

Ecole de sage-femme
Université de Caen

Suivi gynécologique de prévention et consultations de contraception :
Etat des lieux auprès des sages-femmes de Basse-Normandie

Mémoire soutenu et présenté par
Margot LEFRANCOIS
En vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Sage-Femme
Promotion 2012-2016

Sous la direction de Mme Marie-Alice LUET



CAEN · CAMPUS 5

BIBLIOTHÈQUE
UNIVERSITAIRE

SANTÉ

FEMMES

CHUCaen

ECOLE DE SAGES-

AVERTISSEMENT

Afin de respecter le cadre légal, nous vous remercions de ne pas reproduire ni diffuser ce document et d'en faire un usage strictement personnel, dans le cadre de vos études.

En effet, ce mémoire est le fruit d'un long travail et demeure la propriété intellectuelle de son auteur, quels que soient les moyens de sa diffusion. Toute contrefaçon, plagiat ou reproduction illicite peut donc donner lieu à une poursuite pénale.

Enfin, nous vous rappelons que le respect du droit moral de l'auteur implique la rédaction d'une citation bibliographique pour toute utilisation du contenu intellectuel de ce mémoire.

Le respect du droit d'auteur est le garant de l'accessibilité du plus grand nombre aux travaux de chacun, au sein d'une communauté universitaire la plus élargie possible !

Pour en savoir plus :

Le Code de la Propriété Intellectuelle :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006069414>

Le site du Centre Français d'exploitation du droit de Copie :

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

Bibliothèque universitaire Santé

adresse Pôle des formations et de recherche en santé • 2, rue des Rochambelles • CS 14032 • 14032 CAEN CEDEX 5

tél. 02 31 56 82 06

courriel bibliotheque.sante@unicaen.fr

internet scd.unicaen.fr/

REMERCIEMENTS

A Mme Marie-Alice Luet, directrice de ce mémoire, pour sa disponibilité, son accompagnement et ses encouragements tout au long de ce travail.

A Mme Isabelle Goupille, sage-femme enseignante, pour ses précieux conseils et nombreuses relectures.

A toutes les sages-femmes enseignantes de l'école de sages-femmes de Caen, ainsi qu'à sa directrice pour ces quatre années si riches d'enseignements.

Aux sages-femmes bas normandes, qui par leurs réponses, ont permis l'élaboration de ce mémoire.

A mes camarades de promotion, pour cette belle entente et tous ces moments partagés.

A mes parents et ma sœur Caroline, pour leur présence et leurs encouragements depuis toujours.

Et à Joris, pour son soutien sans failles depuis toutes ces années.

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION.....	1
II.	MATERIEL ET METHODE	9
1.	Outils	10
2.	Population cible.....	10
3.	Modalités de réalisation.....	11
4.	Recueil et exploitations des données	11
III.	RESULTATS	12
1.	Profil général	13
2.	Etat des lieux de la pratique du suivi gynécologique de prévention et de contraception par les sages-femmes	15
3.	Profil des sages-femmes ne pratiquant pas le suivi gynécologique de prévention et les consultations de contraception	23
IV.	ANALYSE ET DISCUSSION.....	26
1.	Critiques de l'étude	27
2.	Activités des sages-femmes en matière de suivi gynécologique de prévention et de contraception	28
a.	Pratique du suivi gynécologique de prévention et des consultations de contraception	28
b.	Profil des sages-femmes	28
c.	Activités gynécologiques et contraceptives.....	32
3.	Difficultés et freins	33
4.	Perspectives	34
V.	CONCLUSION	36

GLOSSAIRE

HPST : Hôpital, Patient, Santé, Territoire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ICM : Confédération internationale des sages-femmes

RPC : Recommandations pour la pratique clinique

ANAES : Agence Nationale d'accréditation et d'évaluation

HAS : Haute Autorité de Santé

IST : Infection sexuellement transmissible

DIU : Dispositifs intra-utérins

IVG : Interruption volontaire de grossesse

ECTS : European Credits Transfer System

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

DPC : Développement professionnel continu

DU : Diplôme universitaire

DIU : Diplôme interuniversitaire

CIR2 : Conseil inter-régional du secteur 2

I. INTRODUCTION

Les sages-femmes exercent une profession médicale dont le champ d'intervention s'est étendu au cours des années. Si leur rôle périnatal est bien connu, que ce soit en tant qu'actrices de la surveillance prénatale, de l'accouchement ou de la surveillance post-partum, leur rôle auprès des femmes en bonne santé n'est pas encore connu et reconnu de tous.

Depuis la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire (HPST) de 2009, l'exercice de la profession de sage-femme comporte, en effet, la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention ^[1]. Ces compétences ne s'exercent bien entendu, que sous réserve d'adresser la femme à un médecin en cas de situation pathologique.

La loi relative à la Santé Publique du 9 août 2004 autorisait déjà les sages-femmes à prescrire la contraception, mais uniquement dans des conditions particulières, telles que le post-partum, le post-abortum ou dans le cadre de la contraception d'urgence. Leur champ de prescription était limité aux pilules (oestroprogestives ou microprogestatives), aux dispositifs cutanés ou transmuqueux (patch ou anneaux) et aux contraceptions mécaniques et naturelles ^[2]. Cette nouvelle loi étend leur champ de prescription à toute la vie génitale de la femme en bonne santé et leur offre la possibilité de prescrire, poser et retirer d'autres dispositifs contraceptifs, tels que les dispositifs intra-utérins (DIU) ou les implants. La réalisation de frottis cervico-vaginaux était déjà accessible aux sages-femmes depuis l'arrêté du 17 octobre 1983^[3], la loi HPST a rendu accessible en complément le dépistage du cancer du sein, la vaccination contre le papillomavirus, ainsi que la prescription des examens complémentaires nécessaires à l'activité gynécologique.

Ceci a permis la mise en place de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention dans les cabinets de sages-femmes libérales et dans les centres de protection maternelle et infantile où les sages-femmes désiraient développer cette activité, ainsi que dans certains hôpitaux.

Ces nouvelles compétences, partagées avec les gynécologues et médecins traitants, font rarement partie du domaine d'activité des sages-femmes en Europe, puisque hormis en France, en Suède et en Norvège, celles-ci n'ont pas la possibilité de prescrire la contraception, et sont souvent considérées comme personnel paramédical ^[4]. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) et la Confédération internationale des sages-femmes (ICM) reconnaissent cependant cette extension de leurs compétences puisque la définition internationale de la profession de sage-femme indique que « *son intervention peut s'étendre [...] à la santé*

sexuelle ou reproductive » de la femme ^[5]. Les femmes françaises ont donc la chance d'avoir un plus large choix de professionnels à qui confier leur suivi gynécologique et avec qui discuter de leur contraception.

Pour une homogénéité des pratiques, les professionnels prescrivant la contraception peuvent s'appuyer sur les recommandations pour la pratique clinique (RPC) de l'Agence Nationale d'accréditation et d'évaluation (ANAES) de 2004^[6]. Ces RPC indiquent par exemple quels contraceptifs prescrire en première intention, rappellent leurs efficacités respectives ou encore quelle conduite tenir devant un échec de contraception. L'ANAES est devenue la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2005 et a publié en 2013 d'autres recommandations concernant la contraception à l'intention des prescripteurs ^[7]. Ainsi, même si les gynécologues, les médecins généralistes ou les sages-femmes n'ont pas la même expérience clinique, ces recommandations leur permettent de délivrer une information uniforme.

Il est conseillé d'évoquer la contraception dans le cadre de consultation dédiée, d'autant plus s'il s'agit d'une première consultation. La méthode BERCER [Annexe 1], modèle de consultation développé par l'OMS, permet de rechercher les contre-indications éventuelles aux différents moyens contraceptifs et de délivrer une information claire et adaptée à la situation de la patiente sur les méthodes susceptibles de lui convenir, ce qui lui permet de prendre la décision finale. Une contraception adaptée, choisie par la patiente elle-même en toute connaissance de causes, permet d'obtenir une meilleure observance et de réduire le risque de grossesse non désirée. C'est une méthode de référence, sur laquelle les sages-femmes et autres professionnels peuvent s'appuyer pour leurs consultations de contraception. Il n'est cependant pas toujours possible en pratique d'aborder la contraception lors de consultations spécifiques, elle est dans ce cas abordée lors des consultations de suivi gynécologique de prévention.

Les consultations de suivi gynécologique de prévention comportent un interrogatoire, un examen clinique et la prescription d'éventuels examens complémentaires ^[8]. L'interrogatoire est particulièrement important puisqu'il doit permettre de rechercher les pathologies connues (hypertension artérielle, diabète, dyslipidémie...) et les différents antécédents personnels et familiaux susceptibles de placer la patiente dans une population à risque (de cancer du sein, de pathologie cardio-vasculaires...), ce qui nécessiterait sa réorientation vers un gynécologue. Les antécédents gynécologiques sont repris minutieusement. Le professionnel de santé doit s'intéresser à l'âge de la ménarche, à la description des cycles et des menstruations, au dernier

frottis cervico-vaginal ou encore à la vaccination contre le cancer du col de l'utérus. La sexualité est abordée ainsi que la contraception en vue d'un éventuel renouvellement ou d'un changement de méthode contraceptive.

L'examen clinique se fait idéalement en deux temps. Il comprend tout d'abord, un examen général (taille, poids, indice de masse corporelle, tension artérielle), un examen des seins et un examen abdominal.

Dans un second temps, le professionnel réalise l'examen gynécologique, avec pose d'un spéculum afin d'observer l'aspect du col utérin, de la glaire cervicale et du vagin. Si nécessaire, un frottis cervico-vaginal est réalisé. Enfin, il effectue un toucher vaginal combiné au palper abdominal, à la recherche de masse ou de douleur à la mobilisation utérine.

Il est essentiel d'établir un climat de confiance lors de ces consultations, afin de pouvoir accompagner et guider au mieux la patiente dans ces choix et de mener une action de prévention efficace, que ce soit contre le risque de grossesse non désirée par le choix d'un contraceptif adapté, contre les infections sexuellement transmissibles (IST) ou encore contre le cancer du col de l'utérus.

Les sages-femmes ont l'autorisation légale de prescrire tous les examens complémentaires strictement nécessaires à l'exercice de leur profession ^[9], ce qui comprend la prescription des bilans sanguins de surveillance pour la contraception œstro-progestative, les prélèvements vaginaux, le vaccin contre le papillomavirus ou les mammographies. Elles peuvent également prescrire les échographies gynécologiques de contrôle, ou les réaliser elles-mêmes lorsqu'elles disposent d'un échographe, après la pose d'un DIU par exemple. Enfin, elles peuvent prescrire tous les moyens de contraception actuellement sur le marché : pilule œstro-progestative, pilule micro-progestative, contraception d'urgence, dispositif transcutané, dispositif transmuqueux, dispositif intra-utérin, implant, contraceptif progestatif par injection trimestrielle, diaphragme, cape, préservatif féminin et masculin. La contraception définitive (stérilisation féminine) ne leur est pas accessible puisqu'elle nécessite un acte de chirurgie.

Les consultations de suivi gynécologique de prévention sont conseillées une fois par an. Le tarif conventionnel de ces consultations par une sage-femme ou un médecin traitant est de 23€ contre 28€ par un gynécologue. Elles sont prises en charge à 70% par la sécurité sociale ^[10]

L'exercice de ces consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention par les sages-femmes est légiféré par l'article L-4151-1 du Code de santé publique :

« 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. »

Le décret du 17 juillet 2012 ^[11], portant modification au code de déontologie des sages-femmes a permis de définir avec plus de précisions leurs compétences dans ce suivi ainsi que leur droit de prescription.

Art. R. 4127-318 - Pour l'exercice des compétences qui lui sont dévolues par l'article L. 4151-1- :

« 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 ; [...]

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

a) L'échographie gynéco-obstétricale ;

[...]

g) L'insertion, le suivi et le retrait des dispositifs intra-utérins et des implants contraceptifs »

Ce décret donne expressément le droit aux sages-femmes de prescrire le bilan de contraception (glycémie à jeun et bilan lipidique), ce qui n'était pas le cas de 2009 à 2012 contraignant les sages-femmes souhaitant prescrire une contraception à recourir à un médecin.

Cette évolution des compétences des sages-femmes a nécessité une adaptation de leur formation initiale.

Le programme actuel en gynécologie, santé génésique des femmes et assistance médicale à la procréation a été fixé par l'arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme ^[12]. Il représente 4 à 8 ECTS (*European Credits Transfer System*) en fonction des écoles de sages-femmes, ce qui représente 40 à 80 heures d'enseignements théoriques.

Parmi les objectifs généraux de ces unités d'enseignements on retrouve par exemple

[Annexe 2] :

- Informer et conduire une consultation de contraception
- Assurer le suivi gynécologique de prévention et connaître les enjeux de la lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et les infections sexuellement transmissibles (IST)
- Pouvoir répondre aux demandes liées au désir d'enfant, à la contraception ou à l'interruption volontaire de grossesse (IVG)
- Offrir un suivi de qualité adapté à la personne en favorisant les conditions d'expression et d'écoute
- Connaître le cadre législatif et réglementaire : organisation du dispositif de dépistage et de planification

L'enseignement clinique représente 8 à 14 ECTS, soit 240 à 420 heures de stage dans les structures telles que les centres de planification, les centres d'orthogénie, les cabinets libéraux ou les établissements de santé publics ou privés. Ces enseignements cliniques doivent permettre aux étudiants de réaliser des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention et de dépistage, la prévention des IST et l'accompagnement des IVG.

Cette formation initiale permet aux sages-femmes d'obtenir les compétences nécessaires à la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention. Elles acquièrent notamment la capacité d'analyser les différents motifs de plaintes des femmes, la capacité de prescrire les examens complémentaires de première intention et la connaissance des différents médicaments gynécologiques inscrits dans le droit de prescription des sages-femmes.

Si les sages-femmes étaient déjà formées en gynécologie lors du précédent programme fixé par l'arrêté du 11 décembre 2001^[13], le programme de 2011 a permis de revaloriser la formation clinique afin de permettre une pratique future de ces consultations. La formation clinique a en effet été multipliée par 2 voire 3,5 en fonction des écoles de sages-femmes puisqu'elle passe de 120 heures en 2001 à 240 à 420 heures en 2011. Pour permettre cette importante augmentation, la formation théorique a été réduite de 138 heures en 2001 à 40 à 80 heures en 2011.

Pour compléter et mettre à jour leurs connaissances, les sages-femmes, quel que soit leur domaine d'activité, ont l'obligation de suivre une formation continue une fois par an. Le suivi de formation continue participe au développement professionnel continu (DPC), devenu obligatoire suite à la loi HPST dans le but d'évaluer les pratiques professionnelles et le perfectionnement des connaissances. Les formations continues peuvent se tenir sous la forme de congrès, assises, formations intra-hospitalières ou formations universitaires. Les seules formations continues reconnues actuellement par le Conseil National de l'Ordre des sages-femmes sont les formations universitaires aboutissant à l'obtention d'un diplôme universitaire (DU) ou interuniversitaire (DIU). Ces formations comportent un enseignement théorique, des travaux pratiques et la réalisation de stages. Ce sont les seules formations continues diplômantes. Il existe actuellement 17 DU concernant le suivi gynécologique et la contraception en France ^[14]. Les formations continues concernant le suivi gynécologique de prévention et la contraception sont très demandées par les sages-femmes ^[15].

La formation initiale actuelle des sages-femmes en matière de gynécologie-contraception, qu'elle soit complétée ou non par une formation continue, permet donc aux sages-femmes, quel que soit leur mode d'activité, de pratiquer le suivi gynécologique de prévention et d'effectuer des consultations de contraception.

La croissance de l'effectif des sages-femmes est en moyenne de 3% par an en France, celle de l'effectif des sages-femmes libérales est supérieure à la croissance de l'ensemble de la profession puisqu'elle est de 6,1% par an ^[16]. La densité moyenne des sages-femmes libérales est de 139 pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans. Elles sont bien représentées en Basse-Normandie, avec une densité de 150 à 160 sages-femmes libérales pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans, ce qui est supérieur à la moyenne nationale ; la croissance de leur effectif y est aussi plus importante (+16,6% en 2 ans) ^[17].

Leur répartition est cependant inégale en fonction des départements, avec une densité moindre dans l'Orne :

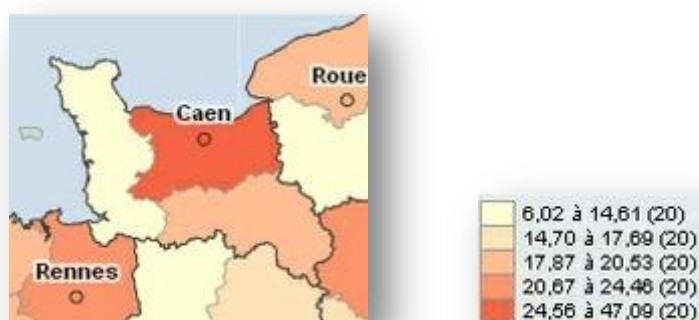
Sages-femmes libérales : densité pour 100 000 habitants



Source : CNAMTS, 2008

Les gynécologues obstétriciens et médicaux sont bien moins représentés sur le territoire français puisqu'on ne compte qu'entre 6 et 47 gynécologues pour 100 000 femmes âgées de 15 ans et plus ^[18]. Leur répartition est très variable sur la région Basse-Normandie :

Gynécologie obstétrique : densité pour 100 000 femmes âgées de 15 ans et plus



Source : data.gouv.fr, 2013

Cette répartition inégale des gynécologues obstétriciens et médicaux sur le territoire entraîne un délai moyen de rendez-vous de 57 jours ^[19].

Les sages-femmes sont plus accessibles et disponibles, alors que les demandes de consultation de gynécologie de prévention et de contraception sont toujours très importantes, ce qui peut favoriser leur sollicitation en tant que professionnelles de premier recours, dans les situations physiologiques.

Lorsqu'elles sont, en revanche, confrontées à des situations pathologiques, elles doivent réadresser leurs patientes à un médecin, ce qui nécessite d'avoir un ou plusieurs praticiens référents.

Des pôles de santé pluridisciplinaires voient le jour depuis quelques années, ce qui favorise les échanges et la coordination entre les différents professionnels de santé ^[20] et permet plus facilement aux sages-femmes qui exercent en libéral d'adresser leurs patientes ou d'obtenir un avis, ce qui peut les encourager à mettre en place des consultations de suivi gynécologique de prévention et de contraception. Quarante de ces pôles sont actuellement en activité dans la région et de nombreux autres sont en émergence ou en construction ^[21].

L'ensemble de ces éléments semble favoriser la pratique des consultations de gynécologie de prévention et de contraception par les sages-femmes et aucune étude nationale n'a été réalisée ce jour afin de connaître son développement depuis la mise en place de la loi HPST.

Nous avons donc souhaité établir un état des lieux de cette pratique au sein de la région Basse-Normandie.

Le premier objectif de notre travail sera d'évaluer l'activité en matière de gynécologie et de contraception des sages-femmes libérales, hospitalières et territoriales de la région.

Dans un deuxième temps nous chercherons à déterminer les conditions d'exercice de cette activité ainsi que les difficultés éventuelles qu'elle peut entraîner.

Enfin nous nous intéresserons à l'opinion des sages-femmes n'ayant pas développé cette activité, afin de connaître leurs arguments et leurs souhaits ou non de la développer.

Pour répondre au mieux à notre problématique nous avons réalisé une enquête prospective par questionnaire.

Nous évoquerons tout d'abord la méthodologie employée pour réaliser ce travail. Ensuite les résultats de l'étude seront exposés et analysés puis confrontés à d'autres études afin de répondre au mieux à la problématique initiale.

II. MATERIEL ET METHODE

1. Outils

Pour dresser notre état des lieux, nous avons opté pour la diffusion d'un questionnaire en ligne, réalisé grâce au logiciel Google Forms® [Annexe 3].

Le questionnaire comportait 21 questions :

- 6 questions sur le profil général des sages-femmes : sexe, ville et mode d'exercice, années d'obtention du diplôme, réalisation de consultations de contraception et suivi gynécologique de prévention
- 11 questions destinées aux sages-femmes pratiquant les activités qui nous intéressent
- 4 questions destinées aux sages-femmes ne les pratiquant pas

2. Population cible

Nous avons souhaité interroger la totalité des sages-femmes de la région Basse-Normandie qui pratiquent des consultations programmées. Nous avons estimé que celles n'en pratiquant pas n'avaient pas la possibilité de développer le suivi gynécologique de prévention et les consultations de contraception.

Notre population comprenait les sages-femmes hospitalières pratiquant les consultations programmées dans les hôpitaux de Caen, Lisieux, Falaise, Criqueboeuf, Bayeux, St Lô, Avranches, Cherbourg, Argentan, Flers, Alençon et L'Aigle ainsi que la totalité des sages-femmes libérales et territoriales du Calvados, de la Manche et de l'Orne. Ce qui représente au total : 95 sages-femmes libérales, 22 sages-femmes territoriales et 69 sages-femmes hospitalières, soit 186 sages-femmes.

La liste nominative et les courriels des sages-femmes libérales ont été fournis par le conseil départemental de l'ordre des sages-femmes et ceux des sages-femmes territoriales ont été obtenus sur le site internet du réseau de périnatalité bas-normand. Pour les sages-femmes hospitalières, nous avons contacté les sages-femmes coordinatrices des différentes maternités qui se sont chargées de diffuser notre questionnaire aux sages-femmes concernées.

Le seul critère d'exclusion de notre enquête était l'absence de pratique de consultations programmées.

3. Modalités de réalisation

Une fois réalisé sur notre logiciel en ligne, le questionnaire a été testé auprès d'une dizaine de sages-femmes libérales et hospitalières exerçant hors de notre région puis diffusé à notre population après réajustement sur la période du 1 avril au 15 juillet 2015.

Nous avons diffusé le lien vers notre questionnaire par courriels à la grande majorité des sages-femmes. Les sages-femmes dont nous ne possédions pas le courriel ont reçu le lien par courrier [Annexe 4]. Une relance a été faite le 1^{er} juin.

4. Recueil et exploitations des données

Les résultats ont été récupérés sous forme de tableau dans Google Forms®. Nous les avons ensuite traités grâce aux logiciels Sphinx® et Excel®.

Des tests statistiques de Chi² ont été réalisés. Une p-value < 0,05 indique une différence significative entre nos résultats.

III. RESULTATS

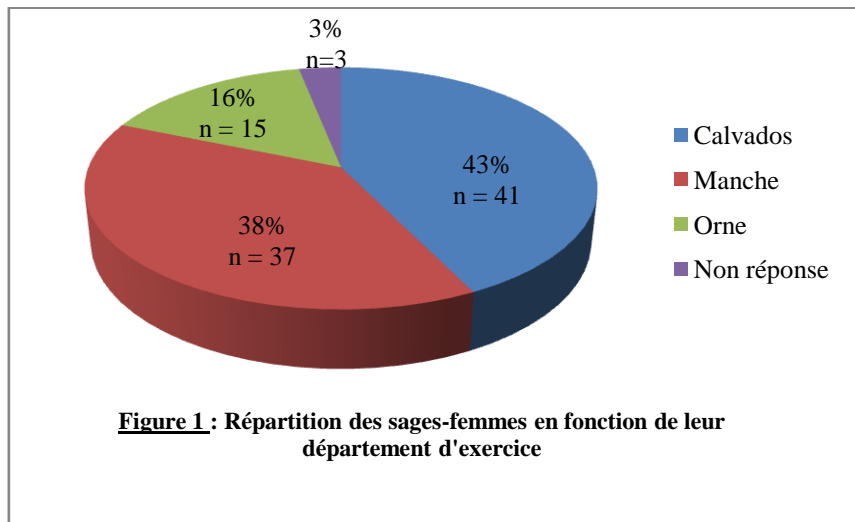
Sur les 186 questionnaires distribués, 101 ont été récupérés dont 96 exploitables. Le taux de réponse était de 51,61%.

1. Profil général

Sexe

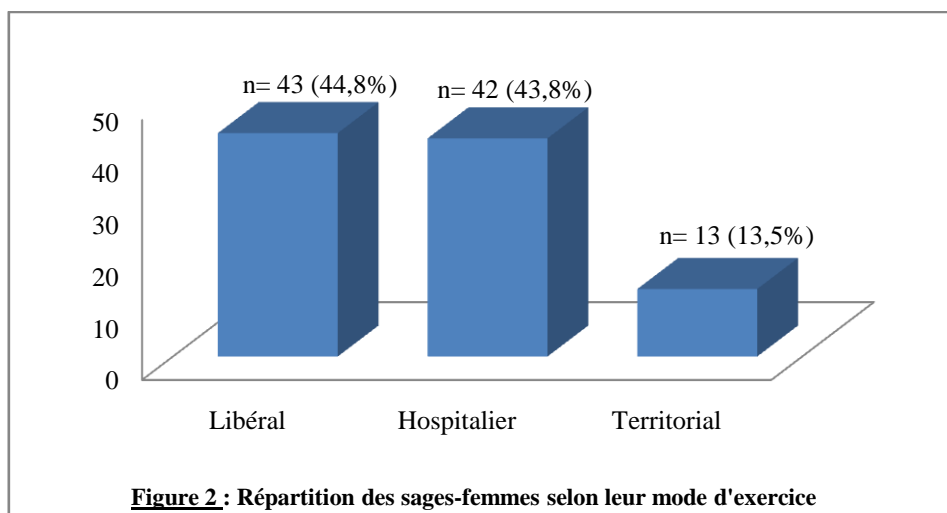
L'étude a recensé 94 femmes et 2 hommes.

Département



Nous avons calculé le taux de réponse des sages-femmes en fonction du département : 43% des sages-femmes du Calvados interrogées ont répondu à notre enquête, ainsi que 43% des sages-femmes de l'Orne et 66% des sages-femmes de la Manche.

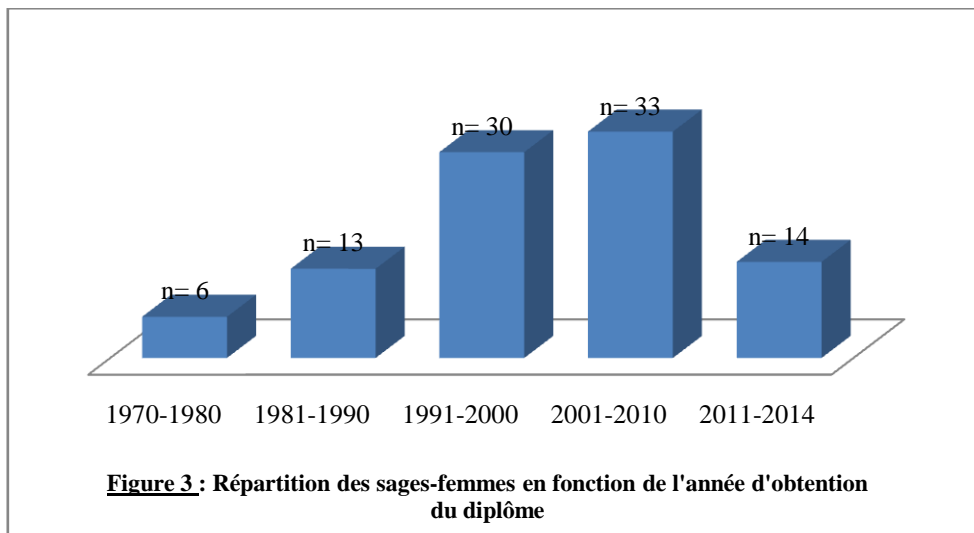
Mode d'exercice



Trois sages-femmes avaient un double exercice : deux d'entre elles exerçaient en hospitalier et en libéral et la dernière avait un exercice hospitalier ainsi qu'un exercice territorial.

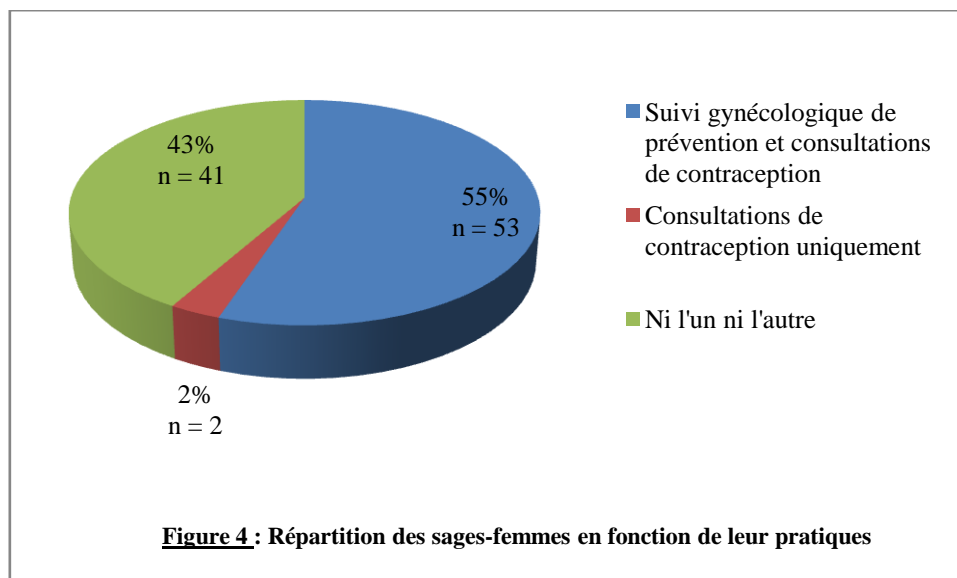
45% des sages-femmes libérales ayant reçu notre questionnaire y ont répondu, ainsi que 59% des sages-femmes territoriales et 61% des sages-femmes hospitalières.

Année d'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme



L'année moyenne d'obtention du diplôme est 1997 ; la médiane est 1998. L'intervalle minimum-maximum est égal à [1973 ; 2013].

Pratique du suivi gynécologique de prévention et des consultations de contraception



2. Etat des lieux de la pratique du suivi gynécologique de prévention et de contraception par les sages-femmes

Les questions concernant cette partie ont été posées aux 55 sages-femmes ayant déclaré pratiquer le suivi gynécologique de prévention et de contraception.

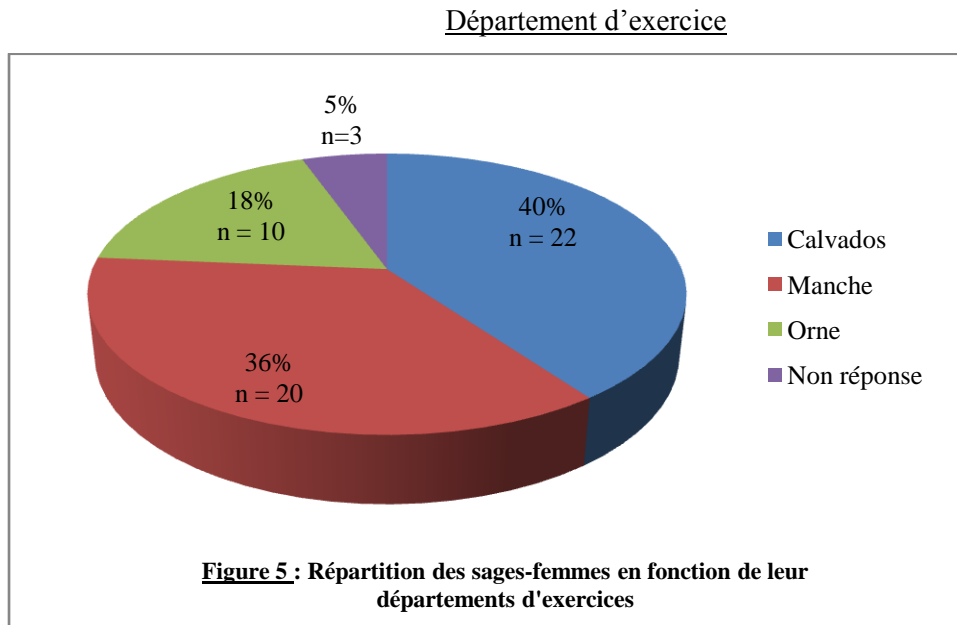


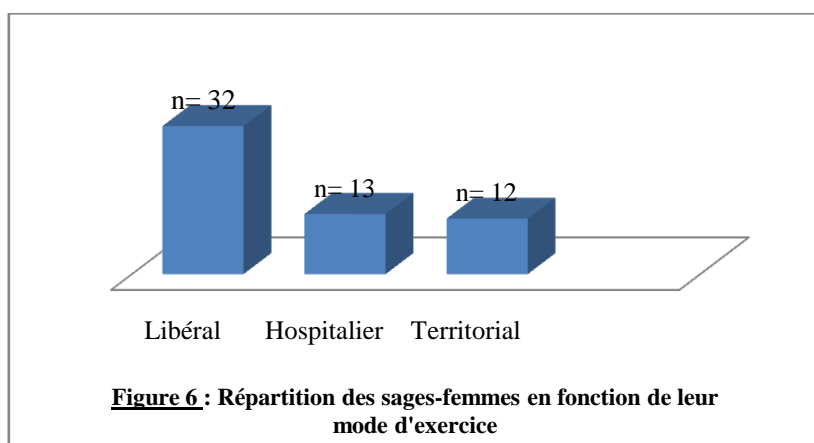
Tableau 1 : Evaluation de la pratique du suivi gynécologique de prévention en fonction du département d'exercice

Pratique / Département	OUI	NON	TOTAL
14	21	20	41
50	22	15	37
61	10	5	15
TOTAL	53	40	93

P value = 0,54

Le pourcentage de pratique de ces activités est de 51% dans le Calvados, 59% dans la Manche et 67% dans l'Orne.

Mode d'exercice



Trois sages-femmes avaient un double exercice : deux d'entre elles exerçaient en hospitalier et en libéral et la dernière avait un exercice hospitalier ainsi qu'un exercice territorial.

Tableau 2 : Evaluation de la pratique du suivi gynécologique de prévention et de contraception en fonction du mode d'exercice

Pratique / Mode d'exercice	OUI	NON	TOTAL
Libéral	32	11	43
Hospitalier	14	28	42
Territorial	12	1	13
TOTAL	58	40	98

P value = $1,99 \times 10^{-5}$

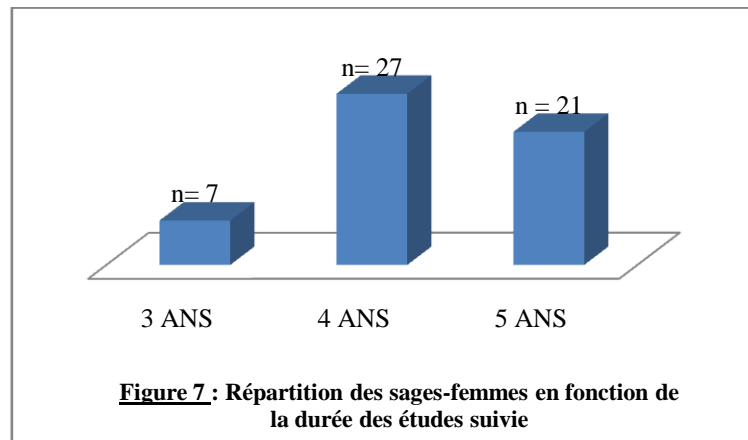
Les flèches indiquent les résultats pour lesquels l'effectif réel est nettement supérieur (ou inférieur) à l'effectif théorique.

La pratique du suivi gynécologique de prévention et des consultations de contraception est exercée par 74% des sages-femmes libérales, 33% des sages-femmes hospitalières et 92% des sages-femmes qui nous ont répondu.

Année du diplôme

L'année moyenne d'obtention du diplôme est 1997 ; la médiane est 1998. L'intervalle minimum-maximum est égal à [1975 ; 2013].

Nous avons regroupé les sages-femmes en fonction de la durée des études suivies : Les études de sages-femmes en 3 ans comprennent les années 1975 à 1985, les études en 4 ans vont de 1986 à 2001 et les études en 5 ans au-delà de 2001.



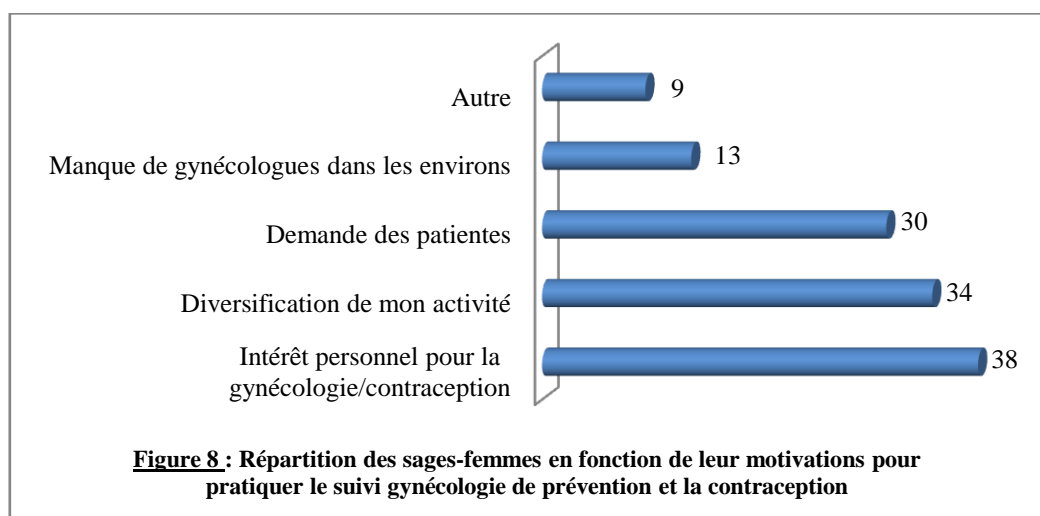
Nous avons souhaité savoir si les sages-femmes pratiquaient plus ou moins le suivi gynécologique de prévention et les consultations de contraception en fonction de la durée de la formation initiale reçue :

Tableau 3 : Evaluation de la pratique du suivi gynécologique de prévention et de contraception en fonction de la durée des études suivies

Pratique / Durée formation	OUI	NON	TOTAL
3 ANS	7	7	14
4 ANS	28	16	44
5 ANS	21	17	38
TOTAL	56	40	96

P value = 0,59

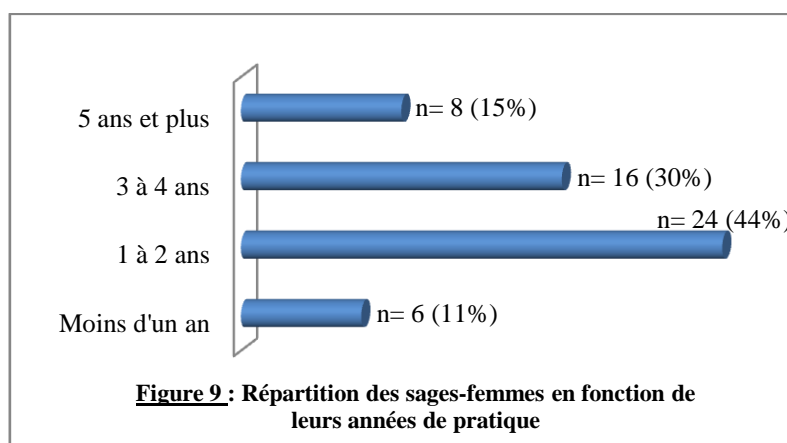
Motivations



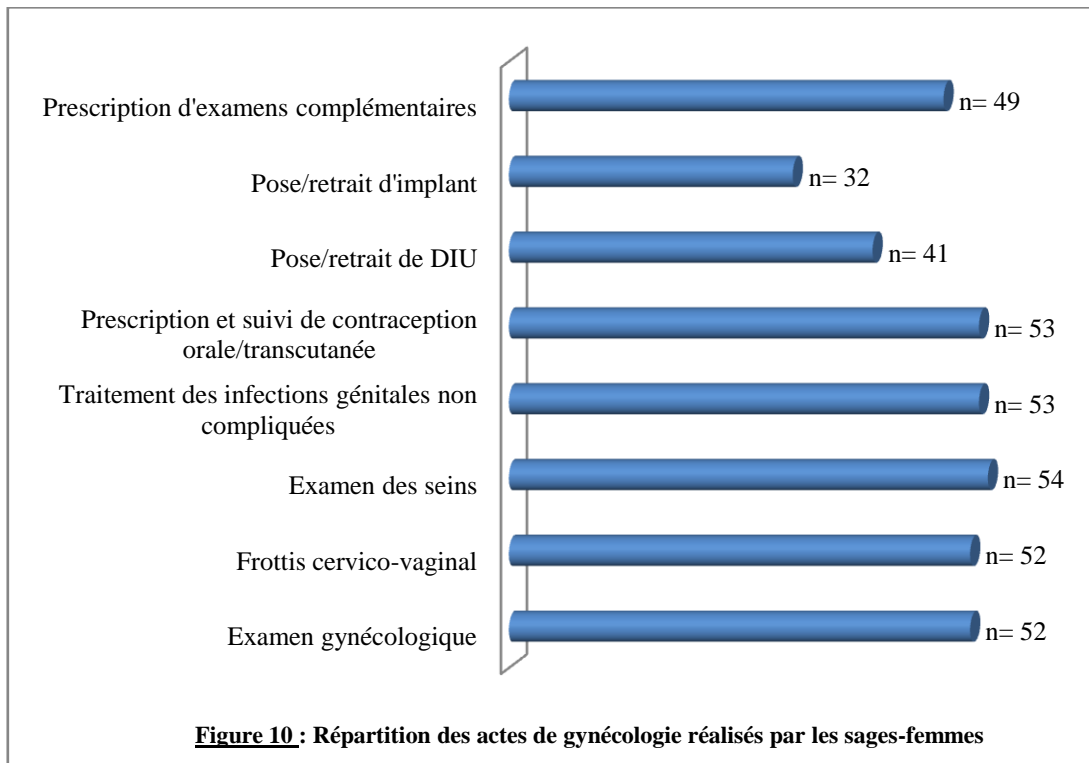
Les sages-femmes avaient la possibilité de choisir plusieurs motivations à leur pratique.

Six des sages-femmes territoriales interrogées ont répondu dans « Autre » qu'elles considéraient le suivi gynécologique de prévention et la réalisation de consultations de contraception comme faisant partie de leurs missions. Les trois autres motivations évoquées sont : « *objectif de santé publique* », « *service de proximité* » et « *permet le suivi global des patientes* ».

Années de pratique



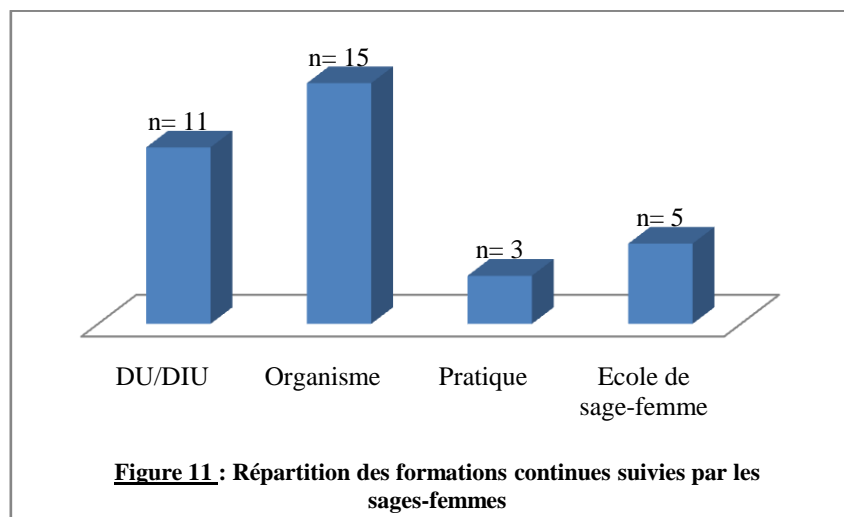
Actes pratiqués



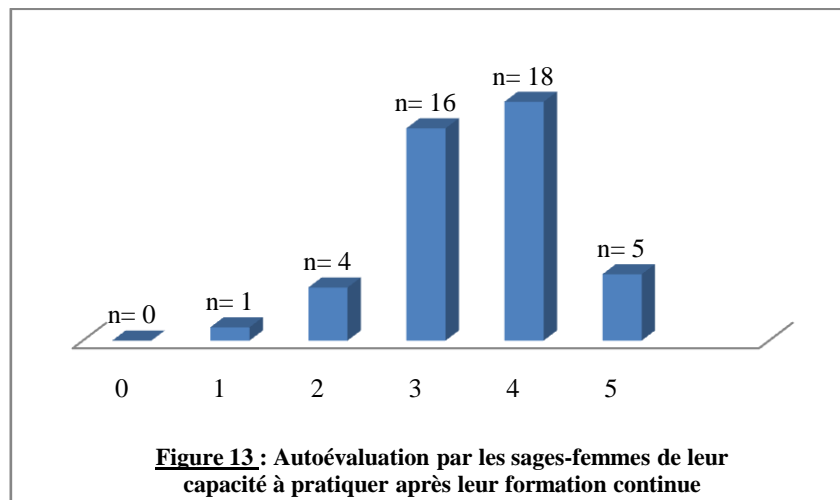
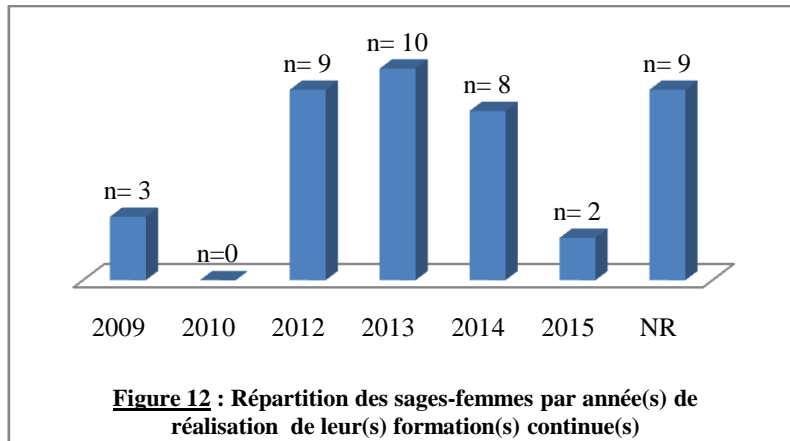
Formation continue

80 % des sages-femmes interrogées pratiquant le suivi gynécologique de prévention et les consultations de contraception ont déclaré avoir suivi une ou plusieurs formations continues.

Pour une meilleure lecture, nous avons regroupé les formations continues par catégories.



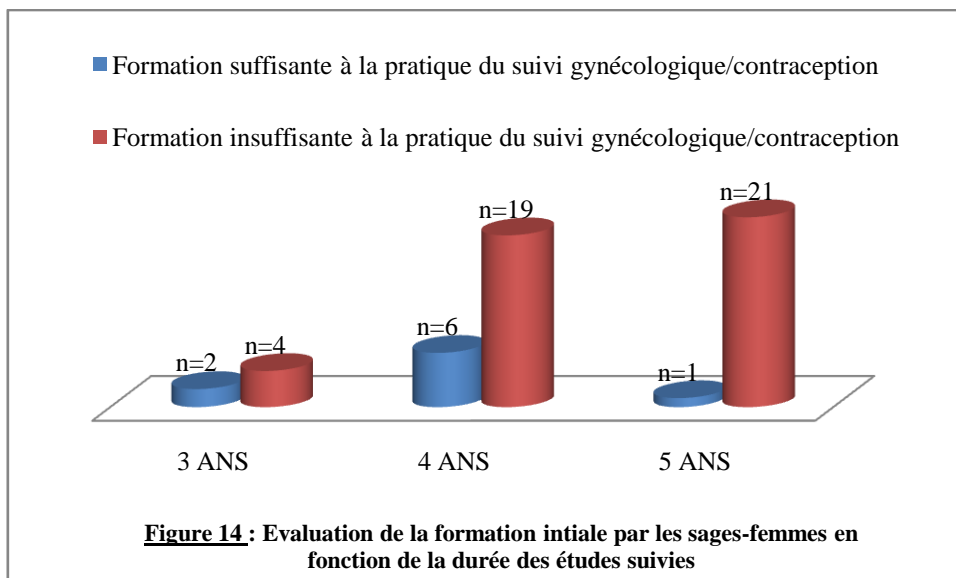
Les différents organismes de formations cités sont : L'association nationale des sages-femmes libérales (ANSFL), le centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT), l'atelier pour le développement des connaissances obstétricales (ADCO) et MEDIC FORMATION.



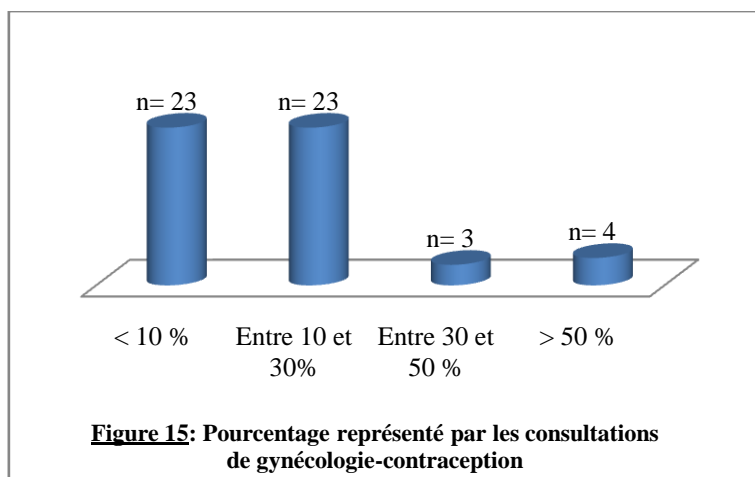
L'échelle 0 indique qu'elles ne se sentent pas du tout capables de pratiquer cette activité et 5 qu'elles s'en sentent tout à fait capables. La moyenne obtenue est de 4,5/5.

Formation initiale

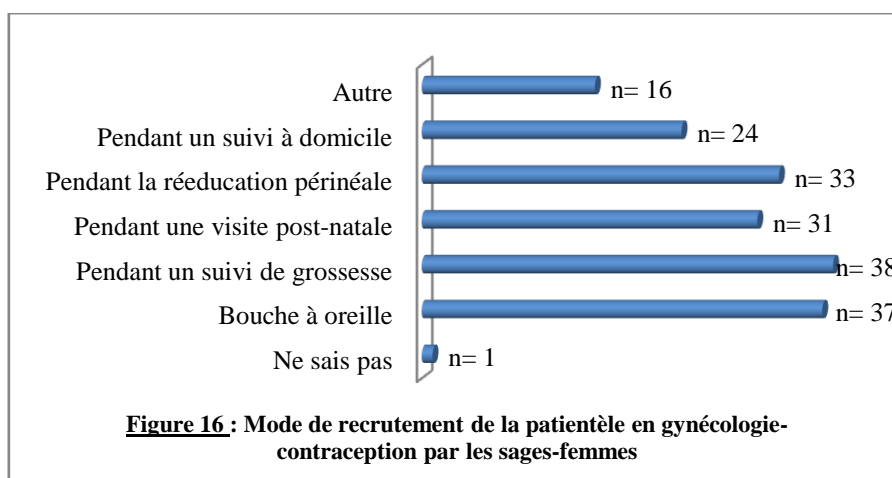
80% des sages-femmes interrogées estiment que la formation initiale n'est pas suffisante à la pratique du suivi gynécologique de prévention. La majorité des sages-femmes (n = 6) jugeant leur formation initiale suffisante à la cette pratique ont bénéficié d'une formation en 4 ans :



Part des consultations de gynécologie-contraception par rapport aux autres consultations



Recrutement des patientes



Les sages-femmes avaient la possibilité de choisir une ou plusieurs réponses à cette question.

Dans la catégorie « Autre » sont principalement cités les médecins généralistes, les collègues sages-femmes et les secrétaires des consultations qui adressent les patientes. Plusieurs sages-femmes territoriales ont indiqué dans cette catégorie les interventions scolaires dans les collèges et lycées

Réseau

80% des sages-femmes interrogées ont estimé avoir un réseau de professionnels suffisant pour passer le relais en cas de difficultés.

Difficultés/freins

37 sages-femmes sur les 55 pratiquant du suivi gynécologique de prévention et de contraception ont répondu rencontrer des difficultés à pratiquer cette activité (67%).

Douze des sages-femmes interrogées évoquent un manque de formation initiale :

« *Pas assez d'expérience clinique (manque pendant les études), d'où un manque de confiance en mes compétences.* » Sage-femme libérale (50)

« *Le simple diplôme de sage-femme pour ma part, n'était pas suffisant pour exercer la gynécologie, une formation complémentaire sous forme de DU est indispensable.* » Sage-femme hospitalière (61)

D'autres confient un manque de coopération des médecins (généralistes, gynécologues ou radiologues) et un manque de praticien référent (n=12) :

« *En tant que sage-femme il faut s'avoir « s'imposer » face à certains gynécologues un peu hostiles à nos nouvelles compétences (depuis 2009 tout de même !). Il faut aussi absolument savoir rester à notre place de sage-femme et adresser la patiente si l'on sent que le problème dépasse nos compétences d'où l'importance d'avoir un réseau.* » Sage-femme hospitalière (61)

« *Les gynécologues ou médecins traitants discréditent nos capacités de prise en charge des femmes à ce sujet, notamment la pose de DIU.* » Sage-femme libérale (14)

« *Trop de discordance entre sages-femmes et gynécologues. Pas assez de soutien ou de travail d'équipe c'est dommage.* » Sage-femme hospitalière (14)

Quatre sages-femmes jugent les patientes trop peu informées des compétences des sages-femmes en matière de gynécologie et contraception :

« *Méconnaissance des patientes sur nos compétences. Aucune de celles à qui j'en ai parlé (j'en parle quasiment à toutes mes patientes) n'était au courant que les sages-femmes pouvaient prescrire la contraception.* » Sage-femme libérale (14)

« Je pense que s'il y avait une meilleure information de nos compétences, il y en aurait beaucoup plus. En effet, il est fréquent qu'une consultation de ce type nous ramène au moins une ou deux femmes par la suite voulant ce même suivi. » Sage-femme libérale (50)

Plusieurs sages-femmes se sont retrouvées en difficultés devant des situations pathologiques lors de consultations mal orientées ce qui les a contraintes à réorienter les patientes ou à demander un avis spécialisé, parfois difficile à obtenir :

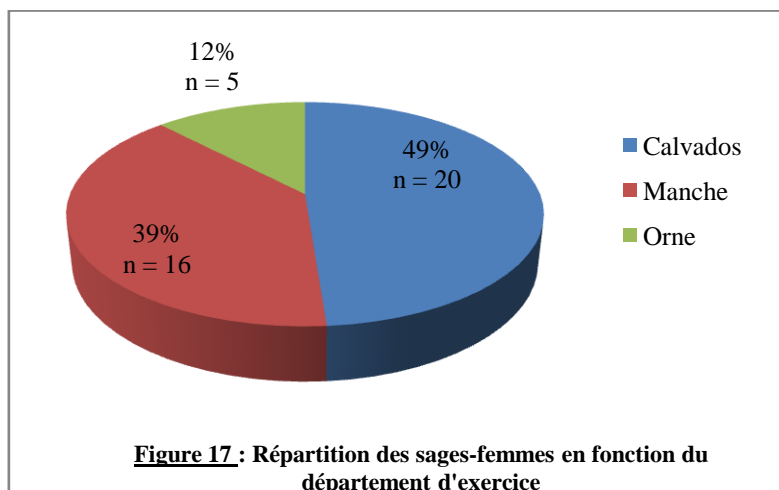
« Je suis obligée de demander un rendez-vous en urgence sur la garde sinon c'est 3 mois. » Sage-femme libérale (14)

Enfin trois sages-femmes évoquent des difficultés à avoir recours au contrôle échographique (lors de pose de DIU par exemple), deux sages-femmes ont des difficultés à développer cette activité du fait d'un nombre de gynécologues trop important dans les environs, et une évoque une limitation des prescriptions.

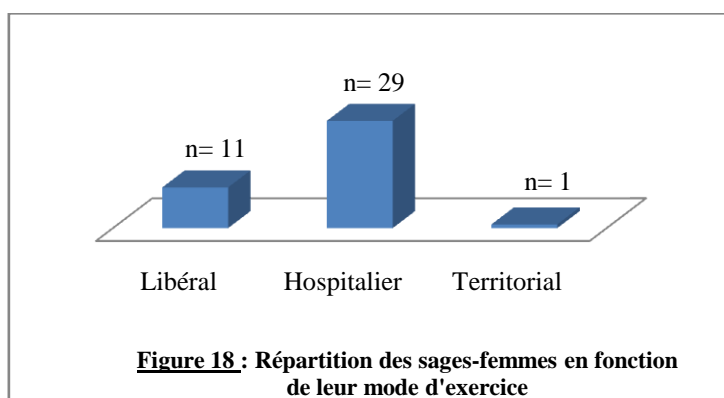
3. Profil des sages-femmes ne pratiquant pas le suivi gynécologique de prévention et les consultations de contraception

Les questions concernant cette partie ont été posées aux 41 sages-femmes ne pratiquant pas le suivi gynécologie de prévention et de contraception.

Département d'exercice



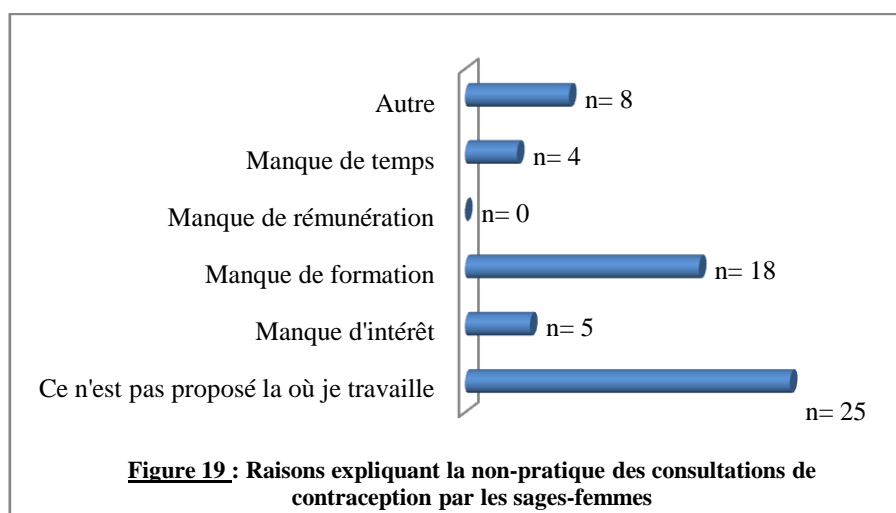
Mode d'exercice



Année du diplôme

L'année moyenne d'obtention du diplôme est 1997 et la médiane est 2000. L'intervalle minimum-maximum est égal à [1973 ; 2012]

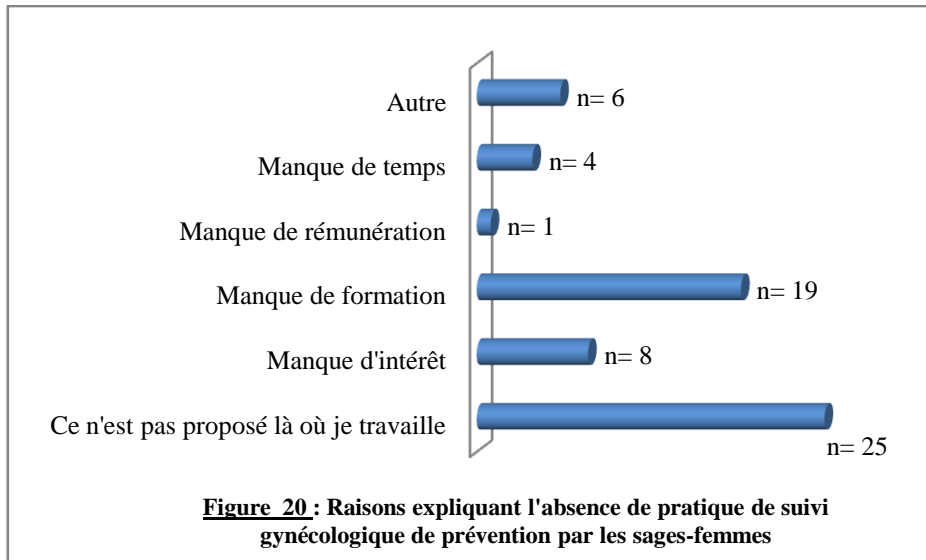
Raisons expliquant l'absence de pratique du suivi gynécologique de prévention et de contraception



Les raisons citées dans « Autre » sont : une diminution du nombre des consultations, un manque de demande ou une pratique déjà spécialisée de l'échographie.

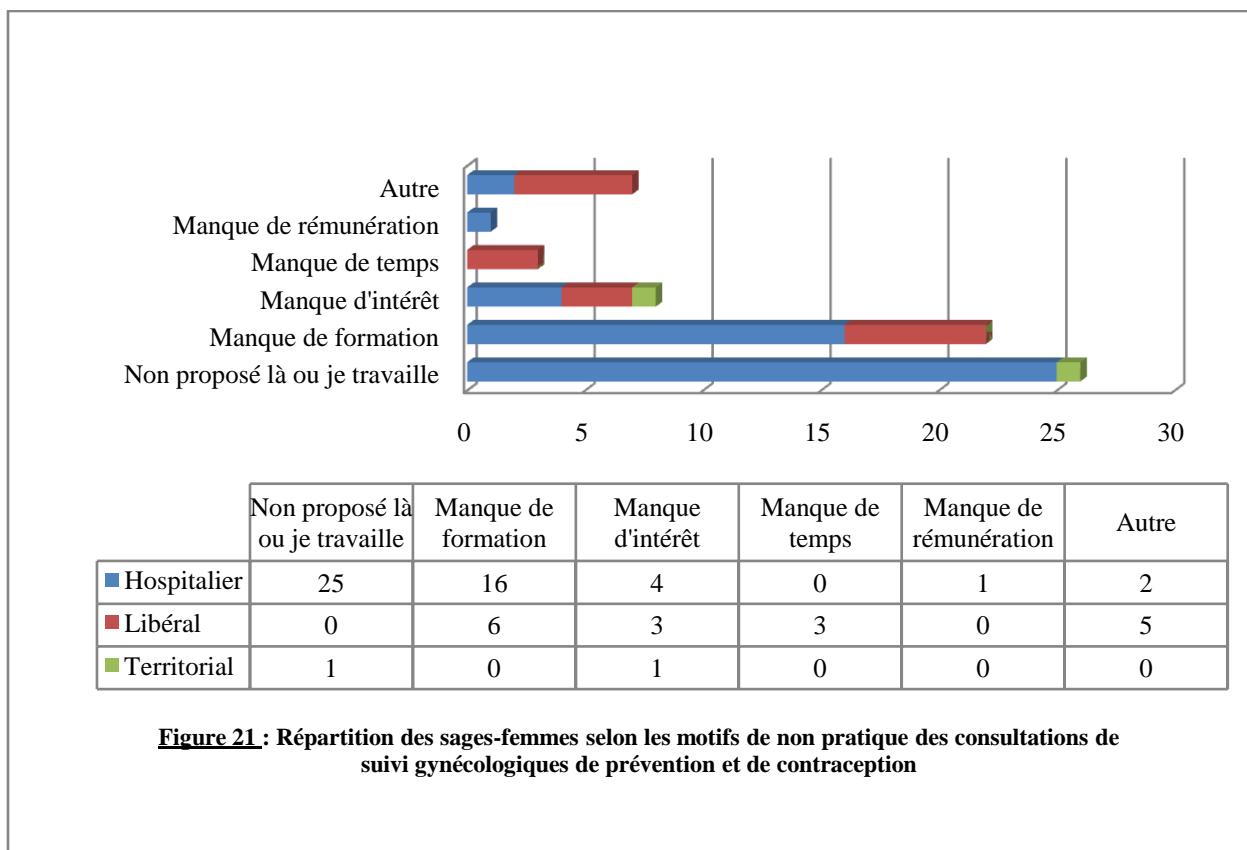
Néanmoins, 68,3% des sages-femmes interrogées aimeraient réaliser des consultations de contraception.

Concernant le suivi gynécologique de prévention, 63,4% des sages-femmes interrogées déclarent être intéressées par cette activité, qu'elles ne pratiquent pas pour les motifs suivants :



Les raisons évoquées dans « Autre » sont les mêmes que précédemment.

Nous avons souhaité regrouper ces différents motifs en fonction du mode d'exercice des sages-femmes :



IV. ANALYSE ET DISCUSSION

1. Critiques de l'étude

Le questionnaire a reçu un accueil chaleureux de la part des sages-femmes bas-normandes. Celui-ci étant court et facile à remplir, nous avons obtenu 96 réponses exploitables sur les 186 questionnaires distribués, ce qui nous donne un taux de réponse satisfaisant de 51,61 %.

Quelques sages-femmes ayant reçu le lien du questionnaire par courrier nous ont contactées car elles avaient des difficultés à y accéder malgré les indications, et nous avons pu leur ré-envoyer par courriel.

L'échantillon de réponses obtenu est représentatif concernant :

- L'effectif : 51,61% de réponse
- La démographie : 66% des sages-femmes réalisant des consultations programmées dans la Manche, 43% des sages-femmes dans le Calvados et 43% des sages-femmes dans l'Orne ont participé à l'enquête
- Le mode d'exercice : 61% des sages-femmes hospitalières réalisant des consultations programmées, 59% des sages-femmes territoriales et 45% des sages-femmes libérales ont répondu à l'enquête

Nous pouvons cependant supposer que les sages-femmes qui exercent le suivi gynécologique de prévention et les consultations de contraception ont été plus sensibles à notre étude et y ont donc plus répondu que les autres ; elles sont donc probablement sur-représentées dans nos résultats.

Deux questions nous ont posé problème :

Il aurait semblé plus judicieux de demander le département à la place de la ville d'exercice dans la deuxième question, car nous n'avons pas pu exploiter cette information. Cette question a d'autre part reçu trois non-réponses et deux réponses vagues de sages-femmes craignant probablement pour leur anonymat : « *5000 habitants* ».

Vingt sages-femmes n'ont pas, ou mal répondu à la question numéro onze qui concernait la formation continue. Cette question manquait de précision : nous souhaitons en effet connaître à la fois la formation continue suivie ainsi que l'année de sa réalisation ; nous aurions dû diviser cette question en deux parties pour éviter ce type de réponse non interprétable : « *Plusieurs et sur plusieurs années* ».

Les autres questions ont pu être traitées sans difficultés.

2. Activités des sages-femmes en matière de suivi gynécologique de prévention et de contraception

a. Pratique du suivi gynécologique de prévention et des consultations de contraception

Un précédent mémoire avait été réalisé par une étudiante Caennaise en 2011. Marie-Caroline Bernard s'était intéressée à la formation et à l'information des sages-femmes bas-normandes depuis la loi HPST ^[22]. L'un de ses objectifs était notamment de connaître la proportion des sages-femmes intéressées par le suivi gynécologique de prévention et la contraception et d'évaluer leurs besoins de formations dans ce domaine.

Deux ans après l'extension du champ de compétences des sages-femmes à ces activités, leur pratique semblait timide (seules 24 sages-femmes sur les 118 interrogées avaient déclaré réaliser du suivi gynécologique de prévention et/ou des consultations de contraception) mais les sages-femmes semblaient cependant être intéressées par ces nouvelles compétences à 63,96% pour le suivi gynécologique de prévention et à 75,67% pour la contraception ce qui laissait présager un développement futur de cet exercice.

Cet intérêt pour la gynécologie et contraception par les sages-femmes était confirmé par l'enquête réalisée par le conseil inter-régional du secteur 2 (CIR2) en 2010 ^[23]. Celle-ci, interrogeant 3755 sages-femmes dans 15 départements du secteur 2, montrait que 80,6% des sages-femmes souhaitait une formation continue en contraception et 77,1% en suivi gynécologique de prévention.

Au regard de nos résultats, nous pouvons dire que quatre à cinq ans après, elles ont pu accéder à leurs souhaits et ainsi mettre en pratique ce type de consultations puisque nous retrouvons 55 sages-femmes qui pratiquent le suivi gynécologique de prévention ainsi que les consultations de contraception, ce qui représente 57% de notre population. Le pourcentage de pratique de ces activités estimé par le CIR2 en 2010 était de 8,5%.

b. Profil des sages-femmes

Département d'exercice

La pratique du suivi gynécologique de prévention et des consultations de contraception n'est pas significativement différente en fonction du département d'exercice des sages-femmes ($p=0,54$).

Mode d'exercice

L'exercice du suivi gynécologique de prévention et des consultations de contraception est principalement présent dans les secteurs libéraux et territoriaux (respectivement 74% et 92%) et significativement moins développé dans le secteur hospitalier (33% ; $p= 1,99 \times 10^{-5}$).

Ces résultats s'expliquent par une mise en place plus difficile de ces activités dans le milieu hospitalier ; 25 sages-femmes sur les 29 sages-femmes hospitalières ne les pratiquant pas ont exprimé que les consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention n'étaient pas proposées sur leur lieu de travail. Nous retrouvons cette même conclusion dans l'étude du CIR2 qui indique qu'il est plausible d'attribuer la pratique du suivi gynécologique de prévention aux sages-femmes libérales, « *la structure hospitalière ne la favorisant pas* ».

Il est, en effet, parfois difficile pour les structures hospitalières d'aménager des consultations de suivi gynécologique et de contraception pour les sages-femmes (ouverture de créneaux de consultations supplémentaires, formation des sages-femmes ...), d'autant plus que dans la totalité des cas, il existe déjà des consultations de gynécologie sur place exercées par les médecins. Il semble aussi plus difficile pour les sages-femmes hospitalières d'accéder à des formations continues, puisque 16 d'entre-elles ne pratiquent pas ces activités par manque de formation ; or le suivi d'une formation continue paraît indispensable aux sages-femmes ayant répondu à notre étude pour réaliser les consultations de suivi gynécologique de prévention et de contraception puisque 80% d'entre-elles jugent la formation initiale en gynécologie-contraception insuffisante.

Notre étude retrouve tout de même cinq hôpitaux bas-normand ayant mis en place ces consultations pour une ou plusieurs sages-femmes ; il s'agit des hôpitaux de l'Aigle, Alençon, Avranches, Cricqueboeuf et du CHU de Caen.

Au vu du contexte économique actuel, il est peu probable que l'exercice hospitalier du suivi gynécologique de prévention et des consultations de contraception par les sages-femmes puisse se développer dans ce secteur. Les sages-femmes sont de moins en moins remplacées lors de leurs départs en retraite et leurs postes en suites de naissance ou consultations ont tendance à être supprimés pour ne consacrer leur travail qu'à la salle de naissance où leur présence est indispensable. Ce constat explique que la croissance de l'effectif des sages-libérales soit supérieure à celle de la profession (6,1 contre 3%).

L'exercice du suivi gynécologique de prévention et de contraception est bien représenté dans ce secteur (74%), où les sages-femmes peuvent plus aisément décider de développer ces consultations lorsqu'elles le désirent. La profession de sage-femme libérale étant en plein essor dans notre région, il est probable que cet exercice y soit aussi de plus en plus présent.

L'activité territoriale est-elle aussi propice à l'exercice du suivi gynécologique de prévention et aux consultations de contraception puisqu'une seule des 13 sages-femmes territoriales ayant répondu à notre enquête ne le pratique pas. Six d'entre-elles considèrent d'ailleurs le suivi gynécologique de prévention et les consultations de contraception comme « faisant partie de leurs missions ».

Formations initiales et continues

La pratique du suivi gynécologique de prévention et de contraception n'est pas significativement différente quelle que soit la durée de la formation initiale suivie par les sages-femmes ($p = 0,59$). Le test de Chi² n'était pas non plus significatif dans l'étude du CIR2.

Nous aurions pu penser que les sages-femmes diplômées après 2001 ayant donc bénéficié d'une formation initiale d'une durée de 5 ans, auraient été plus nombreuses à pratiquer ce suivi car le programme de cette formation initiale a été considérablement renforcé dans les domaines concernés (gynécologie, contraception, planification familiale, sexologie, psychologie) et comportait tout de même 138h de formation théorique et 120h de formation clinique. Ce volume paraissait néanmoins insuffisant pour les sages-femmes interrogées pour mettre en pratique le suivi gynécologique de prévention et les consultations de contraception, puisque 21 des 22 sages-femmes diplômées après 2001 ont jugé leur formation initiale insuffisante.

Les sages-femmes qui ont bénéficié des formations initiales en 3 et 4 ans sont du même avis, puisque comme nous l'avons vu précédemment 80% des sages-femmes interrogées jugent leur formation initiale insuffisante pour pratiquer les activités qui nous intéressent.

Il n'a pas été possible d'évaluer le dernier programme des études de sages-femmes de 2011 car les sages-femmes qui en ont bénéficié ont été diplômées à partir de 2015, et n'ont donc pas pu être interrogées.

Si les sages-femmes ne semblent pas satisfaites de la formation initiale en gynécologie/contraception, 80% d'entre-elles ont pu réaliser une ou plusieurs formations continues, ce qui leur a permis de compléter et mettre à jour leurs connaissances afin de pouvoir mettre en place les consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention. Elles se sentent, en effet, capables de pratiquer ces consultations en moyenne à 4,5 sur une échelle de 5 après avoir suivi leur formation continue. Les formations continues les plus sollicitées sont les formations proposées par des organismes de formations (de type MEDIC FORMATION, ANSFL...) et les diplômes universitaires.

Seules 5 sages-femmes pratiquent le suivi gynécologique de prévention et les consultations de contraception sans avoir suivi de formation continue malgré avoir jugé leur formation initiale insuffisante.

Motivations

Si l'intérêt pour la gynécologie et la contraception et la diversification d'activité sont les motivations les plus retrouvées auprès des sages-femmes pour expliquer la raison de leur pratique, 30 sages-femmes ont confié pratiquer le suivi gynécologique de prévention et les consultations de contraception suite à une demande de leurs patientes, cela nous montre que ces compétences sont connues d'une partie du grand public. Le bouche à oreille est d'ailleurs, après le suivi de grossesse, la principale façon pour les sages-femmes de se faire connaître par leurs patientes.

Le manque de gynécologues dans les environs n'est exprimé que par 13 sages-femmes sur les 55 interrogées et ne ressort pas comme étant un facteur majeur déclenchant la pratique de suivi gynécologique de prévention et de consultations de contraception. Ce résultat peut expliquer que nous ne retrouvons pas de différence significative entre le taux de pratique de ces activités dans le Calvados, l'Orne et la Manche, où la répartition des gynécologues est pourtant inhomogène avec par exemple 25 à 47 gynécologues pour 100 000 femmes âgées de 15 ans et plus dans le Calvados, contre seulement 6 à 15 gynécologues pour 100 000 femmes dans la Manche (cf. introduction).

Années de pratique et pourcentage de consultations

La pratique du suivi gynécologique de prévention et des consultations de contraception est relativement récente puisque la majorité des sages-femmes exercent ces activités depuis 1 à 2

ans (n=24). Elles ne représentent encore qu'une faible proportion des consultations réalisées par les sages-femmes puisque majoritairement inférieure à 30% (n=46).

c. Activités gynécologiques et contraceptives

Les sages-femmes qui pratiquent le suivi gynécologique de prévention et les consultations de contraception ont déclaré réaliser la majorité des actes de gynécologie qui leur sont accessibles (n = 49 à 54) : examen gynécologique, examen des seins, réalisation de frottis cervico-vaginaux, prescription de contraception et d'examens complémentaires ou encore traitements des infections génitales non compliquées. Seule les poses et les retraits des implants contraceptifs et des dispositifs intra-utérins sont un peu moins mis en pratique (n = 32 et n = 41). Ce constat concorde avec les résultats du mémoire de Marie-Caroline Bernard, puisque si les sages-femmes avaient déclaré être intéressées par le suivi gynécologique de prévention et de contraception lors de son étude, elles étaient plus mitigées sur la pose de DIU. En effet, seules 50,45% d'entre-elles étaient favorables à cette pratique par les sages-femmes, évoquant un geste trop technique, trop risqué et trop peu revalorisé :

« *Geste trop technique, ne se sent pas prête face à un DIU mal posé, pas d'échographe à disposition pour vérifier la position du DIU.* » Sage-femme libérale

Il est probable que ces mêmes raisons expliquent le plus faible taux de pose et retrait d'implant par les sages-femmes qui ont répondu à notre enquête.

Ces deux moyens de contraception étaient aussi les moins prescrits par les sages-femmes qui prescrivaient la contraception lors de l'étude du CIR2, puisqu'elles étaient 72,20% à déclarer prescrire des contraceptifs oraux, contre 16,93% à prescrire des DIU et 22,78% des Implants contraceptifs.

Lors de cette même étude, les sages-femmes qui pratiquaient le suivi gynécologique de prévention n'étaient que 9,5% à prescrire des mammographies. Nous avons, dans notre enquête, considéré la prescription de mammographies comme la prescription d'examens complémentaires, pratiquée par 89% des sages-femmes qui nous ont répondu, mais cette réponse comprenant beaucoup d'examens complémentaires différents (bilan sanguins, échographies de contrôle de pose de DIU...) ne permettra pas la comparaison avec l'étude du CIR2.

3. Difficultés et freins

Cinquante-cinq sages-femmes bas-normandes ont réussi à intégrer des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention à leur pratique, ces activités semblent donc relativement accessibles. Néanmoins, 37 d'entre-elles ont exprimé avoir des difficultés ou des freins dans leur exercice.

Le premier obstacle cité dans notre étude est le manque de formation initiale. Celui-ci est bien surmonté, puisque nous avons vu que 80% des sages-femmes ont eu accès à une formation continue, ce qui leur a permis de compléter leurs connaissances. Il sera intéressant d'évaluer la formation initiale des nouvelles diplômées, qui ont bénéficié du dernier programme des études de sages-femmes de 2011, afin de savoir si cette difficulté persiste ou si, au contraire la formation clinique renforcée leur permet d'exercer le suivi gynécologique de prévention et les consultations de contraception sans nécessairement suivre une formation continue dans ce domaine.

Les sages-femmes ont exprimé un deuxième frein majeur à cette pratique : le manque de coopération de certains professionnels.

La gynécologie et la contraception font parties des rares compétences dont l'exercice est partagé entre plusieurs professionnels. Les rôles entre sages-femmes et gynécologues sont en théorie bien définis, puisque les sages-femmes sont, comme dans le pré, per et post-partum, des professionnelles de la physiologie. Les limites entre physiologie et pathologie ne sont cependant pas toujours claires, ce qui impose de la part des gynécologues, une confiance en la capacité de jugement des sages-femmes. Celles-ci ne l'acquerront totalement qu'en restant à leur place, comme nous l'exprime bien cette sage-femme hospitalière : « *Il faut aussi absolument savoir rester à notre place de sage-femme et adresser la patiente si l'on sent que le problème dépasse nos compétences d'où l'importance d'avoir un réseau.* ».

Les médecins généralistes peuvent avoir, quant à eux, un peu plus de mal à trouver leur place, que ce soit dans le suivi gynécologique comme obstétrical. Les résultats d'une étude réalisée auprès de médecins généralistes de l'Indre-et-Loire en 2013^[24] montrent que ceux-ci rencontrent des difficultés à recruter une « patientèle » souhaitant ce suivi et que les relations avec gynécologues et sages-femmes sont « *non facilitatrices* ». Ceci peut expliquer les réticences de certains à collaborer ou adresser leurs patientes vers les sages-femmes.

Ce manque de coopération de quelques praticiens n'empêche cependant pas les sages-femmes de travailler en réseau, puisque 80% d'entre-elles ont jugé avoir un réseau de professionnel relais suffisant.

Enfin, 4 sages-femmes évoquent le manque de connaissance de leurs compétences en matière de gynécologie et contraception par les femmes. Or, nous avons vu qu'une grande majorité des sages-femmes interrogées ont déjà reçu des demandes d'exercer ces activités par leur patientes, ce qui nous montre qu'elles sont en bonne voie de reconnaissance. Les différentes campagnes d'information sur le dépistage du cancer du col de l'utérus ou sur la contraception citent désormais toutes les sages-femmes comme professionnels de premier recours ^[25] et participent à cette reconnaissance.

4. Perspectives

Le suivi gynécologique de prévention et les consultations de contraception sont plutôt bien intégrés par les sages-femmes qui nous ont répondu puisque 57% d'entre-elles le pratique.

Au regard de nos résultats, nous pouvons dégager deux principaux axes de réflexion :

Développer le suivi gynécologique par les sages-femmes en milieu hospitalier

La pratique du suivi gynécologique de prévention et de consultations de contraception par les sages-femmes est significativement moins importante dans le milieu hospitalier.

L'organisation des hôpitaux ne permet pas toujours aux sages-femmes hospitalières de développer des consultations de suivi gynécologique de prévention et de contraception destinées aux femmes en bonne santé. Pourtant, cela permettrait d'étoffer l'offre de soins. Proposer de telles consultations permettrait aux gynécologues de pouvoir se consacrer un peu plus aux situations non physiologiques et réduirait les délais de rendez-vous (qui sont en moyenne de 57 jours sur notre territoire).

Promouvoir le développement des pôles de santé

Avoir un réseau de professionnels relais est essentiel aux sages-femmes pour pratiquer ce suivi, car elles doivent fréquemment adresser leurs patientes si elles dépistent une pathologie (lésions du col de l'utérus par exemple), ou si leurs patientes n'ont pas un suivi gynécologique simple (antécédents). Si les sages-femmes hospitalières et territoriales travaillent le plus

souvent au sein de structures où exercent des médecins, les sages-femmes libérales sont parfois plus isolées et peuvent avoir des difficultés de ce fait.

Les maisons de santé pluri-professionnelles, les pôles et centres de santé ainsi que les réseaux de santé sont une bonne alternative pour les sages-femmes libérales. Ces structures leur permettent d'obtenir une meilleure coordination avec les autres professionnels et favorisent leurs échanges. La loi HPST identifie ces services de santé comme des acteurs de l'offre de soin de premier recours, permettant notamment les actions de préventions, de dépistage, de diagnostic, l'orientation dans le système de soins et l'éducation pour la santé ^[20]; les sages-femmes y ont donc toutes leur place.

En favorisant l'échange entre sages-femmes et autres professionnels de santé, ces pôles sont d'autre part, un des meilleurs moyens de faire connaître et reconnaître les compétences des sages-femmes par tous.

De plus en plus de ces structures voient le jour en Basse-Normandie, où onze de ces pôles sont encore en construction et il est important d'encourager ce développement.

V. CONCLUSION

Notre étude, réalisée auprès des sages-femmes libérales, territoriales et hospitalières réalisant des consultations dans la région Basse-Normandie, avait pour but principal d'évaluer leur activité en matière de gynécologie de prévention et de contraception.

Elle nous montre que les sages-femmes ont pris possession de leurs nouvelles compétences, définies par la loi HPST de 2009, puisque que la pratique du suivi gynécologique de prévention et des consultations de contraception s'est considérablement développée depuis les années 2010 et 2011.

Ces activités sont principalement pratiquées par les sages-femmes libérales et territoriales qui ont développé un réel intérêt pour ces domaines d'activités. Elles exercent le suivi gynécologique de prévention et les consultations de contraception depuis peu et après avoir suivi une formation continue, puisque la formation initiale n'a jusque-là pas été jugée suffisante pour les mettre en pratique.

Ces sages-femmes pratiquent et prescrivent l'ensemble des actes de gynécologie et contraception qui leur sont accessibles, mais sont un peu plus frileuses sur les poses et retraits des DIU et implants.

Travailler en réseau, avec un ou plusieurs médecins référents leur est indispensable pour être des professionnelles de premier recours efficaces, et cette coopération est plutôt bien mise en place en Basse-Normandie, à l'exception de quelques professionnels réfractaires aux nouvelles compétences des sages-femmes.

Les sages-femmes qui n'ont pas développé ces activités sont néanmoins intéressées : 68,3% d'entre-elles aimerait pratiquer des consultations de contraception et 63,4% du suivi gynécologique de prévention. Leurs freins sont le plus souvent l'impossibilité d'exercer dans leur structure (dans le milieu hospitalier notamment) ou le manque de formation. Il est plausible qu'elles développent ces activités par la suite, si elles arrivent à contourner ces obstacles, ce qui nous laisse envisager que le développement de la pratique du suivi gynécologique de prévention et des consultations de contraception que nous avons constaté va continuer d'évoluer dans les années à venir.

De nouvelles sages-femmes vont arriver sur le marché du travail : elles ont bénéficié du dernier programme des études de sages-femmes, avec une formation initiale riche en formation clinique en gynécologie et contribueront probablement à ce développement, d'autant plus qu'elles s'installeront de plus en plus en libéral, mode d'exercice qui favorise cette pratique.

La législation continue, quant à elle, d'évoluer dans ce sens puisque les compétences des sages-femmes ont très récemment évolué. La loi de modernisation de notre système de santé a été promulguée le 26 janvier 2016 ^[26]. L'article 31 de cette loi étend les compétences gynécologiques des sages-femmes à la réalisation des IVG médicamenteuses et étend leur rôle dans la politique vaccinale. Pour s'emparer de ces nouvelles pratiques, les sages-femmes attendent la publication des décrets d'application (qui spécifieront leurs modalités d'exercice) qui paraîtront prochainement. L'objectif premier de cette loi est de faciliter le recours à l'IVG pour les femmes qui en font la demande en proposant une réponse de proximité.

C'est une nouvelle reconnaissance du rôle des sages-femmes auprès des femmes lors de chaque événement de leur vie sexuelle et reproductive : elle n'obtient cependant pas l'adhésion de toutes les sages-femmes, puisque certaines jugent la réalisation d'IVG comme contre nature de la profession de sage-femme ^[27].

Cela nous interroge : les sages-femmes s'empareront-elles de la réalisation des IVG médicamenteuses comme elles l'ont fait pour le suivi gynécologique de prévention et de contraception ?

BIBLIOGRAPHIE

[1] Article L5141-1 du Code Santé Publique [en ligne]

https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=99ACE3D9217B3F1BA339BD1D9B7F67BF.tpdila07v_1?idArticle=LEGIARTI000020892639&cidTexte=LEGITEXT00006072665&categorieLien=id&dateTexte=20110708

[2] GOMEZ C.

La contraception : quel rôle pour la sage-femme ? Incidences des nouvelles dispositions légales.

La revue Sage-femme 2007 ; 6 : 74-89.

[3] Arrêté du 17 octobre 1983 relatif à la liste des examens radiologiques, de laboratoire et de recherche que les sages-femmes peuvent prescrire [en ligne]

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006073093&dateTexte=20111020>

[4] CONSEIL DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES

La profession de sage-femme en Europe

[http://www.ordre-sages-](http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document/2/europe_et_international/la_profession_de_sagefemme_en_europe/index.htm)

[femmes.fr/NET/fr/document/2/europe_et_international/la_profession_de_sagefemme_en_europe/index.htm](http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document/2/europe_et_international/la_profession_de_sagefemme_en_europe/index.htm) (consulté le 15 octobre 2015)

[5] INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIFES

La définition internationale de la Sage-Femme [en ligne]

<http://www.internationalmidwives.org/global/francais/d%C3%A9finition-internationale-de-la-sage-femme-icm.html>

[6] ANAES

Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme : Recommandations pour la pratique clinique [en ligne]

<http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/04/dp041207.pdf>

[7] HAS

Rapport d'élaboration : Contraception chez l'homme et chez la femme

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/contraception_fiches_memo_rapport_delaboration.pdf

[8] CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES

Référentiel Métier et Compétences des Sages-femmes

Situation 7 : Réaliser une consultation de contraception et de suivi gynécologique de prévention ; p-25 [en ligne]

<http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf>

[9] Décret n° 2012-881 du 17 juillet 2012 portant modification du code de déontologie des sages-femmes [en ligne]

<http://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2012/7/17/AFSH1207454D/jo/texte>

[10] ASSURANCE MALADIE

Les tarifs conventionnels [en ligne]

<http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/sages-femmes/votre-convention/les-tarifs-conventionnels.php>

[11] Décret n°2012-881 du 17 juillet 2012 portant modification au code de déontologie des sages-femmes [en ligne]

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2012/7/17/AFSH1207454D/jo/texte>

[12] Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme [en ligne]

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027231825>

[13] Arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sage-femme [en ligne]

<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-02/a0020155.htm>

[14] CONSEIL DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES

Liste des titres de formations autorisés par le CNOSF

<http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/Liste-des-DU-DIU.pdf>

[15] MAGNAN G.

Suivi gynécologique : où en est-on ?

Profession sage-femme, Juillet/août 2014 (207) : 36-38

[16] OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA DEMOGRAPHIE DES PROFESSIONS DE SANTE

Compte rendu de l'audition des sages-femmes du 7 avril 2010 [en ligne]

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Compte-rendu_de_l_audition_des_Sages_femmes.pdf

[17] P.OZENNE, S.FOUCHER, S.MOURTOUX

Courrier de l'Union Régionale des Professionnels de Santé Sages-Femmes à l'intention des sages-femmes libérales suite à la rencontre avec l'Agence Régionale de Santé, 14 janvier 2015

[18] COULOMB C.

Gynécologie obstétrique et médicale : densité pour 100 000 femmes de 15 ans ou plus

<https://www.data.gouv.fr/fr/reuses/gynecologie-obstetrique-et-medicale-densite-pour-100-000-femmes-de-15-ans-ou-plus/>

[19] GAZZANE H.

Généraliste, ophtalmo, gynéco... : des délais d'attente toujours plus longs

Le figaro.fr [en ligne]

<http://www.lefigaro.fr/conjoncture/2014/11/18/20002-20141118ARTFIG00080-generaliste-ophtalmo-gyneco-des-delais-d-attente-toujours-plus-long.php>

[20] MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS

L'exercice regroupé dans les services de santé : une action coordonnée des professionnels de santé en faveur de leurs patients [en ligne]

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_exercice_regroupe_web.pdf

[21] UNION REGIONALE DES MEDECINS LIBERAUX

Pôles de santé libéraux et ambulatoires [en ligne]

<http://www.urml-normandie.org/44-psla-poles-de-sante-liberaux-ambulatoires>

[22] BERNARD Marie-Caroline

Formations et informations des sages-femmes depuis la loi HPST de juillet 2009 : Moyens mis en œuvre par les sages-femmes pour acquérir de nouvelles compétences

Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme : Ecole de sage-femme de Caen, 2011

[23] Loi HPST : contraception et suivi gynécologique de prévention, enquête réalisée par le CIR2 : résultats complémentaires et perspectives
Contact sage-femme janvier 2011 ; (26) : 4-8

[24] BROSSET M.
Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans leur pratique gynéco-obstétricale : Etude quantitative en Indre-et-Loire [en ligne]
http://www.prescrire.org/Docu/PostersRencontres2014/Poster_BROSSETmarie.pdf

[25] INSTITUT NATIONAL DU CANCER
Où faire réaliser un frottis ? [en ligne]
<http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Ou-faire-un-frottis>

[26] LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [en ligne]
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPreparation.do?idDocument=JORFDOLE000029589477&type=contenu&id=2&typeLoi=proj&legislature=14>

[27] Loi Santé : le collectif Sages-femmes de demain s'oppose à la pratique de l'IVG par les sages-femmes [en ligne]
<http://www.sages-femmes.info/loi-sante-contre-la-pratique-de-livg-par-les-sage-femmes/>

ANNEXES

Annexe 1

Méthode BERCER par l'OMS, Source : inpes.fr

Les 6 étapes de la consultation sur le modèle BERCER

Bienvenue

En pratique, en dehors de l'accueil lui-même de la consultante et de la présentation du soignant, la première phase vise essentiellement à favoriser une relation d'équivalence et à rassurer la consultante. Le soignant l'assure de la confidentialité des entretiens et présente le rôle, les objectifs et le déroulement possibles de la ou des consultations.

Entretien

La phase d'entretien se veut interactive. Elle a pour objectif prioritaire le recueil d'information sur la femme, son état de santé, ses besoins propres et ses éventuels problèmes.

Elle donne lieu à un «entretien» et à un examen clinique. Au cours de cet entretien, le soignant explore en complément de la clinique le contexte de vie de la consultante, son expérience en matière de contraception, sa vision des choses. Cette phase est propice au développement d'un diagnostic éducatif.

Renseignement

La phase de renseignement vise à la délivrance par le soignant d'une information hiérarchisée et sur mesure, compréhensible et adaptée au rythme et aux connaissances de la consultante. Il est essentiel que le soignant s'assure de la compréhension de l'information qu'il aura fournie. Celle-ci concerne en particulier les méthodes qui intéressent la consultante ou qu'elle préfère (leurs bénéfices, leurs contre-indications, les risques graves mêmes exceptionnels, leurs intérêts, leurs inconvénients, leurs coûts). Le soignant l'informe des options et alternatives qu'il juge adaptées à sa situation personnelle. Il est possible de fournir un document écrit en complément de l'information orale.

Choix

Le soignant souligne que la décision finale appartient à la consultante seule. Pour l'aider à la décision, son attention et sa réflexion peuvent être attirées sur sa situation de famille, ses préférences et les préférences éventuelles de son partenaire, les bénéfices et les risques des différentes méthodes, les conséquences de son choix. Le soignant s'assure au final de son plein accord et de l'absence de réticences sur la méthode choisie.

Explication

La phase d'enseignement est orientée sur l'explication de la méthode et de son emploi et vise, s'il y a lieu, à l'établissement d'une prise en routine (par exemple des conseils sur la prise à heure régulière d'une pilule, le soir après un repas). En pratique, elle comprend si possible une démonstration de son usage et peut avantageusement même donner lieu à un apprentissage avec manipulation par la consultante elle-même. Le soignant renseigne la consultante sur les possibilités de rattrapage en cas de problème et lui indique où et dans quelles conditions elle peut se procurer ces différentes méthodes. Sont enfin abordées les raisons médicales qui peuvent justifier son retour ainsi que la programmation et la planification de la consultation suivante.

Annexe 2

Objectifs du programme en gynécologie, source : Legifrance.gouv

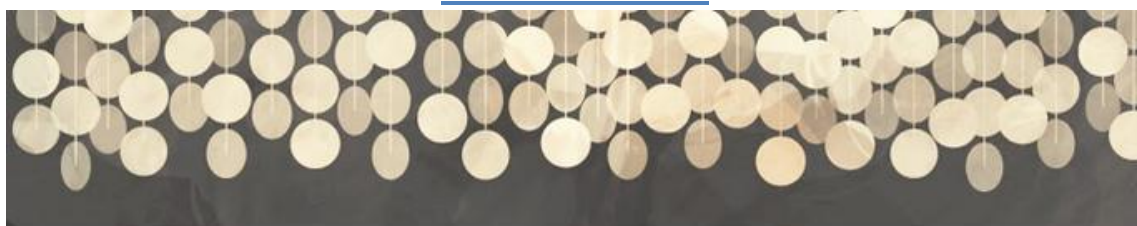
Gynécologie - santé génésique des femmes et assistance médicale à la procréation

Ces UE représentent 4 à 8 ECTS

Objectifs généraux :

- 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 virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et les infections sexuellement transmissibles (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 ;
 - Connaître le cadre législatif et réglementaire : organisation du dispositif de dépistage et de planification ;
 - Acquérir les connaissances médicales, juridiques et éthiques sur l'assistance médicale à la procréation.
- Principaux objectifs spécifiques en lien avec les compétences attendues :
- Mener une consultation de suivi gynécologique de prévention :
 - . Les différents temps de la consultation gynécologique,
 - . Analyse des principaux motifs de plaintes ;
 - . Prescription des examens complémentaires de première intention,
 - . Connaissance des médicaments utilisés en gynécologie inscrits dans les droits de prescription de la sage-femme
 - Accompagner ou orienter les femmes dans les périodes pré, per et post-IVG :
 - . Entretien pré-IVG analyse de l'échec de contraception,
 - . Techniques d'IVG,
 - . Surveillance et contraception post-IVG ;
 - Dépister et participer à la prise en charge des pathologies gynécologiques :
 - . Raisonnement médical, démarche clinique,
 - . Reconnaissance et identification des signes cliniques,
 - . Pathologies fonctionnelles et organiques des organes uro-génitaux et mammaires,
 - . Bilan uro-dynamique ;
 - Organiser et animer une séance collective d'information auprès d'adolescents sur la sexualité, la contraception et les infections sexuellement transmissibles :
 - . Les spécificités de l'adolescence,
 - . Sélection des contenus et méthodes d'animation ;
 - Aborder la sexualité lors d'une consultation de contraception et de suivi gynécologique de prévention ,
 - . Aspects biopsychosociaux de la sexualité,
 - . Principaux motifs de plaintes,
 - . Éducation sexuelle ;
 - Prévenir et dépister les violences faites aux femmes :
 - . Épidémiologie des violences faites aux femmes,
 - . Médecine légale et démarches de protection ;
 - Participer aux activités d'assistance médicale à la procréation :
 - . Infertilité et stérilité du couple : exploration, diagnostic, traitement,
 - . Techniques d'assistance médicale à la procréation,
 - . Législation,
 - . Bioéthique.

Annexe 3



Les sages-femmes bas normandes et le suivi gynécologique de prévention et de contraception

1. Vous êtes :

- Un Homme
 Une Femme

2. Dans quelle ville exercez-vous ?

3. Quel est votre mode d'exercice ?

- Libéral
 Territorial
 Hospitalier

4. En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ?

5. Effectuez-vous des consultations de contraception ?

- Oui
 Non

6. Effectuez-vous du suivi gynécologique de prévention ?

- Oui
 Non

Si vous avez répondu Non aux questions 5 et 6, veuillez passer directement à la question 18

7. Pour quelles raisons vous êtes vous orienté vers le suivi gynécologique ou les consultations de contraception ?

- Intérêt personnel pour la gynécologie/contraception
- Diversification de mon activité
- Demande des patientes
- Manque de gynécologues dans les environs
- Autre :

8. Depuis combien d'années effectuez-vous ces consultations?

9. Quels actes de gynécologie/contraception effectuez-vous ?

plusieurs réponses possibles

- Examen gynécologique
- Frottis cervico-vaginal
- Examens des seins
- Traitement des infections génitales non compliquées (ex: candidose)
- Prescription et suivi de contraception orale/transcutanée/locale
- Pose/retrait de DIU
- Pose/retrait d'implant
- Prescription d'examens complémentaires
- Autre :

10. Avez-vous suivi une formation continue ?

- Oui
- Non

11. Si Oui, laquelle et en quelle année ?

12. Grâce à cette formation continue, vous sentez-vous capable de prendre en charge toutes les situations que vous êtes amené à rencontrer ?

0 = pas du tout capable, 5 = tout à fait capable

0 1 2 3 4 5

13. Estimez-vous que la formation initiale des sages-femmes permet de réaliser des consultations de suivi gynécologique de prévention et de contraception ?

- Oui
- Non

14. Quel pourcentage ces consultations de gynécologie et/ou contraception représentent-elles ?

- <10%
- Entre 10 et 30%
- Entre 30 et 50%
- > 50%

15. Comment ces patientes ont-elles entendu parler de vous ?

plusieurs réponses possibles

- Ne sais pas
- Bouche à Oreille
- Pendant un suivi de grossesse
- Pendant une visite post-natale
- Pendant la rééducation périnéale
- Pendant un suivi à domicile (ex: Prado)
- Autre :

16. Estimez vous avoir un réseau de professionnels suffisant à qui passer le relai quand vous avez besoin ?

- Oui
- Non

17. Rencontrez-vous des freins ou des difficultés à pratiquer le suivi gynécologique ou les consultations de contraception ? Si oui, lesquels :

La fin du questionnaire est destiné aux sages-femmes ne pratiquant pas de suivi gynécologique, ni de consultations de contraception

Pour les autres, veuillez cliquer sur "envoyer" en bas de page

18. Pour quelles raisons ne pratiquez-vous pas de consultations de contraception ?

plusieurs réponses possibles

- Ce n'est pas proposé là où je travaille
- Manque d'intérêt
- Manque de formation
- Manque de rémunération
- Manque de temps
- Autre :

19. Aimerez-vous en pratiquer ?

- Oui
- Non

20. Pour quelles raisons ne pratiquez-vous pas de suivi gynécologique de prévention ?

plusieurs réponses possibles

- Ce n'est pas proposé là où je travaille
- Manque d'intérêt
- Manque de formation
- Manque de rémunération
- Manque de temps
- Autre :

21. Aimerez-vous en pratiquer ?

- Oui
- Non

Merci pour votre participation

[Envoyer](#)

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

Annexe 4

Questionnaire à l'intention des sages-femmes réalisant des consultations programmées

M^{lle} Margot Lefrançois

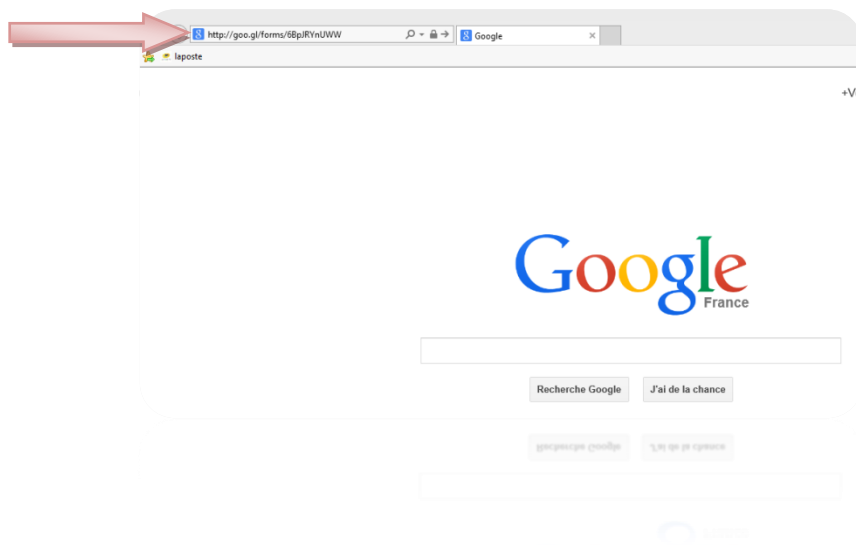
Étudiante en 4^{ème} année des études de sages-femmes, école du CHU de Caen

Depuis l'adoption de la loi HPST, quelle est l'évolution de l'activité des sages-femmes en matière de suivi gynécologique de prévention et de contraception ?

Actuellement étudiante en 4^{ème} année des études de sages-femmes, je réalise mon mémoire de fin d'études sur l'évolution de l'activité des sages-femmes en matière de suivi gynécologique de prévention et de contraception depuis la loi HPST. Mon objectif est de définir si les sages-femmes bas-normandes exercent leurs compétences dans ce domaine, selon quelles modalités et avec quelles difficultés, et si celles n'en pratiquant pas sont intéressées par ces activités. Afin d'établir cet état des lieux, je sollicite votre aide en vous demandant d'accepter de remplir mon questionnaire en ligne avant le 30 juin 2015.

Pour cela, il vous suffit de taper l'adresse suivante dans la barre de tâches de votre navigateur : <http://goo.gl/forms/6BpJRYnUWW>

Ce questionnaire est anonyme et vous prendra moins de 5 minutes !



En cas de soucis, ou si vous préférez recevoir le lien du questionnaire par e-mail, contactez moi à l'adresse suivante: lefrancois.margot@gmail.com

Vous remerciant d'avance pour votre participation,

Margot Lefrançois

RESUME

La loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire de 2009 a étendu le champ de compétence des sages-femmes à la réalisation de suivi gynécologique de prévention et de consultations de contraception. L'étude réalisée pour ce mémoire avait pour but d'évaluer la pratique de ces activités dans la région Basse-Normandie, grâce à un questionnaire en ligne, distribué aux sages-femmes libérales, territoriales et hospitalières réalisant des consultations programmées.

Elle nous montre que les sages-femmes ont pris possession de ces nouvelles compétences puisque 57% d'entre-elles les pratiquent, majoritairement dans les secteurs libéraux et territoriaux. La pratique du suivi gynécologique de prévention et des consultations de contraception par les sages-femmes est destinée à continuer son ascension : plus de 60% des sages-femmes qui ne les pratiquent pas sont intéressées par ces activités ; les sages-femmes nouvellement diplômées vont avoir bénéficié de la dernière formation initiale de 2011 renforcée en pratique clinique en gynécologie et la loi conforte leur rôle en tant que professionnelles de premier recours en leur donnant maintenant accès à la réalisation des interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses.

MOTS CLES : Suivi gynécologique de prévention, consultations de contraception, sages-femmes, loi HPST

TITRE : Suivi gynécologique de prévention et consultations de contraception : Etat des lieux auprès des sages-femmes de Basse-Normandie

ABSTRACT

The law Hospital, Patient, Health, Territory of 2009 expanded Midwives skills to preventative gynecological check-ups and consultations of contraception. The purpose of thesis was to evaluate the practice of these activities in the Basse-Normandie region, thanks to an online questionnaire, distributed to midwives working in hospitals, regions and private practice.

The results show that midwives have embraced these new skills since 57% of practice them, predominantly in the private and territorial sector. Midwives practice of preventative gynecology and contraception prescription is destined to continue expanding: More than 60% of midwives who don't practice it are interested in these activities, New graduates will benefit from the 2011 updated curriculum with reinforced gynecological clinical practice training and a reinforced first recourse role allowing them to perform medication-based abortions.

KEYWORDS : Preventative gynecological check-up, contraception consultations, midwives, law HPST

TITLE : Preventative gynecology and contraception consultations : Analysis of midwives's practices in Basse-Normandie