homer et al ont estimé le nombre de décès qui pourraient être évités si la pratique des sages-femmes était étendue. Les résultats montrent que l'accroissement de la pratique des sages-femmes, en incluant la planification familiale, entraînerait une nette diminution de la mortalité maternelle de même que la mortinatalité et la mortalité néonatale. En effet, la planification familiale limite la fécondité et le nombre de grossesses, permettant ainsi de réduire le nombre de femmes et d'enfants à risque de mortalité (50).

La majorité des sages-femmes hospitalières de notre étude a répondu ne pas réaliser de consultations de contraception, du fait que cette activité ne figure pas sur leur fiche de poste ou que ce n'est pas nécessaire dans l'organisation du service. Les hôpitaux ont-ils aménagé des consultations de contraception en soins externes réalisées par les sages-femmes, en dehors de la planification familiale ? Les sages-femmes hospitalières ont une activité centrée sur la naissance ; elles réalisent des consultations prénatales, des séances de préparation à la naissance, ou bien elles sont présentes dans les services de salle de naissance ou de suites de couches, ce qui laisse peu de place pour des consultations de contraception et pour le suivi gynécologique. Une sage-femme pense que ça ne serait pas suffisamment rémunérateur pour l'établissement. D'autre part, certaines pensent que cette activité serait mal perçue par l'équipe médicale. On peut penser que c'est tout un ensemble de facteurs qui empêchent le développement de cette activité au sein des hôpitaux.

Les sages-femmes hospitalières ne réalisent peut-être pas de consultations de contraception dans le cadre des soins externes, mais elles ont accès aux antécédents des patientes grâce à leurs dossiers et réalisent quotidiennement des examens cliniques

notamment dans les services de suites de couches, ce qui leur permet de prescrire une contraception adaptée. Dans notre étude, la majorité d'entre-elles donnent des informations sur la contraception et font des prescriptions de contraceptifs. Par conséquent, on peut considérer qu'elles réalisent des consultations de contraception.

Quand l'essentiel de l'activité des sages-femmes hospitalières concerne l'obstétrique, les sages-femmes libérales développent plus leur pratique vers les consultations de contraception. En effet, la grande majorité des sages-femmes libérales de l'étude (81 %) pratiquent de façon plus fréquente la prescription de contraception dans le cadre de consultation de contraception proprement dite, mais aussi lors des consultations postnatales et lors des séances de rééducation du périnée.

Les sages-femmes de PMI ont pour mission de renforcer la prévention auprès des femmes enceintes dont l'état de santé ou la situation matérielle ou morale le nécessite, favoriser leur santé physique, psychologique et sociale et celle de leurs futurs enfants, concourir à la diminution du taux de mortalité maternelle, périnatale et de morbidité néonatale et de participer à une politique de planification et d'éducation familiale en matière de grossesse, de contraception et de lutte contre les infections sexuellement transmissibles, notamment l'infection par le VIH (51). Dans notre étude une sage-femme de PMI sur les trois déclare réaliser des consultations de contraception or toutes les trois donnent des informations sur la contraception et deux d'entre-elles prescrivent les contraceptifs. On peut donc considérer qu'au moins deux sages-femmes réalisent des consultations de contraception puisqu'elles réalisent ces prescriptions.

Les sages-femmes prescrivant une contraception dans un cadre obstétrical (en suites de couches, lors de la visite postnatale, lors des séances de rééducation postnatale du périnée) considèrent au vu de leurs réponses qu'elles ne réalisent pas de consultations de contraception au sens strict.

Les CPEF ont pour mission d'assurer des actions de prévention relatives à la sexualité et à l'éducation familiale, des entretiens préalables à l'IVG, des entretiens post-IVG et des consultations de contraception (52). En effet 100 % des sages-femmes exerçant dans les CPEF de notre étude réalisent des consultations de contraception.

Les sages-femmes de PMI et des CPEF organisent par ailleurs des séances d'informations auprès des jeunes, dans les établissements scolaires, ayant pour but d'informer sur la sexualité et la contraception, de mieux percevoir les risques (grossesses indésirables précoces et IST) et d'informer sur les structures d'accueil.

Un des freins à la pratique complète de consultations de contraception est la pose et le retrait des DIU et des implants ; en effet la majorité des sages-femmes de notre étude ne réalisent ni la pose et le retrait de DIU, ni la pose et le retrait d'implants. Nos résultats sont corrélés à ceux d'une étude réalisée par le CIR2 auprès de 3755 sages-femmes du Nord-Pas de Calais, de la Picardie, de la Champagne-Ardenne, de la Lorraine et d'Alsace inscrites à l'ordre au 1^{er} janvier 2010 ; moins de 1 % d'entre-elles réalisaient la pose du stérilet et 1 % effectuaient le retrait, 2 % réalisaient la pose de l'implant et moins de 1 % réalisaient le retrait. Parmi les raisons évoquées à ce constat, et quel que soit le mode d'exercice, les sages-femmes ne se sentent pas suffisamment formées pour la réalisation de ces actes (53). En effet, dans notre étude 69 % des sages-femmes se sentent insuffisamment formées pour la pose et le retrait de dispositif intra-utérin et/ou d'implant.

2.4) Le suivi gynécologique de prévention

2.4.1) Les consultations gynécologiques de prévention

Dans notre étude, 34 % de sages-femmes réalisent le suivi gynécologique de prévention. Dans l'enquête réalisée par le CIR2 en 2010, le taux est plus faible puisque 8,5 % de leur population de sages-femmes réalisaient le suivi gynécologique de prévention. Dans notre étude, ce taux s'explique en partie par le fait que notre population est majoritairement composée de sages-femmes hospitalières ne réalisant pas de consultations gynécologiques de prévention (95 %).

Les raisons empêchant les sages-femmes hospitalières de réaliser des consultations de suivi gynécologique de prévention sont les mêmes que celles empêchant la réalisation

de consultations de contraception (activité ne figurant pas sur la fiche de poste, pas nécessaire dans l'organisation du service, activité non souhaitée par l'équipe médicale). De même que pour les consultations de contraception, les hôpitaux ont-ils aménagé des consultations de suivi gynécologique en soins externes réalisées par les sages-femmes ? Même si les sages-femmes ne réalisent pas de consultations gynécologiques de prévention en soins externes, elles sont amenées à faire du suivi gynécologique de prévention, puisqu'elles réalisent l'examen sénologique et les frottis en début de grossesse lors des consultations prénatales ou lors des consultations postnatales.

Les sages-femmes libérales réalisent des consultations de suivi gynécologique de manière plus fréquente que les sages-femmes hospitalières.

2 sages-femmes des CPEF réalisent des consultations gynécologiques de prévention ; en effet elles ont un rôle dans la prévention en informant les jeunes des bénéfices de la vaccination HPV ne dispensant pas d'un FCU tous les 3 ans à partir de 25 ans, de l'intérêt d'un suivi gynécologique régulier, de l'importance du dépistage des IST en cas de comportements à risque.

Quels que soient les modes d'exercice, certaines sages-femmes se sentent insuffisamment formées pour réaliser le suivi gynécologique de prévention.

Concernant l'absence de pratique du suivi gynécologique et des consultations de contraception, nous avons constaté que parmi les raisons majoritairement évoquées on retrouve « Activité ne figurant pas sur la fiche de poste ». Nous nous sommes donc intéressées à la fiche de poste. Celle-ci est un outil de gestion des ressources humaines. Elle rend visibles les aspects importants d'un poste, les missions, les objectifs, les compétences demandées, les conditions, les moyens, les liens hiérarchiques et les risques attachés. Elle est réalisée par le chef de service en concertation avec l'agent et elle est validée par l'autorité territoriale. Elle doit être révisée et mise à jour en fonction des nécessités du service. Le taux de réponse « Activité ne figurant pas sur la fiche de poste » est-il lié à celui « Pas nécessaire dans l'activité du service » puisque les révisions des fiches de postes se font selon les nécessités du service ? La fiche de poste peut aussi être révisée à l'issue de l'entretien individuel d'évaluation. Ce n'est pas elle qui détermine l'activité ou même les compétences, elle n'est en fait que le constat de

l'activité réelle (54). Par conséquent, on ne peut pas justifier de l'absence de réalisation d'un acte par le fait que ce ne soit pas inscrit sur la fiche de poste. C'est aux sages-femmes d'adapter leur fiche de poste à leurs nouvelles compétences. On ne peut savoir si les sages-femmes concernées ressentent l'envie de faire évoluer leur exercice.

2.4.2) L'examen sénologique

Dans notre étude, la moitié de notre population a répondu réaliser l'examen mammaire. La majorité des sages-femmes libérales et des centres de PMI le font, mais seulement 28 % des sages-femmes hospitalières ont répondu le réaliser; en effet la majorité des sages-femmes hospitalières de notre étude a une activité dans les services de suites de couches et est donc amenée à réaliser quotidiennement l'examen des seins mais dans le cadre d'un allaitement maternel ou artificiel et non dans le cadre du suivi gynécologique.

Parmi les sages-femmes ayant répondu réaliser l'examen sénologique, 60 % d'entre elles le réalisent dans le cadre du suivi gynécologique de prévention. Seulement 48 % d'entre elles le font lors des consultations prénatales. Les femmes font-elles leur consultation du premier trimestre avec une sage-femme ou la font-elle plutôt avec un médecin traitant avant de se diriger vers une sage-femme ? Rappelons que l'HAS recommande l'examen des seins en début de grossesse, avant 10 SA. Au-delà de 10 SA, cet examen clinique n'est plus pertinent, du fait de la modification des glandes mammaires induite par la grossesse (55).

41 % des sages-femmes réalisant l'examen mammaire ont détecté une anomalie. Lorsque c'était le cas, la majorité a prescrit une mammographie/échographie et/ou a orienté la patiente vers un gynécologue-obstétricien. Très peu orientent vers un médecin généraliste probablement parce qu'elles considèrent que les gynécologues-obstétriciens ont une pratique plus spécialisée sur ce type de pathologie.

2.4.3) Le Frottis Cervico Utérin

Selon les recommandations de l'HAS, le FCU doit être réalisé dans le cadre du suivi de grossesse (lors de la 1^{ère} consultation de suivi de grossesse, avant 10 SA, si les antécédents de FCU datent de plus de 2 à 3 ans) ou lors des consultations postnatales, 6 à 8 semaines après l'accouchement (si le FCU n'a pas pu être réalisé en début de grossesse). Dans notre étude, la majorité des sages-femmes réalisent les FCU et principalement au cours des consultations pré et postnatales (55).

On comprend que le taux de sages-femmes hospitalières ne les réalisant pas soit important puisque leur activité est majoritairement en service de suites de couches et en salle de naissance. En effet la majorité invoque que ce n'est pas nécessaire pour leur activité. D'après notre étude, à l'hôpital, les FCU sont peu réalisés lors des consultations de suivi gynécologique probablement car les hôpitaux n'ont pas créé des consultations gynécologiques en soins externes réalisées par des sages-femmes et par conséquent elles ne peuvent pas réaliser de FCU dans ce cadre-là.

La majorité des sages-femmes réalisant des FCU exercent en libéral. Parmi les sages-femmes libérales ne réalisant pas de FCU, les raisons invoquées sont majoritairement le manque de temps et l'insuffisance de matériel pour la réalisation de FCU. Certaines évoquent aussi le coût onéreux du matériel or le matériel nécessaire à la réalisation de FCU est généralement fourni par le laboratoire d'anatomo-pathologie et un certain nombre de spéculums peuvent être fournis par l'ABIDEC-ARDOC aux professionnels qui en font la demande, par conséquent on constate une méconnaissance de certaines sages-femmes concernant le matériel.

Selon l'HAS, on retrouve une inégalité territoriale quant au dépistage par le FCU ; d'après une analyse explicative, ce constat s'explique par une variabilité entre les départements de la précarité et de la démographie médicale. Il semble donc nécessaire de diversifier les lieux de réalisation du FCU : PMI, planning familial, médecine du travail, médecine scolaire, laboratoire de biologie médicale, etc. Or, dans notre étude, une sage-femme de PMI sur les 4 réalise les FCU et une sage-femme d'un CPEF sur les 3 les réalise. La HAS souligne le fait que le suivi de grossesse et le suivi post-accouchement sont des périodes favorables à la sensibilisation des femmes au dépistage

par le FCU. De même, l'exercice de la profession de sage-femme comporte également la rééducation périnéale des femmes plus âgées, en dehors de la période postnatale, qui sont aussi concernées par les FCU. Donc quel que soit le mode d'exercice des sages-femmes, elles devraient avoir un rôle important dans la prévention du cancer du col de l'utérus (56).

40 % des sages-femmes ont répondu qu'elles rencontraient parfois des difficultés avec les FCU. Bien qu'aucune question ne permette d'identifier le type de difficulté rencontré, lorsque nous avons demandé aux sages-femmes dans quels domaines elles se sentaient insuffisamment formées, 64 % ont répondu dans l'interprétation des résultats de frottis.

Parmi les sages-femmes ayant rencontré des dysplasies, leur conduite à tenir est unanime ; elles orientent leur patiente vers des gynécologues-obstétriciens. 27 % d'entre-elles ont rencontré des difficultés pour l'orientation de leurs patientes par un manque de disponibilité des gynécologues-obstétriciens avec des délais de rendez-vous trop longs. Diriger les femmes sans antécédents particuliers de dysplasie vers des sages-femmes pour la suite de leur suivi permettrait probablement de libérer des plages horaires auprès des gynécologues-obstétriciens destinées aux femmes présentant des pathologies dans l'intérêt d'une meilleure prise en charge de ces femmes.

2.5) Formations

2.5.1) La formation initiale

La loi du 17 mai 1943 dispose que les études de sage-femme se déroulent sur 3 ans dont un an commun avec les infirmières. En 1973, l'année commune avec les infirmières est supprimée. En 1985, l'arrêté du 27 décembre fixe la durée des études à 4 ans. Depuis 2002, les études ont une durée de 5 ans. Dans notre étude : 25 % des sages-femmes ont eu une formation initiale de 3 ans, 45 % de 4 ans et 30 % de 5 ans (57).

La grande majorité des sages-femmes de notre étude (90 %) pense que la formation initiale est insuffisante. On constate que le taux de sages-femmes pensant que la formation initiale est insuffisante, est décroissant en fonction de l'augmentation de la durée de la formation initiale. Depuis mai 1979, la formation initiale des sages-femmes comporte un enseignement de la contraception (58). L'arrêté du 11 décembre 2001 relatif au contrôle des connaissances et des aptitudes des étudiants sages-femmes et à l'organisation des examens a renforcé la formation initiale en matière de suivi gynécologique et de contraception (59). La formation initiale a évolué au rythme de l'évolution des compétences. Cependant il semble nécessaire que les diplômées avant 2001 réalisent une formation complémentaire (15).

Notre étude est cohérente avec celle réalisée auprès de 178 sages-femmes de Seine-Maritime en 2013 dont 75 % pensaient que la formation initiale n'était pas suffisante et principalement la pratique lors des stages. Ces sages-femmes exprimaient le manque d'adéquation entre les compétences qu'on leur donne et l'apprentissage clinique sur les terrains de stage. (60)

Une autre étude réalisée auprès des étudiants sages-femmes des écoles de Metz et de Nancy en 2013 a révélé que les étudiants étaient globalement satisfaits de l'enseignement théorique mais un besoin d'approfondissement est nécessaire. Concernant la partie pratique, la majorité des étudiants la trouve insuffisante. Elle est souvent aléatoire, en effet peu de sages-femmes font du suivi gynécologique ou des consultations de contraception, de plus certains professionnels de santé ne connaissent pas les nouvelles compétences des sages-femmes et ne laissent pas pratiquer (18).

Plus de 50 % des sages-femmes de notre étude se sentent insuffisamment formées sur la contraception en général, la pose, le retrait d'implant et de DIU, l'interprétation des résultats de FCU et l'examen sénologique.

2.5.2) Formations complémentaires

Dans l'enquête réalisée par le CIR2 en 2010, environ 80 % des sages-femmes, quelle que soit la durée de formation initiale, souhaitent une formation continue dans ce domaine. La demande de formation est homogène pour les 2 domaines de compétences : contraception et suivi gynécologique. La formation continue est souhaitée par ordre décroissant : à l'hôpital en formation interne, à l'école de sage-femme, à l'université (DU et DIU), dans les réseaux, via l'ordre des sages-femmes, aux cabinets de gynécologues libéraux ou au planning familial. Rappelons que les sages-femmes ont une obligation de DPC selon les articles L.4153-1 et 4153-2 du code de la santé publique.

72 % des sages-femmes de notre étude souhaitent réaliser une formation complémentaire relative au suivi gynécologique de prévention et aux consultations de contraception. On retrouve une homogénéité dans le choix des domaines dans lesquels les sages-femmes souhaitent approfondir leurs connaissances tout comme dans l'enquête réalisée par le CIR2 en 2010.

Ces taux importants montrent que la majorité des sages-femmes s'intéressent à leurs nouvelles compétences et qu'elles souhaitent réactualiser et perfectionner leurs connaissances.

Parmi les sages-femmes ayant réalisé une formation complémentaire, la majorité l'ont trouvée insuffisante. Les formations sont jugées trop courtes ou manquant de pratique. Certaines sages-femmes pensent qu'il est nécessaire de les renouveler car « il n'y a pas de mise en pratique des connaissances et un risque d'oubli ... ». En effet, parmi les 94 sages-femmes de notre étude souhaitant réaliser une formation complémentaire, 71 % avaient déjà réalisé une formation supplémentaire.

Les sages-femmes ne voulant pas réaliser de formation complémentaire évoquent le manque de nécessité pour leur activité ou l'absence d'envie de s'investir pour ces nouvelles compétences, en effet ces nouvelles compétences peuvent être

perçues comme une charge supplémentaire de travail alors que leur activité obstétricale est déjà surchargée.

2.6) Les attentes des sages-femmes

Une grande majorité des sages-femmes de notre étude pense que ces compétences sont en lien avec la profession et qu'elles vont faire évoluer la profession. Si on s'intéresse à l'attente des sages-femmes concernant ces nouvelles compétences et celles des sages-femmes de l'enquête réalisée par le CIR2 en 2010, on constate de nombreuses similitudes. Tout d'abord les sages-femmes souhaitent un meilleur suivi des femmes ; les sages-femmes sont conscientes de l'évolution de la démographie médicale et du rôle qu'elles peuvent avoir dans l'amélioration de la santé génésique des femmes.

Ensuite on retrouve un grand besoin de reconnaissance professionnelle, d'une part par les femmes qui selon les sages-femmes ne sont pas toujours au courant des nouvelles compétences, mais aussi par les autres professions médicales. Une étude réalisée en 2011 auprès des patientes de la maternité de Port Royal et de la maternité des Bluets à Paris a révélé que 77 % d'entre-elles savaient que la profession de sage-femme était une profession médicale, 13 % des patientes avaient connaissance de l'élargissement de leurs compétences au suivi gynécologique de prévention et aux consultations de contraception mais 55,8 % savaient qu'elles pouvaient prescrire une contraception tout au long de la vie des femmes (61). Dans notre étude, 65% des sages-femmes déclarent que leurs patientes ne sont pas toujours au courant de leurs nouvelles compétences. Une meilleure information sur les compétences des sages-femmes permettrait une meilleure prise en charge de la santé gynécologique des femmes. Cette attente de reconnaissance est également liée à la revalorisation des salaires et à la cotation des actes.

De plus les sages-femmes remettent en question la formation initiale et certaines formations complémentaires principalement sur la partie pratique.

Pour finir, les sages-femmes ne souhaitent pas que ces nouvelles compétences soient source de conflits avec les autres professions médicales. Certaines souhaitent une

formation auprès des gynécologues sous forme de stage, dans un esprit de transmission des savoirs ou une collaboration dans le but unique d'améliorer la santé des femmes.

3) Projets d'action

Suite à notre travail, plusieurs projets d'action sont envisageables :

➤ Améliorer les connaissances des sages-femmes d'Auvergne

Dans notre questionnaire, nous avons évalué les connaissances des sages-femmes quant à leurs compétences en matière de suivi gynécologique et de consultations de contraception avant et après 2009. Les taux de réussite aux questions posées n'étant pas de 100 %, nous avons pensé réaliser un mail d'information exposant les résultats de notre étude, rappelant l'évolution de la législation ainsi que les recommandations de l'HAS concernant la prescription de contraception, le dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus, à toutes les sages-femmes d'Auvergne afin d'actualiser leurs connaissances. Pour avoir accès à un plus grand nombre de sages-femmes, nous avons pensé faire appels aux quatre Conseils Départementaux de l'Ordre des Sages-Femmes d'Auvergne, ainsi qu'aux URPS, pour la diffusion de notre mail (cf. annexe IV).

➤ Création d'un réseau

Concernant l'obstétrique, en Auvergne les sages-femmes ont l'habitude de travailler en réseau grâce au Réseau de Santé et Périnatalité d'Auvergne, dès lors on peut imaginer la mise en place d'un réseau spécifique au suivi gynécologique. Ce réseau serait composé des hôpitaux d'Auvergne ayant un service de gynécologie, des médecins généralistes, des gynécologues-obstétriciens, des gynécologues médicaux libéraux, des sages-femmes libérales, des Centres de Planification et d'Education Familiale, des Centres de Protection Maternelle et Infantile. Il aurait pour objectif d'améliorer la qualité de prise en charge des femmes, quel que soit leur âge et en fonction de leurs besoins (prévention ou pathologie), de favoriser la circulation des informations

médicales dans l'intérêt des patientes et de faciliter les relations entre les professionnels médicaux ayant un rôle dans la santé gynécologique des femmes. Une collaboration avec l'ARS et les URPS serait souhaitable pour optimiser les objectifs de ce réseau. Une demande de financement auprès du Fond d'Intervention Régional géré par l'ARS d'Auvergne pourrait être réalisée.

➤ Renforcer l'information

Informar les jeunes du rôle que les sages-femmes peuvent avoir dans la santé gynécologique des femmes quel que soit leur âge, lors des interventions d'information et de prévention relatives à la sexualité, la contraception et au suivi gynécologique dans les collèges et les lycées. Pour cela, il serait nécessaire que les instances représentatives de la profession (les Conseils Départementaux de l'Ordre des Sages-femmes et les URPS) renforcent le lien avec les Conseils Régionaux et Départementaux afin d'améliorer la visibilité de la profession de sage-femme dans les collèges et les lycées.

➤ Se rendre compte de l'évolution des pratiques

Il serait intéressant de refaire, dans quelques années et à plus grande échelle, un état des lieux de la pratique des sages-femmes d'Auvergne en matière de suivi gynécologique de prévention et de consultations de contraception pour apprécier l'évolution des pratiques au fil des années.

Conclusion

Les compétences permises par la loi HPST de 2009, permettent une continuité dans la relation de confiance établie entre les femmes et les sages-femmes avec la possibilité d'assurer un suivi global des patientes (suivi de grossesse, préparation à la naissance, accouchement, suivi postnatal, suivi gynécologique).

Pour faciliter l'extension de l'exercice des sages-femmes au suivi gynécologique de prévention et aux consultations de contraception, la formation initiale et les formations complémentaires doivent insister d'avantage sur la pratique.

Aujourd'hui les sages-femmes spécialistes de la physiologie, se battent encore pour une meilleure reconnaissance de leurs multiples compétences. La profession doit se rendre plus visible ; le rôle des sages-femmes ne se limite pas à la grossesse et à l'accouchement or peu de femmes le savent. Notamment il faut insister sur leur rôle dans le dépistage des cancers gynécologiques y compris dans les dépistages organisés. Il paraît important de sensibiliser les autres professions médicales et paramédicales au champ de compétences des sages-femmes et de développer des partenariats. Ceci dans le but de faciliter l'accès aux soins de toutes les femmes et d'avoir une cohérence dans leur suivi.

Les difficultés que cause l'employabilité des sages-femmes par les centres hospitaliers (stabilisation du nombre de postes offerts), l'attractivité de l'exercice libéral (notamment par le quasi maintien des effectifs en hospitalier malgré l'augmentation du nombre de sages-femmes et la demande des patientes qui est plus importante suite à la mise en place des sorties précoces des maternités), l'évolution de la démographie médicale (diminution annoncée du nombre de médecins et de gynécologues) dans les années à venir ainsi que l'intérêt porté par les sages-femmes à la santé génésique des femmes, sont autant de constats laissant penser que la profession va peut-être avoir de plus en plus de place dans la santé génésique des femmes.

Références bibliographiques

1. Organisation Mondiale de la Santé. Rôle de la sage-femme dans la protection de la maternité. Série de rapport technique [Internet]. 1966, N°331, [consulté le 12/02/2014]. Disponible sur:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38487/1/WHO_TRS_331_fre.pdf?ua=1
2. DREES. Les professions de santé au 1er janvier 2014 [Internet]. Juin 2014, N°189, [consulté le 13/9/2014]. Disponible sur:
<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat189.pdf>
3. DREES. La profession de sage-femme: constat démographique et projections d'effectifs [Internet]. Mars 2012, N°791, [consulté le 24/12/2013]. Disponible sur:
<http://www.drees.sante.gouv.fr/la-profession-de-sage-femme-constat-demographique-et,10809.html>
4. Cour des comptes. Le rôle des sages-femmes dans le système de soins [Internet]. Sept 2011 [consulté le 20/03/2015]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr>
5. Le Breton-Lerouillois G. La démographie médicale en région Auvergne: Situation en 2013 [Internet]. 2013, [consulté le 23/03/2015]. Disponible sur:
http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/auvergne_2013.pdf
6. Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme (J.O. 28/03/2013)
7. Arrêté du 19 juillet 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques (J.O. 10/08/2011)
8. Arrêté du 28 octobre 2009 relatif à la première année commune aux études de santé (J.O. 17/11/2009)
9. Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes. La formation [Internet]. Ordre des sages-femmes. [consulté le 14/09/2014]. Disponible sur: http://ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/exercice_de_la_profession/comment_devenir_sagesfemmes/_la_formation/index.htm
10. Article L4153-1. Code de la santé publique.
11. Article R4127-304. Code de la santé publique.

12. Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes. Les offres de formation continue [Internet]. Ordre des sages-femmes. [consulté le 4/04/2015]. Disponible sur:
http://ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/exercice_de_la_profession/le_developpement_professionnel/la_formation_continue_des_sagesfemmes_hospitalieres_/index.htm
13. FIFPL. Critères de prise en charge 2015 [Internet]. 2015, [consulté le 14/04/2015]. Disponible sur: <http://www.fifpl.fr/documents/criteres/8690DS.pdf>
14. OGDPC. Forfaits programmes DPC sages-femmes [Internet]. 2014, [consulté le 14/04/2015]. Disponible sur:
https://www.ogdpc.fr/public/medias/organisme/pdf/DOCUMENTS%20UTILES/FORFAITS_DPC_SF.pdf
15. Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes. Précision sur les nouvelles compétences. Contact Sage-Femme. Avr 2010. N°23: p7.
16. Globalis. Formation sage-femme [Internet]. [consulté le 2/02/2015]. Disponible sur: <http://www.formation-sage-femme-globalis.fr/>
17. MedicFormation. Formation sage-femme [Internet]. [consulté le 2/02/2015]. Disponible sur: <http://www.medicformation.fr/>
18. CORNE A. Suivi gynécologique et contraception [Mémoire sage-femme]. Lorraine: École de Sages-Femmes Albert Fruhinsholz ; 2014
19. Article L4151-1. Code de la santé publique.
20. Article R4127-318. Code de la santé publique.
21. Article L4151-2. Code de la santé publique.
22. Arrêté du 4 février 2013 modifiant l'arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires (J.O. 13/02/2013)
23. Article L5134-1. Code de la santé publique.

24. Loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé (J.O. 30/12/2011)
25. Arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires (J.O. 30/12/2011)
26. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (J.O. 22/07/2009)
27. Arrêté du 17 octobre 1983 relatif à la liste des examens radiologiques, de laboratoire et de recherche que les sages-femmes peuvent prescrire (J.O. 7/11/1989)
28. Décret n°2006-1268 du 17 octobre 2006 relatif au code de déontologie des sages-femmes et modifiant le code de la santé publique
29. INCA. Le cancer du sein [Internet]. Agence nationale et scientifique en cancérologie. [consulté le 22/02/2014]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/cancerinfo/les-cancers/cancer-du-sein/le-sein>
30. LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (J.O. 11/08/2004)
31. ABIDEC. Plus de 20 ans d'action dans l'Allier [Internet]. [consulté le 14/02/2015]. Disponible sur: <http://www.abidec.fr>
32. ARDOC. Je choisis le dépistage avec l'ARDOC [Internet]. [consulté le 14/02/2015]. Disponible sur: <http://www.ardoc.org>
33. INCA. Octobre rose 2014: A chaque femme concernée le dépistage adapté à son niveau de risque [Internet]. 2014, [consulté le 19/03/2015]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/presse/9180-octobre-rose-2014>
34. INCA. Prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus [Internet]. Oct 2013, [consulté le 22/04/2014]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr>
35. Arrêté du 22 mars 2005 fixant la liste des vaccinations que les sages-femmes sont autorisées à pratiquer (J.O. 30/03/2005)

36. RPC. Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2003. N°31: p 974 -985.
37. HAS. Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France [Internet]. Juil 2010, [consulté le 22/04/2014]. Disponible sur: http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/fiche_de_synthese_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf
38. INCA. Cancer du col de l'utérus: mois de mobilisation en faveur de la prévention et du dépistage [Internet]. 5 Juin 2013, [consulté le 19/03/2015]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/rss-depistage/7584-cancer-du-col-de-luterus-mois-de-mobilisation-en-faveur-de-la-prevention-et-du-depistage>
39. HAS. Contraception: Prescriptions et conseils aux femmes [Internet]. Juil 2013, [consulté le 12/02/2014]. Disponible sur: <http://www.jle.com/e-docs/00/04/8E/BF/>
40. HAS. Les méthodes contraceptives [Internet]. Mars 2013 [consulté le 11/02/2014]. Disponible sur: http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf
41. INPES. Mise en œuvre de la politique sur la contraception [Internet]. 15 Mai 2013, [consulté le 3/02/2015]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/13/dp130515.pdf>
42. DREES. La santé des femmes en France [Internet]. Mars 2013, N°834, [consulté le 12/02/2014]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er834.pdf>
43. DREES. L'état de santé de la population en France [Internet]. 2015, [consulté le 20/03/2015]. Disponible sur: http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rappeds_v11_16032015.pdf
44. Assemblée nationale. Compte rendu intégral de la session ordinaire de 2014-2015 [Internet]. 9 Avril 2015, [consulté le 20/03/2015]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/cri/2014-2015/20150208.asp#P507349>
45. Décision du 2 octobre 2012 de l'UNCAM relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie (J.O. 14/11/2012)

46. Décision du 14 février 2013 de l'UNCAM relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie (J.O. 16/04/2013)
47. Décision du 18 avril 2014 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relatives à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie (J.O. 24/03/2014)
48. ONSSF. Négociations en cours avec l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie [Internet]. [consulté le 2/04/2015]. Disponible sur: <http://www.onssf.org/3.aspx?sr=1>
49. Conseil National de l'Ordre des sages-femmes. Démographie et statistiques [Internet]. Ordre des sages-femmes [consulté le 20/03/2015]. Disponible sur: http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/exercice_de_la_profession/demographie_et_statistiques/index.htm
50. Gagnon R. Les effets anticipés d'une augmentation des prestations de maïeutique. Les Dossiers de la Maïeutique. 2014. N°3 : p127 - 128.
51. Conseil National de l'Ordre des sages-femmes. La sage-femme de PMI [Internet]. Ordre des sages-femmes [consulté le 20/03/2015]. Disponible sur: http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document/2/exercice_de_la_profession/la_profession_et_modes_dexercice/la_sagefemme_de_pmi/index.htm
52. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Les centres de planification et d'éducation familiale [Internet]. 2010, [consulté le 20 mars 2015]. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/les-centres-de-planification-ou-d-education-familiale.html>
53. Dupond S. Loi HPST: contraception et suivi gynécologique de prévention. Contact Sage-Femme. Janv 2010. N°26: p5-8.
54. CEDIP. Les contenus et l'utilisation d'une fiche de poste [Internet]. Compétences et formation: le site du CEDIP [Internet]. 2012, [consulté le 26/03/2015]. Disponible sur: <http://www.cedip.equipement.gouv.fr/les-contenus-et-l-utilisation-d-une-fiche-de-poste-a46.html>

55. HAS. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiées [Internet]. 2007, [consulté le 24/03/2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf
56. HAS. Etat des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France [Internet]. 2010, [consulté le 27/03/2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/argumentaire_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf
57. Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes. L'évolution de la formation [Internet]. Ordre des sages-femmes. [consulté le 27/03/2015]. Disponible sur: http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document/2/exercice_de_la_profession/histoire_de_la_profession/evolution_de_la_formation_/index.htm
58. Allard D. Etre sage-femme et prescrire une contraception. La Revue Sage-Femme. 2005. N°2 : p90-97.
59. Arrêté du 11 décembre 2001 relatif au contrôle des connaissances et des aptitudes des étudiants sages-femmes et à l'organisation des examens (J.O. 20/12/2001)
60. Vincent J. Les sages-femmes et le suivi gynécologique de prévention: Etat des lieux des pratiques. [Mémoire sage-femme]. Rouen : Centre Hospitalier Universitaire ; 2013.
61. Maury M. Nouvelles compétences en gynécologie et contraception: quels intérêts portés par les patientes, quels enjeux pour les sages-femmes? [Mémoire sage-femme]. Paris : Ecole de sage-femme Baudelocque ; 2011.

Annexes

Annexe I : Mail destiné aux sages-femmes cadres pour la diffusion du questionnaire

Bonjour Mme.....,

Je suis étudiante sage-femme en 5^{ème} année à l'école de Clermont-Ferrand et le sujet de mon mémoire est « L'état des lieux de la pratique du suivi gynécologique de prévention et des consultations de contraception par les sages-femmes d'Auvergne ». Ma directrice de mémoire est Mme Tarraga Elisabeth sage-femme libérale à Chamalières. Mon étude concerne toutes les sages-femmes d'Auvergne réalisant ou ne réalisant pas de suivi gynécologique de prévention ou des consultations de contraception et exerçant dans les maternités publiques ou privées, en libéral, dans les centres de planification et de Protection Maternelle et Infantile.

L'objectif principal de ce mémoire est de décrire la pratique des sages-femmes d'Auvergne concernant le suivi gynécologique de prévention et les consultations de contraception.

Les objectifs secondaires sont :

- d'évaluer leur connaissance de la législation autorisant la pratique du suivi gynécologique de prévention et de consultations de contraception.
- De connaître les raisons poussant les sages-femmes à ne pas réaliser de suivi gynécologique de prévention et des consultations de contraception
- D'obtenir l'opinion des sages-femmes concernant la formation initiale et les formations complémentaires relatives au suivi gynécologique de prévention et aux consultations de contraception.
- De recueillir l'opinion des sages-femmes concernant les nouvelles compétences qui leurs sont attribuées.

Je souhaiterais que les sages-femmes du centre hospitalier de ... participent à mon étude. J'ai réalisé un questionnaire sur internet via google drive et j'aimerais convenir avec vous du moyen pour leur faire parvenir par mail. La durée du questionnaire a été estimée à 10 minutes mais ce temps est variable selon leur pratique. Les réponses au questionnaire sont anonymes.

Je me tiens à votre disposition pour toutes informations supplémentaires par mail ou par téléphone

Merci de votre attention,

Cordialement,

Elodie Giraud.

Annexe II : Mail destiné aux sages-femmes

Madame, Monsieur,

Je suis étudiante sage-femme en 5^{ème} année à l'école de Clermont-Ferrand, le sujet de mon mémoire est « L'état des lieux de la pratique du suivi gynécologique de prévention et des consultations de contraception par les sages-femmes d'Auvergne ». Ma directrice de mémoire est Mme Tarraga Elisabeth, sage-femme libérale, à Chamalières. Mon étude concerne toutes les sages-femmes d'Auvergne, **réalisant ou ne réalisant pas** de suivi gynécologique de prévention ou des consultations de contraception et exerçant dans les maternités publiques ou privées, en libéral, dans les centres de planification et de Protection Maternelle et Infantile.

L'objectif principal de ce mémoire est de décrire la pratique des sages-femmes d'Auvergne concernant le suivi gynécologique de prévention et les consultations de contraception.

Les objectifs secondaires sont :

- D'évaluer leur connaissance de la législation autorisant la pratique du suivi gynécologique de prévention et de consultations de contraception.
- De connaître les raisons poussant les sages-femmes à ne pas réaliser de suivi gynécologique de prévention et des consultations de contraception
- D'évaluer la formation initiale et les formations complémentaires relatives au suivi gynécologique de prévention et aux consultations de contraception.
- De recueillir l'opinion des sages-femmes concernant les nouvelles compétences qui leurs sont attribuées.

Si vous acceptez de participer à l'étude un formulaire a été réalisé sous Google drive. Il est accessible via :

https://docs.google.com/forms/d/1fre4pfqh0mgHaHdFKaGbQwQumRUjwdjcDcZmUrlEVxw/viewform?usp=send_form

(Clic droit sur le lien, "ouvrir le lien dans un nouvel onglet")

Certaines questions offrent plusieurs choix de réponses et d'autres offrent un unique choix de réponse. La durée pour répondre au questionnaire a été estimée à 10 min. Les réponses sont anonymes.

Pour toutes informations complémentaires vous pouvez me joindre à l'adresse mail :
..... ou par téléphone au

Merci de votre participation.

Cordialement,
Elodie Giraud

Les sages-femmes, le suivi gynécologique de prévention et les consultations de contraception.

Madame, Monsieur,

Bonjour, je suis actuellement en dernière année de formation de sage-femme à Clermont-Ferrand.

Mon mémoire de fin d'étude vise à faire un état des lieux de la pratique de suivi gynécologique et des consultations de contraception auprès de toutes les sages-femmes d'Auvergne.

Ce questionnaire concerne toutes les sages-femmes d'Auvergne ; Libérales, Hospitalières (public ou privé), exerçant dans les centres de planification familiale et les centres de Protection Maternelle et Infantile, réalisant ou ne réalisant pas de suivi gynécologique de prévention et de consultations de contraception.

Ce questionnaire vous interroge sur : - Votre connaissance de la législation, sur les compétences des sages-femmes avant et après 2009.

- Votre pratique, ou les raisons pour lesquelles vous ne réalisez pas de suivi gynécologique ou de consultations de contraception

- Votre formation

- Votre patientèle

- Votre opinion

J'ai essayé de faire en sorte que ce questionnaire vous prenne le moins de temps possible. Le temps de réponse est estimé à 10 minutes, il est variable selon vos pratiques. Vos réponses sont anonymes. Certaines questions n'offrent qu'une possibilité de réponse, d'autres en offrent plusieurs.

Je vous remercie de votre participation. Cordialement.

Elodie Giraud, ESF5

Profil (1)

Pour mieux vous connaître.

Êtes-vous:

Une seule réponse possible.

- Un homme
- Une femme

Quel âge avez-vous?

Quelle est la date d'obtention de votre diplôme?

Une seule réponse possible.

- Avant 2009
- En 2009
- Après 2009

Actuellement dans quel département exercez-vous?

Plusieurs réponses possibles.

- Puy-de-dôme
- Allier
- Cantal
- Haute-Loire

Actuellement, quel est votre mode d'exercice?

Une seule réponse possible.

- Hôpital

- Clinique
- Libéral Passez à la question 7.
- Centre de Protection Maternelle et Infantile Passez à la question 7.
- Centre de planification familiale Passez à la question 7.
- Autre :

Profil (2)

En hospitalier ou en clinique, quelle(s) activité(s) exercez-vous?

Plusieurs réponses possibles.

- Consultation prénatale
- Préparation à la naissance
- Salle de naissance
- Suite de couche
- Consultation postnatale
- Hospitalisation grossesse
- Centre de planification
- Rééducation périnéale
- Suivi gynécologique de prévention et consultations de contraception
- Autre :

Profil (3)

Depuis combien de temps avez-vous ce mode d'exercice (Hospitalier, Clinique, Libéral, PMI, Planning familial)?

Une seule réponse possible.

- < 5 ans
- 6 à 10 ans
- 11 à 20 ans
- 21 à 30 ans
- 31 à 40 ans
- > 40 ans

Evaluation de vos connaissances sur l'évolution de la législation (1)

Connaissez-vous la loi HPST de 2009 concernant les sages-femmes, le suivi gynécologique de prévention et les consultations de contraception?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non Passez à la question 10.

Evaluation de vos connaissances sur l'évolution de la législation (2)

Comment avez-vous pris connaissance de la loi HPST de 2009 concernant le suivi gynécologique de prévention et les consultations de contraception :

Plusieurs réponses possibles.

- Par des collègues
- Par la publication dans le Journal Officiel
- Par les médias
- Par des revues médicalisées
- Par un syndicat
- Par le Conseil de l'Ordre
- Autre :

Evaluation de vos connaissances sur l'évolution de la législation Avant et Après 2009 (3)

!\ 11 questions concernant les compétences des sages-femmes AVANT 2009 !\

Les sages-femmes peuvent réaliser des consultations de contraception: (/!\ Pour les 11 questions: compétences des sages-femmes AVANT 2009 /!\)

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Ne sais pas

Les sages-femmes peuvent réaliser le suivi gynécologique des femmes :

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Ne sais pas

En cas de pathologie, les sages-femmes doivent adresser la patiente à un médecin?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Ne sais pas

Les sages-femmes sont habilitées à prescrire :

Plusieurs réponses possibles.

- La contraception orale hormonale
- Les capes
- Les diaphragmes
- La contraception locale
- L'anneau vaginal
- Les patchs
- L'implant
- Le dispositif intra-utérin
- Les progestatifs par voie injectable
- Aucune contraception
- Ne sais pas

Les sages-femmes peuvent réaliser la pose :

Plusieurs réponses possibles.

- De dispositif intra-utérin
- D'implant
- Aucun
- Ne sais pas

Les sages-femmes peuvent donner des informations sur les capes et les diaphragmes, expliquer et réaliser la première pose :

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Ne sais pas

Les sages-femmes peuvent prescrire une contraception hormonale :

Une seule réponse possible.

- Uniquement lors des suites de couches, lors de la consultation post-natale et après une interruption volontaire de grossesse.
- A tout moment
- Ne sais pas

La surveillance et le suivi biologique d'une contraception sont seulement réalisés par un médecin :

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Ne sais pas

Les sages-femmes peuvent délivrer la contraception d'urgence aux mineures :

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Ne sais pas

Dans quelle(s) situation(s) les sages-femmes peuvent-elles réaliser des frottis cervico-utérins ?

Plusieurs réponses possibles.

- Lors du suivi de grossesse (FCU>2ans)
- Lors de la visite post natale
- Lors du suivi gynécologique
- Ne sais pas

Evaluation de vos connaissances sur l'évolution de la législation (4)

/!\ 11 questions concernant les compétences des sages-femmes APRES 2009 /!\

Les sages-femmes peuvent réaliser des consultations de contraception : (/!\ Pour ces 11 questions: compétences des sages-femmes APRES 2009 /!\)

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Ne sais pas

Les sages-femmes peuvent réaliser le suivi gynécologique des femmes :

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Ne sais pas

En cas de pathologie, les sages-femmes doivent adresser la patiente à un médecin:

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Ne sais pas

Les sages-femmes sont habilitées à prescrire :

Plusieurs réponses possibles.

- La contraception hormonale orale
- Les capes
- Les diaphragmes
- La contraception locale
- L'anneau vaginal
- Les patchs
- L'implant
- Le dispositif intra-utérin
- Les progestatifs par voie injectable
- Aucune contraception
- Ne sais pas

Les sages-femmes peuvent réaliser la pose :

Plusieurs réponses possibles.

- De dispositif intra-utérin
- D'implant

- Aucun
- Ne sais pas

Les sages-femmes peuvent donner des informations sur les capes et les diaphragmes, expliquer et réaliser la première pose :

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Ne sais pas

Les sages-femmes peuvent prescrire une contraception hormonale :

Une seule réponse possible.

- Lors des suites de couches, lors de l'entretien post-natal, après une interruption volontaire de grossesse
- A tout moment
- Ne sais pas

La surveillance et le suivi biologique d'une contraception sont seulement réalisés par un médecin :

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Ne sais pas

Les sages-femmes peuvent délivrer la contraception d'urgence aux mineures :

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Ne sais pas

Dans quelle(s) situation(s) les sages-femmes peuvent-elles réaliser des frottis cervico-utérins :

Plusieurs réponses possibles.

- Lors du suivi de grossesse (FCU>2ans)
- Lors de consultation post-natale
- Lors du suivi gynécologique
- Ne sais pas

La contraception et votre pratique (1)

Délivrez-vous des informations concernant la contraception ?

Une seule réponse possible.

- Oui Passez à la question 32.
- Non

La contraception et votre pratique (2)

Pourquoi ne réalisez-vous pas d'informations sur la contraception ? (une seule réponse possible, si plusieurs: répondez dans Autre)

Une seule réponse possible.

- Manque de formation Passez à la question 33.
- Manque de temps Passez à la question 33.
- Pas nécessaire dans l'organisation du service Passez à la question 33.
- Activité ne figurant pas sur la fiche de poste Passez à la question 33.
- Activité non souhaitée par équipe médicale pour les sages-femmes Passez à la question 33.
- Autre : Passez à la question 33.

La contraception et votre pratique (3)

A quel moment délivrez-vous des informations sur la contraception ?

Plusieurs réponses possibles.

- Lors des consultations prénatales
- Lors des séances de préparation à la naissance
- En salle de naissance
- Lors du séjour à la maternité
- Lors de la visite post-natale
- Lors des séances de rééducation du périnée
- Lors des consultations de contraception ou de suivi gynécologique
- Autre :

La contraception et votre pratique (4)

Réalisez-vous des consultations spécifiques à la contraception ?

Une seule réponse possible.

- Oui Passez à la question 35.
- Non

La contraception et votre pratique (5)

Pourquoi ne réalisez vous pas des consultations spécifiques à la contraception?

Plusieurs réponses possibles.

- Manque de formation
- Manque de temps
- Matériel insuffisant
- Matériel onéreux
- Pas nécessaire dans l'organisation du service
- Activité ne figurant pas sur la fiche de poste
- Activité non souhaitée par l'équipe médicale pour les sages-femmes
- Pas assez rémunérateur pour l'établissement
- Tarif de consultation insuffisant
- Pas de demande
- Autre :

La contraception et votre pratique (6)

Dans votre pratique, vous arrive-t'il de prescrire une contraception?

Une seule réponse possible.

- Oui Passez à la question 37.
- Non

La contraception et votre pratique (7)

Pourquoi ne prescrivez-vous pas de contraception? (une seule réponse possible, si plusieurs: répondez dans Autre)

Une seule réponse possible.

- Manque de formations Passez à la question 38.
- Manque de temps Passez à la question 38.
- Matériels insuffisant Passez à la question 38.
- Matériels onéreux Passez à la question 38.
- Pas nécessaire dans l'organisation du service Passez à la question 38.
- Activité ne figurant pas sur la fiche de poste Passez à la question 38.
- Activité non souhaitée par l'équipe médicale pour les sages-femmes
Passez à la question 38.
- Pas assez rémunérateur pour l'établissement Passez à la question 38.
- Tarif de consultation insuffisant Passez à la question 38.
- Pas de demande Passez à la question 38.
- Autre : Passez à la question 38.

La contraception et votre pratique (8)

Dans quelle(s) situation(s) prescrivez-vous la contraception :

Plusieurs réponses possibles.

- Les consultations de contraception
- Le séjour à la maternité
- Les consultations postnatales
- Les séances de rééducation du périnée
- Autre :

La contraception et votre pratique (9)

Réalisez-vous la pose et le retrait des:

Une seule réponse possible.

- Implants Passez à la question 40.
- Dispositifs intra-utérins Passez à la question 40.
- Aucun
- Les 2 Passez à la question 40.

La contraception et votre pratique (10)

Pourquoi ne réalisez-vous pas la pose et/ou le retrait?

Plusieurs réponses possibles.

- Manque de formation
- Manque de temps
- Matériel insuffisant
- Matériel onéreux
- Pas nécessaire dans l'organisation du service
- Activité ne figurant pas sur la fiche de poste
- Tarif des consultations insuffisant
- Pas assez rémunérateur pour l'établissement
- Pas de demande
- Activité non souhaitée par équipe médicale pour les sages-femmes
- Autre :

Contraception et votre pratique (11)

Réalisez-vous la surveillance des différents moyens de contraception?

Une seule réponse possible.

- Oui Passez à la question 42.
- Non

Contraception et votre pratique (12)

Pourquoi ne réalisez-vous pas la surveillance des différents moyens de contraception?

Plusieurs réponses possibles.

- Manque de formation
- Manque de temps
- Pas nécessaire dans l'organisation du service
- Activité ne figurant pas sur la fiche de poste
- Activité non souhaitée pour les sages-femmes par l'équipe médicale
- Autre :

Le suivi gynécologique de prévention et votre pratique (1)

Réalisez-vous des consultations gynécologiques de prévention?

Une seule réponse possible.

- Oui Passez à la question 44.
- Non

Le suivi gynécologique de prévention et votre pratique (2)

Pourquoi ne réalisez-vous pas le suivi gynécologique de prévention?

Plusieurs réponses possibles.

- Manque de formation
- Manque de temps
- Matériels insuffisant
- Matériels onéreux
- Pas nécessaire dans l'organisation du service
- Activité ne figurant pas dans la fiche de poste
- Pas assez rémunérateur pour l'établissement
- Tarif des consultations insuffisant
- Pas de demande
- Activité non souhaitée par équipe médicale pour les sages-femmes
- Autre :

Le suivi gynécologique de prévention et votre pratique (3)

L'examen sénologique

Réalisez-vous l'examen clinique mammaire ?

Une seule réponse possible.

- Oui Passez à la question 46.
- Non

Le suivi gynécologique de prévention et votre pratique (4)

L'examen sénologique

Pourquoi ne réalisez-vous pas l'examen mammaire? (une seule réponse possible, si plusieurs: répondez dans Autre)

Une seule réponse possible.

- Manque de formation Passez à la question 49.
- Manque de temps Passez à la question 49.
- Manque de formation et de temps Passez à la question 49.
- Pas nécessaire dans mon activité Passez à la question 49.
- Autre : Passez à la question 49.

Le suivi gynécologique de prévention et votre pratique (5)

L'examen sénologique

Dans quelle(s) situation(s) faites-vous l'examen mammaire?

Plusieurs réponses possibles.

- Suivi gynécologique de prévention
- Consultations pré-natales
- En post-natal en cas d'allaitement maternel
- En post-natal en cas d'allaitement artificiel
- Autre :

Le suivi gynécologique de prévention et votre pratique (6)

L'examen sénologique

Lors de votre pratique, avez-vous déjà dépistée une anomalie (hors allaitement maternel)?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

En cas d'anomalie dépistée lors de l'examen clinique, que faites-vous?

Plusieurs réponses possibles.

- Prescription d'une mammographie/ échographie
- Orientation vers un médecin généraliste
- Orientation vers un gynécologue-obstétricien
- Autre :

Le suivi gynécologique de prévention et votre pratique (7)

Dépistage cancer du col de l'utérus
Réalisez-vous les frottis cervico-utérins ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non Passez à la question 57.

Le suivi gynécologique de prévention et votre pratique (8)

Dépistage cancer du col de l'utérus

Dans quelle(s) situation(s) faites-vous un frottis :

Plusieurs réponses possibles.

- Lors du suivi de grossesse (si FCU > 2ans)
- Lors des consultations post-natales
- Lors des consultations de suivi gynécologique

En moyenne, combien de frottis réalisez-vous par mois :

Une seule réponse possible.

- < 5
- entre 5 et 10
- > 10
- aucun

Avez-vous des difficultés pour interpréter les résultats :

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Parfois

Lors de votre pratique avez-vous déjà rencontré des dysplasies?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non Passez à la question 58.

Le suivi gynécologique de prévention et votre pratique (9)

Dépistage cancer du col de l'utérus

Vers quels professionnels avez-vous orienté vos patientes :

Plusieurs réponses possibles.

- Médecin généraliste
- Gynécologue-Obstétricien

Rencontrez-vous des difficultés lors de l'orientation de vos patientes vers d'autres professionnels de santé :

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non Passez à la question 58.

Le suivi gynécologique de prévention et votre pratique (10)

Dépistage cancer du col de l'utérus

La(les)quelle(s)? (une seule réponse possible, si plusieurs: répondez dans Autre)

Une seule réponse possible.

- Refus Passez à la question 58.
- Mauvaise collaboration Passez à la question 58.
- Refus et mauvaise collaboration Passez à la question 58.
- Autre : Passez à la question 58.

Le suivi gynécologique de prévention et votre pratique (11)

Dépistage cancer du col de l'utérus

Pourquoi ne réalisez-vous pas de frottis cervico-utérin :

Plusieurs réponses possibles.

- Manque de Formation
- Manque de temps
- Matériels insuffisants
- Matériels onéreux
- Pas nécessaire dans l'organisation du service
- Pas nécessaire pour mon activité
- Activité ne figurant pas sur la fiche de poste
- Pas de demande
- Autre :

Votre Formation (1)

Quelle a été la durée de votre formation initiale ?

Une seule réponse possible.

- 3 ans
- 4 ans
- 5 ans

Pensez-vous que votre formation initiale est globalement suffisante pour la réalisation du suivi gynécologique et des consultations de contraception?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

Vous pensez être insuffisamment formé(e) sur:

Plusieurs réponses possibles.

- L'examen sénologique
- La réalisation de FCU
- L'interprétation des résultats de FCU
- La contraception en général
- La pose, le retrait d'implant et de DIU
- Vous pensez être suffisamment formé(e)

Avez-vous réalisé une ou des formations complémentaires en matière de suivi gynécologique de prévention et/ou de contraception ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non Passez à la question 65.

La Formation (2)

Comment a été financée la ou les formation(s) ?

Plusieurs réponses possibles.

- Par vous-même
- Par l'établissement ou le centre qui vous embauche
- Par un organisme de formation pour libéral (FCC, FIFPL ou OGDPC)
- Autre :

Cette formation vous a-t-elle paru suffisante pour réaliser le suivi gynécologique de prévention ou des consultations de contraception ? :

Une seule réponse possible.

- Oui Passez à la question 65.
- Non

La Formation (3)

Si non, pourquoi ?

La Formation (3)

Souhaiteriez-vous réaliser une formation complémentaire relative au suivi gynécologique de prévention et aux consultations de contraception:

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non Passez à la question 67.

La Formation (4)

En priorité, vous aimeriez approfondir vos connaissances sur : (une seule réponse possible, si plusieurs: répondez dans Autre)

Une seule réponse possible.

- La consultation gynécologique Passez à la question 68.
- L'examen sénologique Passez à la question 68.
- La réalisation d'un frottis et l'interprétation des résultats Passez à la question 68.
- L'aspect théorique de toutes les contraceptions Passez à la question 68.
- La pose et le retrait de dispositifs intra-utérins et d'implants Passez à la question 68.
- Autre : Passez à la question 68.

La Formation (5)

Pourquoi?

Plusieurs réponses possibles.

- Pas envie de s'investir pour ces nouvelles compétences
- Manque de temps
- Financement refusé par hôpital
- Formations non trouvées
- Plus de place dans la formation souhaitée
- Coût onéreux des formations
- Formation(s) actuelle(s) suffisante(s)
- Pas nécessaire pour votre activité
- Autres formations privilégiées
- J'ai déjà eu une formation complémentaire sur le suivi gynécologique et/ou les consultations de contraception
- Autre :

La Patientèle (1)

Dans votre exercice, ces nouvelles compétences vous ont-elles permis d'élargir votre patientèle ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

Ces compétences ont-elles permis aux femmes, n'ayant pas de suivi régulier, un meilleur suivi?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas
- Autre :

Informez-vous les patientes sur la possibilité pour les sages-femmes de faire le suivi gynécologique de prévention et les consultations de contraception ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

Vos patientes savent-elles que le suivi gynécologique de prévention et les consultations de contraception peuvent-être réalisés par une sage-femme :

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Pas toujours
- Je ne sais pas
- Autre :

Pour quel(s) motif(s) les femmes font-elles appel à vous pour réaliser le suivi gynécologique de prévention et les consultations de contraception ?

Plusieurs réponses possibles.

- Je ne fais pas de suivi gynécologique de prévention et de consultations de contraception
- Délai avant rendez-vous avec un gynécologue trop important
- Le gynécologue ne prend pas de nouvelles patientes
- Pas de gynécologues à proximité
- Désir d'avoir une sage-femme pour leur suivi
- Pour la continuité du suivi avec la sage-femme (grossesse, suite de couche, consultation post-natale, rééducation périnéale, suivi gynécologique)
- Le médecin généraliste ne fait pas de suivi gynécologique de prévention et des consultations de contraception
- La patiente ne souhaite pas consulter son médecin généraliste pour son suivi gynécologique
- Autre :

Votre avis (1)

Pensez-vous que ces nouvelles compétences sont en lien avec notre profession ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Pensez-vous que ces nouvelles compétences vont permettre à la profession sage-femme d'évoluer ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Pensez-vous que ces nouvelles compétences vont permettre aux sages-femmes d'être mieux reconnues en tant que professionnelles médicales ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Qu'attendez-vous de ces nouvelles compétences :

Plusieurs réponses possibles.

- Un meilleur suivi des femmes
- Une meilleure information des femmes
- Une meilleure formation des sages-femmes
- Une valorisation des actes
- Une valorisation de la reconnaissance de la profession dans la société
- Moins de tensions avec les autres professionnels de santé
- Autre :

Annexe IV : Mail d'information sur les compétences des sages-femmes destiné aux sages-femmes d'Auvergne.

Madame, Monsieur,

Je suis étudiante sage-femme en 5^{ème} année à l'école de Clermont-Ferrand, j'ai réalisé mon mémoire sur « L'état des lieux de la pratique du suivi gynécologique de prévention et des consultations de contraception par les sages-femmes d'Auvergne ». Je remercie toutes les sages-femmes ayant participé à mon étude.

Je vous fais parvenir ce mail, car un des objectifs de mon étude était d'évaluer les connaissances sur les compétences des sages-femmes en matière de suivi gynécologique de prévention et de consultations de contraception avant et après 2009. Vous trouverez ci-dessous les questions qui ont été posées ainsi que les réponses et le taux de réussite des sages-femmes ayant participé à l'étude.

Concernant les compétences des sages-femmes avant 2009 :

Questions	Réponses	Taux de réussite % (n)	Ne sait pas répondre % (n)
Les sages-femmes peuvent réaliser des consultations de contraception?	Non	46 (60)	10 (13)
Les sages-femmes peuvent réaliser le suivi gynécologique de prévention?	Non	79 (104)	3 (4)
En cas de pathologie, les sages-femmes doivent adresser la patiente à un médecin?	Oui	98 (129)	1 (1)
Les sages-femmes peuvent réaliser la pose d'implant et de DIU?	Non	73 (96)	4 (5)
Les sages-femmes peuvent donner des informations sur les capes et les diaphragmes expliquer et réaliser la première pose?	Oui	73 (96)	12 (16)
Les sages-femmes peuvent prescrire une contraception hormonale à tout moment?	Non	76 (100)	7 (9)
La surveillance et le suivi biologique d'une contraception sont seulement réalisés par un médecin?	Oui	70 (92)	6 (8)
Les sages-femmes peuvent délivrer la contraception d'urgence aux mineures?	Oui	62 (81)	15 (19)
Les sages-femmes peuvent réaliser des frottis-cervico-utérins lors du suivi de grossesse?	Oui	73 (96)	
Les sages-femmes peuvent réaliser les frottis-cervico-utérins lors de la consultation postnatale?	Oui	63 (82)	17 (22)
Les sages-femmes peuvent réaliser les frottis-cervico-utérins lors du suivi gynécologique?	Non	82 (107)	

Concernant les compétences des sages-femmes après 2009 :

Questions	Réponses	Taux de réussite (%)	Ne sait pas répondre % (n)
Les sages-femmes peuvent réaliser des consultations de contraception?	Oui	97 (127)	3 (4)
Les sages-femmes peuvent réaliser le suivi gynécologique de prévention?	Oui	96 (126)	4 (5)
En cas de pathologie, les sages-femmes doivent adresser la patiente à un médecin?	Oui	95 (124)	5 (6)
Les sages-femmes peuvent réaliser la pose d'implant et de DIU?	Oui	98 (127)	2 (3)
Les sages-femmes peuvent donner des informations sur les capes et les diaphragmes expliquer et réaliser la première pose?	Oui	91 (119)	9 (12)
Les sages-femmes peuvent prescrire une contraception hormonale à tout moment?	Oui	94 (123)	5 (6)
La surveillance et le suivi biologique d'une contraception sont seulement réalisés par un médecin?	Oui	78 (102)	8 (10)
Les sages-femmes peuvent délivrer la contraception d'urgence aux mineures?	Oui	92 (120)	8 (10)
Les sages-femmes peuvent réaliser des frottis-cervico-utérins lors du suivi de grossesse?	Oui	92 (121)	
Les sages-femmes peuvent réaliser les frottis-cervico-utérins lors de la consultation postnatale?	Oui	95 (124)	8 (10)
Les sages-femmes peuvent réaliser les frottis-cervico-utérins lors du suivi gynécologique?	Oui	96 (126)	

Voici l'évolution de la législation concernant les compétences des sages-femmes :

La contraception

Avant l'année 2004, d'après l'article L5134-1 du code de la santé publique, les sages-femmes pouvaient :

- Délivrer la contraception d'urgence médicale aux mineures (celle-ci ne nécessitant pas de prescription médicale).
- Prescrire les capes, les diaphragmes et les contraceptifs locaux.
- Effectuer la première pose des capes et des diaphragmes.

La loi de santé publique du 11 août 2004, donne aux sages-femmes la possibilité de prescrire une contraception hormonale dans les suites de couches, lors de l'entretien post natal, et après une IVG.

D'après la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, les sages-femmes ont le droit de :

- Prescrire et effectuer la pose des contraceptifs intra-utérins.
- Peuvent prescrire les contraceptions hormonales à tout moment.

Cependant la surveillance et le suivi biologique devait être réalisé par le médecin traitant.

Puis la loi n°2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé a validé, dans son article 44, la suppression de la phrase : « *La surveillance et le suivi biologique sont assurés par le médecin traitant* ». Les sages-femmes sont donc habilitées à réaliser la surveillance et le suivi biologique d'une contraception.

L'arrêté du 12 octobre 2011 confirmé par l'arrêté du 4 février 2013, fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes, leur autorise la prescription des « *Contraceptifs sous toutes leurs formes et voies d'administration* ».

L'article L. 4151-1 du code de la santé publique de 2009, modifié par la loi Hôpital Patient Santé et Territoire n°2009-879 a étendu le champ des compétences des sages-femmes à « *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.* ».

Le suivi gynécologique de prévention

Concernant les Frottis Cervico Utérins :

Les sages-femmes peuvent les prescrire depuis 1983 selon l'arrêté du 17 octobre relatif à la liste des examens radiologiques, de laboratoire et de recherche que les sages-femmes peuvent prescrire.

L'article R4127-318 modifié par le décret n°2006-1268 du 17 octobre 2006 permet aux sages-femmes de pratiquer les FCU au cours de la grossesse et lors de l'examen postnatal.

Depuis la loi HPST de 2009 elles sont autorisées à le réaliser dans le cadre du suivi gynécologique de prévention, sous réserve d'adresser la patiente à un médecin en cas de pathologie.

Concernant l'examen sénologique :

La loi relative à la Santé Publique du 9 août 2004 permet aux sages-femmes de prescrire tous les examens « strictement nécessaires à l'exercice de leur profession. » Compte-tenu de l'évolution de la loi HPST, les échographies et mammographies de dépistage peuvent donc être prescrit par la sage-femme.

Pour vous aider dans votre pratique, je vous rappelle les dernières recommandations de l'HAS

- Contraception: prescriptions et conseils aux femmes *Juillet 2013 Mise à jour Janvier 2015* http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraception_prescription-conseil-femmes-060215.pdf

- Dépistage et prévention du cancer du sein *Février 2015* http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces_k_du_sein_vf.pdf
- Cancer du sein : modalités spécifiques de dépistage pour les femmes à haut risque *Mars 2014*
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-05/focus_actu_prat_depistage_k_sein_fhr_vd.pdf
- Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus *Juin 2013* http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_col_uterus_2013-30-08_vf_mel.pdf

ainsi que le site de l'INPES <http://www.inpes.sante.fr/> et de l'INCa <http://www.e-cancer.fr/>

En espérant que ce mail vous soit bénéfique,
Cordialement,
Elodie Giraud.

Elodie GIRAUD

Mémoire pour le diplôme d'État de Sage-Femme- Année 2015

TITRE: Etat des lieux de la pratique du suivi gynécologique de prévention et des consultations de contraception par les sages-femmes d'Auvergne en 2014.

TITLE: The situational analysis of practice of gynecological follow-up and contraception consultation by the midwife in Auvergne in 2014.

RESUME :

Introduction : Cinq ans après la loi HPST de 2009 ayant étendu le champ de compétences des sages-femmes au suivi gynécologique de prévention et aux consultations de contraception nous avons voulu savoir comment les sages-femmes avaient investi ces nouvelles compétences.

Objectif : L'objectif principal de cette étude était de décrire la pratique des sages-femmes d'Auvergne en 2014 concernant les consultations de contraception et le suivi gynécologique de prévention.

Méthode : Il s'agit d'une étude d'observation descriptive transversale multicentrique réalisée auprès des sages-femmes d'Auvergne exerçant ; en tant que salariées dans des établissements de soins publics ou privés, sous statut libéral ou comme salariées de la fonction publique territoriale ; dans les centres de PMI et les CPEF.

Résultats et Discussion : Le taux de réponse de notre étude était de 30 %.

33% des sages-femmes déclaraient réaliser des consultations de contraception ; 97% réalisaient des informations sur la contraception et 94% prescrivait des contraceptifs notamment dans le cadre de leur exercice obstétrical.

34% des sages-femmes déclaraient réaliser des consultations de suivi gynécologique ; 50% pratiquaient l'examen sénologique et 56% réalisaient les FCU notamment dans le cadre de leur exercice obstétrical.

Conclusion : Ces compétences permettent un suivi global des patientes (grossesse, accouchement, suivi postnatal et suivi gynécologique). Pour faciliter l'extension de la pratique du suivi gynécologique par les sages-femmes, il semble indispensable de rendre plus visible la profession et le champ des compétences des sages-femmes auprès des femmes et des autres professionnels de santé et d'améliorer le versant pratique des formations.

Mots clés : Sage-femme, prescription, contraception, suivi gynécologique, loi HPST 2009.

ABSTRACT:

Introduction: Five years after HPST law in 2009 which expended the field of competences of midwifery to gynecological follow-up and contraception consultations we wanted to find out how midwives invested their new skills.

Aim: The principal aim of this study was to describe midwifery practices in Auvergne in 2014 about gynecological follow-up and contraception consultations.

Method: This is a multicentric cross-sectional descriptive observation study made on midwifery in Auvergne who works in hospital or clinic, in a liberal cabinet, in child and maternal protection center or in family planning center.

Results and discussion: The answer rate of our study was 30 %.

33 % of midwives declared to realize contraception consultations ; 97 % realized contraception information and 94 % prescribed contraceptive methods particularly as part of obstetrical professional practice.

34 % of midwives declared to realize gynecological follow-up ; 50 % of midwife practiced breast examination and 56 % realized cervical pap smears particularly as part of obstetrical professional practice.

Conclusion: These skills permit a global monitoring of patients (pregnancy, delivery, postnatal follow-up and gynecological follow-up). To facilitate the extension of the practice of gynecological follow-up by midwives, it seems necessary to make the profession and field of competences of midwife more visible to patients or the others health professionals and to improve the practical side of formations.

Keywords: Midwife, prescription, contraception, gynecological follow-up, 2009 HPST law.