

**Le suivi gynécologique de prévention et de contraception  
réalisé par les sages-femmes libérales : choix et vécu des  
femmes . Étude qualitative auprès de 9 patientes de  
cabinets libéraux du Nord-Finistère du 31 mai au 24  
août 2016**

Ophélie Chiummo

► **To cite this version:**

Ophélie Chiummo. Le suivi gynécologique de prévention et de contraception réalisé par les sages-femmes libérales : choix et vécu des femmes . Étude qualitative auprès de 9 patientes de cabinets libéraux du Nord-Finistère du 31 mai au 24 août 2016 . Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. <dumas-01559510>

**HAL Id: dumas-01559510**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01559510>**

Submitted on 10 Jul 2017

**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.



ÉCOLE DE SAGES-FEMMES

UFR de Médecine et des Sciences de la Santé

BREST

MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Année 2017

**Le suivi gynécologique de prévention et de contraception  
réalisé par les sages-femmes libérales :  
choix et vécu des femmes**

Étude qualitative auprès de 9 patientes de cabinets libéraux du Nord-Finistère  
du 31 mai au 24 août 2016

Présenté et soutenu par : Ophélie CHIUMMO

Née le 14 octobre 1993

Directeur de mémoire : Mr VILBROD Alain, directeur du laboratoire d'études et de recherche  
en sociologie (LABERS), Université de Bretagne Occidentale

## **ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT**

Je soussignée Ophélie CHIUMMO assure avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat de l'Université de Bretagne Occidentale.

Je déclare être pleinement consciente que le plagiat total ou partiel de documents publiés sous différentes formes, y compris sur internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.

Je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour rédiger ce travail.

Signature

A handwritten signature in blue ink, consisting of a long horizontal stroke followed by a smaller loop and a final horizontal stroke.

## **REMERCIEMENTS**

Je remercie Alain Vilbrod pour avoir accepté de diriger ce travail, pour son investissement et pour l'expertise qu'il m'a apportée.

A Martine Lochin-Le Gallais, sage-femme enseignante et guidante de ce mémoire pour sa disponibilité et ses encouragements si précieux.

Aux femmes ayant accepté de s'exprimer pour leur accueil et leur confiance.

Aux sages-femmes libérales sans qui cette étude n'aurait pas pu exister, pour leur participation active et le temps qu'elles m'ont accordé.

A mes parents et Clémence, ma sœur, pour leur soutien inépuisable depuis des années.

A mes amis pour avoir su être là, tout simplement, d'ici ou de l'autre bout du monde, mille mercis.

## SOMMAIRE

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT.....	2
REMERCIEMENTS.....	3
SOMMAIRE.....	4
INTRODUCTION.....	5
I. Étude.....	7
II. Population.....	7
III. Outils.....	8
IV. Analyse des entretiens.....	8
RÉSULTATS.....	9
I. Présentation de la population.....	9
II. Des parcours gynécologiques différents.....	10
1 . Suivi antérieur.....	10
1.1 . Professionnels rencontrés.....	10
1.2 . Un suivi source d'appréhensions.....	10
1.3 . Choix d'une sage-femme.....	11
1.4 . Voies d'informations.....	11
1.5 . Des représentations réductrices du métier de sage-femme.....	12
2 . Suivi gynécologique de prévention et de contraception par une sage-femme.....	12
2.1 . Attentes et besoins des femmes.....	12
2.1.2 . Une femme.....	12
2.1.3 . Un sens du contact différent.....	13
2.1.4 . Une approche moins médicalisée.....	13
2.1.4.2 . Agencement du cabinet.....	13
2.1.4.3 . Représentations du monde médical.....	14
2.1.4.4 . Une prise en charge de la femme dans sa globalité.....	14
2.1.5 . Une information complète pour un choix contraceptif libre et éclairé.....	14
2.2 . Des aspects pratiques.....	15
2.2.2 . La facilité de prise de rendez-vous.....	15
2.2.3 . Une densité insuffisante de médecins gynécologues.....	15
2.2.4 . La proximité géographique.....	15
2.2.5 . Une personne ressource joignable.....	16
2.2.6 . La question du coût de la consultation.....	16
2.3 . Des connaissances incomplètes sur les compétences des sages-femmes dans le domaine du suivi gynécologique de prévention et de contraception.....	16
2.3.2 . Le droit de prescription.....	16
2.3.3 . Les actes techniques.....	17
2.3.4 . Un suivi de toutes les femmes sans distinction ?.....	17
2.3.5 . L'information au grand public.....	17
2.4 . La suite du suivi.....	18
DISCUSSION.....	18
I. Forces et limites de l'étude.....	18
II. Interprétation des résultats.....	19
1 . Une information jugée insuffisante.....	19
2 . Attentes des femmes.....	20
3 . Des aspects pratiques.....	21
CONCLUSION.....	24
BIBLIOGRAPHIE.....	25
ANNEXES.....	29
RÉSUMÉ.....	34

Avertissement au lecteur : Le nom « sage-femme » étant féminin et du fait de la prédominance de femmes dans la profession, il a été décidé de privilégier l'accord au féminin pour éviter les variations grammaticales.

## **INTRODUCTION**

La loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST), projet d'organisation sanitaire ayant pour but de mettre en place une offre de soins gradués de qualité, accessibles à tous et satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé (1), promulguée le 21 juillet 2009, a élargi le champ de compétences des sages-femmes à la pratique du suivi gynécologique de prévention et de contraception.

Depuis la loi Neuwirth de 1967 relative à la régulation des naissances (2), ce domaine de compétences était réservé aux médecins. Des évolutions ont progressivement eu lieu mais il a réellement été attribué aux sages-femmes par l'article n°86 de la loi HPST modifiant le Code de la santé publique. Il stipule que l'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique (3).

Cet amendement a été déposé par Mme B. Poletti, sage-femme et député, suite à son rapport sur l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et la contraception réalisé en 2008 (4). Elle y rapporte un taux d'IVG qui se stabilise à un niveau important depuis une vingtaine d'années, avec un peu plus de 200 000 IVG par an, et qui augmente chez les jeunes femmes de moins de 20 ans. La France fait face à une situation paradoxale avec une utilisation de contraceptifs parmi les plus élevés d'Europe (moins de 5 % des femmes de 15 à 45 ans sexuellement actives et ne souhaitant pas avoir d'enfant affirment ne pas utiliser ou pas de façon systématique une contraception). Cependant, 2 grossesses non prévues sur 3 surviennent chez des femmes déclarant utiliser un contraceptif.

Elle s'est appuyée sur l'étude INPES<sup>1</sup>/BVA<sup>2</sup> « Contraception : que savent les Français » de 2007 (5) dans laquelle ils déclarent être satisfaits de leur contraception et se considèrent bien renseignés. Cette étude montre également une méconnaissance du cycle féminin, de l'utilisation des méthodes contraceptives ainsi que la persistance d'idées reçues.

Les pratiques contraceptives semblent suivre une norme avec l'utilisation du préservatif au début de la sexualité puis de la pilule et enfin du stérilet une fois les enfants nés. Entrée dans les mœurs, la contraception orale paraît maintenant vécue plus comme une contrainte que comme une libération alors qu'elle est souvent prescrite « de principe ». Il s'avère donc nécessaire de faire connaître les différents types de contraception qui se sont développés afin de l'adapter à la situation, au mode de vie et aux besoins de chacun (4).

---

1 INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

2 BVA : Société d'études et conseil, spécialiste de l'analyse comportementale

Nous observons, d'après les données de la DREES<sup>3</sup> (6), un faible nombre de médecins gynécologues en France en 2016 avec une densité de 11,2 gynécologues médicaux et 16,8 gynécologues obstétriciens pour 100 000 femmes âgées de 15 ans ou plus. Nous pouvons remarquer dans le Finistère, des densités abaissées avec 7,5 gynécologues médicaux et 13,6 obstétriciens pour la même population cible.

Notons également leur répartition inégale sur le territoire français ainsi qu'un vieillissement de ces professionnels, avec respectivement une moyenne d'âge de 60,4 ans et 47,5 ans (7).

Cette démographie médicale explique une difficulté d'accès aux consultations, autre frein à l'utilisation de la contraception. Selon B. Poletti, il faut faciliter l'installation des sages-femmes en libéral et augmenter leur nombre pour assurer un maillage de proximité le plus efficient possible(4).

D'après le rapport de l'ONDPS<sup>4</sup> (8), depuis 20 ans, une évolution démographique de la profession est constatée avec une augmentation de l'effectif des sages-femmes en activité de plus de 70 % et une expansion du secteur libéral. Celle-ci est chiffrée par une densité en France, en 2016, de 42,5 sages-femmes libérales (dont 13,9 en exercice mixte libéral et hospitalier) pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans (9).

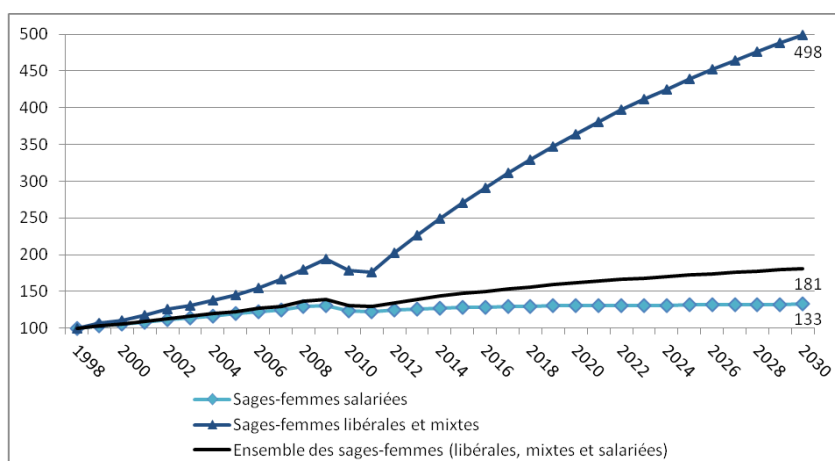


Figure 1: Evolution des effectifs des sages-femmes selon leur mode d'exercice (8)

Par ailleurs, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (10) est un événement important dans l'histoire des droits des usagers en affirmant leurs droits et en rendant le patient acteur de la prise en charge de sa propre santé. Cette loi assure notamment le droit à l'information sur son état de santé afin de pouvoir participer aux décisions le concernant et donner un consentement libre et éclairé ainsi que le libre choix de son praticien.

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

4 ONDPS: Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

Parallèlement à ces modifications législatives, une évolution de la relation soignant-soigné a eu lieu, passant d'un modèle paternaliste où le praticien prenait seul les décisions à une relation fondée davantage sur la réflexion avec le patient (11).

Tenant compte de ces changements récents, nous pouvons nous demander quels sont les facteurs menant les femmes à consulter les sages-femmes libérales pour leur suivi gynécologique de prévention et de contraception. Quels sont leurs besoins, leurs attentes ? Par quelles voies ont-elles eu connaissance de ces nouvelles activités ? Que savent-elles de ces compétences ?

A travers ces questionnements, une problématique émerge :

La confluence entre l'évolution de l'offre de soins des sages-femmes et la modification des attentes des patientes explique-t-elle le recours aux sages-femmes libérales pour leur activité de suivi gynécologique de prévention et de contraception ?

## **MATÉRIEL ET MÉTHODES**

### **I. Étude**

Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative sous la forme d'entretiens semi-directifs afin de recueillir une diversité d'expériences et de représentations. Cette méthode permet d'établir un véritable échange, de laisser l'interviewée parler ouvertement, avec les mots qu'elle souhaite et dans l'ordre qui lui convient, tout en recentrant si nécessaire l'entretien sur les objectifs et d'en retirer des éléments de réflexion (12).

### **II. Population**

Parmi les 39 sages-femmes libérales du Nord-Finistère, non rattachées à une clinique, 30 ont été identifiées comme ayant une activité de suivi gynécologique de prévention et de contraception. Nous les avons sollicitées par courrier (Annexe I) pour participer au recrutement de la population. Douze d'entre elles, provenant de 9 cabinets répartis sur le territoire ont accepté de présenter notre étude à leurs patientes par l'intermédiaire d'une affiche et de plaquettes explicatives (Annexe II). Les sages-femmes n'exerçant pas seules ont fait participer leurs associées au recrutement.

Les patientes incluses étaient les femmes majeures, francophones consultant dans le cadre du suivi gynécologique de prévention et de contraception. Les volontaires nous transmettaient leurs coordonnées par téléphone, par e-mail ou par l'intermédiaire de leur sage-femme puis nous les recontactons afin de fixer un rendez-vous.

Un formulaire de consentement libre et éclairé (Annexe III) a été remis et signé par chaque femme pour l'organisation de l'entretien individuel et l'enregistrement audio de celui-ci.



Les entretiens se sont déroulés du 31 mai au 24 août 2016 jusqu'à obtention d'une redondance des réponses. Ils ont été réalisés au domicile des femmes, enregistrés et retranscrits anonymement avec modification des noms, des prénoms, après avoir occulté les informations identifiantes.

### **III. Outils**

Trois thèmes principaux ont été abordés à l'aide d'un guide d'entretien (Annexe IV) :

- Leur « parcours gynécologique »
- Leurs attentes et leurs besoins lors d'une consultation de suivi gynécologique de prévention et de contraception.
- Leurs connaissances concernant les nouvelles compétences des sages-femmes dans ce domaine.

### **IV. Analyse des entretiens**

Une étude de contenu a été menée par catégorisation sémantique des données qualitatives recueillies lors des entretiens. Les mots clés, expressions et thèmes communs ont été identifiés et extraits afin de procéder à une analyse par registre et d'organiser les résultats selon un plan établi.

## RÉSULTATS

Nous avons observé lors de la phase de sollicitation des sages-femmes libérales, la difficulté à repérer celles qui avaient une activité de suivi gynécologique de prévention et de contraception. Sans répertoire existant du CNOSF<sup>5</sup>, les données présentes sur internet étant parcellaires, les annuaires ne décrivant pas l'activité des sages-femmes, nous avons dû les contacter par mail ou par téléphone afin de les identifier.

### I. Présentation de la population

Neuf femmes ont été interrogées, avec une durée d'entretien entre 28 minutes et 1h48, soit une moyenne de 56 minutes. Elles proviennent de cinq cabinets différents dont trois sont situés en milieux urbains et semi-urbains et deux sont à dominante rurale.

<u>Patientes</u>	<u>Age</u>	<u>Lieu de vie et du cabinet</u>	<u>Métier</u>	<u>Niveau d'études</u>	<u>Statut civil</u>	<u>Enfants</u>	<u>Professionnels rencontrés (suivi gynécologique)</u>	<u>Suivi sage-femme</u>	<u>Durée entretien</u>
Mme Z.	30	Urbain Urbain	Secrétaire	BAC+2	En couple	N'en souhaite pas	Sage-femme + gynécologue (pathologie)	2 ans	35 min
Mme Y.	39	Urbain Urbain	Ingénieure	BAC+5	PACS	5 ans 3 ans	2 gynécologues puis sage-femme	3 ans	1h08
Mme X.	35	Urbain Cabinet rural	Ingénieure	BAC+5	Mariée	9 ans 7 ans 4 ans	CPEF 2 gynécologues puis sage-femme	9 ans	40 min
Mme W.	28	Urbain Urbain	Animatrice socio-culturelle	BAC+3	En couple	0	Sage-femme	3 ans	1h24
Mme V.	32	Urbain Urbain	Étudiante infirmière	BAC+2	En couple	0	Gynécologues Sage-femme	1 an	28 min
Mme U.	30	Rural Rural	Professeur des écoles	BAC+5	En couple bientôt PACS	0 Projet	Généraliste Gynécologue Sage-femme	1ère fois	42 min
Mme T.	27	Urbain Cabinet rural	Technico-commerciale assurances	BAC+6	Seule	0	Gynécologues CPEF Sage-femme	2 ans	55 min
Mme S.	30	Urbain Urbain	En reconversion	BAC+1	Mariée	4 ans 1/2 18 mois	Gynécologues Généraliste Sage-femme	5 ans	44 min
Mme R.	46	Urbain Urbain	Adjointe administrative	équivalent BAC	Seule	22 ans 18 ans	CPEF Gynécologues Sage-femme	3 ans	1h48

Les femmes interrogées ont entre 27 et 46 ans, ce qui fait un âge moyen de 33 ans.

<sup>5</sup> CNOSF : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes

Une seule réside en milieu rural, les autres habitent en milieu urbain mais nous observons que deux d'entre elles ont continué leur suivi dans un cabinet rural après leur déménagement.

Toutes les interviewées ont au moins un niveau d'étude équivalent au baccalauréat.

Quatre patientes vivent en couple, deux sont mariées, deux sont célibataires et l'une d'entre elles est pacsée. Nous remarquons que l'échantillon est composé de quatre multipares et de cinq nullipares.

Mme U. venait de consulter sa sage-femme pour la première fois. Concernant les autres femmes, nous notons une durée de suivi oscillant entre 1 et 9 ans, d'où une moyenne de 3,1 ans.

## **II. Des parcours gynécologiques différents**

### 1. Suivi antérieur

#### 1.1. Professionnels rencontrés

Nous observons que deux femmes ont commencé leur suivi gynécologique de prévention et de contraception avec une sage-femme et qu'une d'entre elles n'a jamais consulté de médecin gynécologue. Pour le reste de la population, nous remarquons une succession d'intervenants avec de manière générale plusieurs gynécologues rencontrés au cours du suivi. Les Centres de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF) ainsi que les médecins généralistes formés à la gynécologie sont d'autres acteurs sollicités mais de façon plus minoritaire.

#### 1.2. Un suivi source d'appréhensions

Cinq femmes déclarent avoir eu un suivi « irrégulier », « épisodique », celui-ci apparaissant comme une obligation : il « faut le faire parce qu'il faut le faire ». Elles le décrivent comme une source d'appréhensions : « tu sais que tu vas y passer », « soyons courageuses ».

Gêne, stress et tension sont les sentiments prédominants, « ce n'est jamais évident », « on n'est pas à l'aise », « on ne peut pas faire plus intime, plus personnel ». Le sujet de la nudité et de la pudeur sont récurrents : « on a toutes [...] la question bête « euh... il faut que j'enlève le tout ? » » et la difficulté de se « mettre à moitié nue ». Elles abordent l'inconfort de la position gynécologique « les 2 pattes en l'air », « écartées comme ça devant quelqu'un » ainsi que la crainte de la douleur lors du frottis par exemple. Mme W. très inquiète, en a beaucoup parlé à son entourage et était « horrifiée », « vaccinée » par leurs retours d'expérience. Elle appréhendait « le moment fatidique » « de se faire tripatouiller dans un endroit [...] qu'on ne montre pas à tout le monde ».

### 1.3 . Choix d'une sage-femme

Pour Mme W. et Mme Z., à 25 et 28 ans, il était temps « de se lancer », il fallait être suivie et trouver un moyen de contraception. Suite à des arrêts d'activités (retraite, départ) de leur praticien, Mme Y. et Mme U. ne savaient plus vers qui s'orienter, « les gynécologues étaient tous saturés sauf en cas de grossesse ». Mme S. a commencé à faire suivre sa grossesse par une sage-femme après la « crise monumentale » de sa sœur, elle-même sage-femme hospitalière quand elle a su qu'elle était allée voir un gynécologue pour sa première consultation. Mme V. a souvent déménagé et n'est « jamais tombée sur un gynéco. avec qui [elle] accrochait bien », elle a consulté une sage-femme quand elle a appris qu'elle pouvait « avoir un rendez-vous rapidement ». Devant être suivie régulièrement à cause de frottis pathologiques et n'ayant « pas trouvé [...] la personne adéquate », l'installation d'une sage-femme dans sa commune était « une aubaine » pour Mme T. qui a décidé de faire sa « curieuse » et de « voir si justement ça pouvait coller ». Mme X. quant à elle, a eu un « blocage » depuis qu'elle a dû changer de gynécologue pour la fin de sa première grossesse : « je ressortais en pleurant à chaque fois », « elle me faisait culpabiliser [...] elle me disait que de toute façon j'arriverai jamais à accoucher », « rien ne marchait dans le relationnel [...] peut-être ma tête qui ne lui revenait pas, je ne sais pas... ». Enfin, Mme R. a connu de lourds antécédents obstétricaux. Dans le passé, elle s'est heurtée à la difficulté à trouver un professionnel : ils « n'étaient pas intéressés de me prendre comme clientèle », « ils devaient trouver ça trop complexe ou peut-être trop de rendez-vous, je ne sais pas ». Ensuite, dans un contexte familial difficile, elle a refusé tout suivi pendant 13 ans, l'approche médicale vécue comme intrusive et agressive n'étant pas envisageable pour elle.

### 1.4 . Voies d'informations

La principale voie d'information, citée par cinq femmes, est le « bouche-à-oreille » par l'intermédiaire de l'entourage familial et amical. Deux patientes ont appris la possibilité de ce suivi en post-natal par la sage-femme avec qui elles avaient fait leurs séances de préparation à la naissance et de rééducation périnéale. Mme R. a été orientée par son médecin traitant qui la « tannait depuis des années ». Enfin, Mme W. s'est beaucoup documentée, elle a découvert sur un blog l'extension des compétences des sages-femmes et a ensuite lu un article dans le journal concernant l'installation de celle qui assure maintenant son suivi.

### 1.5 . Des représentations réductrices du métier de sage-femme

Toutes les interviewées rapportent leur étonnement et celui de leur entourage en découvrant la possibilité de ce suivi, pensant que la sage-femme était « cantonnée [...] juste aux ventres ronds » et au « cadre de la maternité », de la naissance. Trois d'entre elles expriment avoir été d'autant plus surprises d'apprendre l'existence de cabinets libéraux, associant forcément la profession avec « blouse » et « milieu hospitalier ». Mme S. déclare « qu'il y a même des femmes qui croient que les sages-femmes sont là pour regarder, qu'elles ne pratiquent pas l'accouchement » et que ce sont entre guillemets « des potiches ». Mme Z., qui ne souhaite pas avoir d'enfants, s'est demandée si ce n'était pas « un peu culotté » d'aller voir une sage-femme sachant que sa « mission principale [...] est de mettre au monde des enfants ». Enfin, nous remarquons que les deux patientes ayant une sage-femme dans leur famille avaient également ces représentations.

## 2 . Suivi gynécologique de prévention et de contraception par une sage-femme

### 2.1 . Attentes et besoins des femmes

#### 2.1.2 . Une femme

La prédominance féminine dans la profession semble être un critère de choix récurrent. Trois des patientes considèrent « inconcevable » d'être suivies par un homme. Mme Z. ne comprend pas qu'un homme puisse travailler dans ce domaine et Mme W. fait le parallèle avec la sexualité, elle ne voit pas en première approche le professionnel mais le fait que ce soit un homme, « ça aurait été psychologiquement [...] pas évident » et « hyper gênant ». Mme V. est moins catégorique mais souhaitait voir une femme car elle trouve que « les hommes [...] ne peuvent pas vraiment répondre aux questions, comprendre les choses comme une femme peut le faire », toutes « les petites contrariétés » etc... Pour toutes les autres, ce n'était pas forcément un critère de choix mais elles disent se sentir « plus à l'aise ».

Les patientes abordent la gêne ressentie face à un homme en terme de pudeur lors de l'examen et pour se confier notamment sur leur sexualité. Mme W. répète les paroles de sa sage-femme « ils disent « bah on en voit toute la journée » » mais « « on ne se balade pas les fesses à l'air nous tous les jours » [...] c'est pas ça qui va nous enlever notre angoisse ». Deux d'entre elles évoquent cette alternative qui éviterait des diagnostics tardifs de cancers par absence de suivi liée à la « barrière » du genre, d'autres ciblent les jeunes filles qui sont dans « l'apprentissage de [leur] corps, de [leur] sexualité » et qui seraient « plus à l'aise d'en parler avec une sage-femme ».

En tant que femme, la sage-femme paraît « plus compréhensive », « elle sait ce que c'est » et avec son « côté maternel », il s'avère « plus naturel » de parler grossesse et maternité avec elle.

### 2.1.3 . Un sens du contact différent

La recherche d'une approche plus humaine semble unanime avec un relationnel établi à l'origine d'une « mise en confiance totale ». Mme Y. trouve qu'il y a une « certaine douceur [...] et bienveillance [...] générale aux sages-femmes » ; « calme », « délicatesse » et « accompagnement » sont des notions retrouvées régulièrement au cours des entretiens opposées à un « relationnel froid » lors de leur suivi antérieur. Elles insistent sur le caractère « rassurant » de ce « contact privilégié », « on n'est pas stressées [...] tout se passe bien avec elle » déclare Mme Z. « et puis elle est rigolote, elle fait son boulot mais elle a le petit mot pour rire ! ». Mme W. ajoute que par son expérience de sage-femme, « la femme qui souffre, elle doit connaître forcément ». Nous remarquons aussi que trois patientes appellent leur sage-femme par son prénom.

Le souci de respecter la pudeur est souligné régulièrement comme l'exprime Mme T. « toutes ces petites choses qui ne coûtent pas grand-chose mais qui favorisent en tous les cas la détente », « c'est nécessaire qu'on soit relativement détendues pour faire des examens adéquats [...] dans les meilleures conditions donc à charge au professionnel justement de peut-être favoriser et faciliter son travail ». Mme Y. rajoute que proposer aux femmes quelque chose « pour se couvrir [...] c'est un minimum mais ils ne le font même pas tous ».

Le terme de « feeling » souvent employé témoigne du fait que ce soit également une question de personne, comme l'illustre Mme Z. qui n'a pas eu un bon contact avec la remplaçante de sa sage-femme.

### 2.1.4 . Une approche moins médicalisée

#### 2.1.4.2 . Agencement du cabinet

Huit femmes mettent en avant l'aménagement du cabinet « agréable » avec les « petits coussins », les « petites guirlandes » créant une ambiance « presque comme à la maison ». « Tous les faire-parts accrochés partout » sont fréquemment décrits et ne semblent pas déranger les nullipares : « c'est plus tourné femme en général ».

Mme W. et Mme U. sont rassurées qu'il n'y ait pas « de table de gynécologue » et que les instruments ne soient pas à portée de vue : « les objets de torture », « les outils [...] prêts », « quand on arrive et qu'on voit ça, on a l'impression d'arriver chez le bourreau ».

Elles opposent ce cadre « accueillant » et favorisant la détente aux « grosses structures » et au monde hospitalier perçus comme « impersonnels », « froids, fades » et « aseptisés ».

### 2.1.4.3 . Représentations du monde médical

Elles sont nombreuses à insister sur le fait qu'elles ne sont pas du métier et qu'elles « ne maîtrisent pas » le monde médical « sacré », « obscur » et son « jargon ». Pour Mme W., les médecins « sont dans leurs trucs, ils voient je ne sais pas combien de personnes mais [...] quand il s'agit du médical et au final de la vie, ça reste quand même important de se sentir à un moment donné pas importante mais écoutée ou vue tout simplement ». Mme Y. qui mettait « les médecins sur un piédestal quels qu'ils soient » dit avoir été « écœurée » après avoir lu « Le chœur des femmes » de Martin Winckler. Deux autres femmes regrettent le « côté hautain » « c'est moi qui connaît tout, qui sait tout » et préfèrent ceux qui ont l'honnêteté de dire « je ne sais pas mais [...] je vais chercher ».

La sage-femme apparaît comme une interlocutrice « plus accessible » comme le souligne Mme X. : « ça lui paraît juste simple de parler simplement de ces choses-là », sans « mots tordus... ».

### 2.1.4.4 . Une prise en charge de la femme dans sa globalité

Selon Mme T. « quand on va la voir, en général c'est qu'il y a quelque chose qui ne va pas ou juste qu'on veut être rassurées que tout va bien » ; elle ajoute rechercher « un suivi complet », quelqu'un de « compétent » mais aussi « une écoute attentive en réponse ». Cette « disponibilité », ce « temps à consacrer » a suscité l'étonnement de toutes les femmes interrogées ; elles l'opposent à leur suivi antérieur qualifié de « commercial », « à la chaîne » où « on est à peine rhabillées qu'on doit sortir de la salle ». Mme Y. le justifie par le fait qu'ils aient « trop de patientes » d'où des consultations courtes centrées sur « l'aspect médical ».

Ces femmes manifestent leur attente d'un suivi personnalisé considérant « la personne dans son intégralité » comme le décrit Mme T. : « elle va me demander [...] « comment je vais ? [...] et puis même au niveau sentimental... » ». Mme S. raconte qu'« il y a aussi tous les « à côté » [...] elle a su me conseiller, [...] j'ai pleuré avec elle. C'est vrai que chez un gynéco, on n'ose peut-être pas tout déballer forcément ». Elles trouvent « essentiel » de ne pas être « juste une patiente », « une cliente », « un chiffre ».

Par ailleurs, dans la perspective d'une grossesse future, certaines trouvent appréciable la possibilité d'une prise en charge globale, « de A à Z » par la même personne.

### 2.1.5 . Une information complète pour un choix contraceptif libre et éclairé

L'absence de « tabous », de « secrets », « le sentiment de pouvoir parler de tout » « sans jugement » sont des notions revenant régulièrement. Deux femmes racontent qu'avant, elles n'osaient plus poser de questions face au ton utilisé pour leur répondre. Selon Mme X., « toutes mes questions [...] paraissaient bêtes... » alors que « je demandais juste à comprendre [...] on m'a pris pour une idiote ».

La question du choix de la contraception est également récurrente. Les patientes sont satisfaites d'avoir eu une présentation exhaustive des moyens disponibles, des explications, des conseils et d'avoir pu en discuter librement. Mme Z. explique que sa sage-femme a pris le temps, « elle laisse le choix, [...] c'est pas orienté, [...] j'me sentais libre et écoutée, [...] je me posais plein de questions, [...] elle m'a montré et j'étais totalement rassurée ». Mme Y. a découvert des dispositifs dont elle n'avait jamais entendu parler, c'était « les pilules et puis c'est tout ». Elle ne comprend pas qu'il n'y ait pas plus de communication autour des alternatives à la pilule et tous les « petits soucis qu'on peut rencontrer » et se demande si ce n'est pas « une sorte de désinformation » « pour avoir un taux de fécondité plus élevé ».

## 2.2 . Des aspects pratiques

### 2.2.2 . La facilité de prise de rendez-vous

La facilité de prise de rendez-vous est fortement appréciée par les patientes, avec un délai de un mois et demi maximum. Elles saluent le fait de ne pas « attendre des mois » pour être rassurées ainsi que la flexibilité de l'emploi du temps de la sage-femme leur permettant de ne pas avoir à poser de congés pour se rendre à la consultation. Plusieurs d'entre elles soulignent également la ponctualité de la sage-femme.

### 2.2.3 . Une densité insuffisante de médecins gynécologues

Cinq femmes font allusion aux arrêts d'activité de certains gynécologues (départ, retraite) et à la difficulté de trouver un professionnel acceptant de prendre de nouvelles patientes. Deux femmes abordent le fait que si la physiologie était attribuée aux sages-femmes, les gynécologues « s'attaqueraient à des problèmes plus compliqués, plus graves qui seraient traités plus vite ».

### 2.2.4 . La proximité géographique

Elle apparaît comme un atout non négligeable, mais ce n'est pas forcément un critère de choix du professionnel. Pour trois patientes, c'est essentiel, l'une n'ayant pas de voiture, l'autre cherchant la proximité de son lieu de travail pour pouvoir s'organiser avec ses enfants et la troisième habitant « loin de tout ». Mme S. ne voulait pas dépasser vingt minutes pour éviter trop de transport pendant sa grossesse. Pour les cinq autres, la relation de confiance avec la sage-femme l'emporte sur la distance.

Mme W. rajoute que la proximité reste un point essentiel pour les femmes de milieu modeste qui ne prennent pas le temps et « qui vont se laisser aller niveau santé ».



### 2.2.5 . Une personne ressource joignable

Plusieurs femmes se disent rassurées par la disponibilité de la sage-femme répondant rapidement par téléphone ou par mail « au moindre doute » . Pour Mme Z., « c'est primordial », Mme Y. quant à elle regrette de ne pas l'avoir connue après la naissance de sa fille : « je n'osais pas contacter les gynéco. parce qu'ils ont autre chose à faire que les petits bobos ».

### 2.2.6 . La question du coût de la consultation

La majorité des femmes, couvertes par la sécurité sociale et une mutuelle ne se souvient pas du prix de la consultation. Aucune ne considère le coût comme un critère de choix principal mais il a une importance pour deux patientes aux revenus plus modestes.

### 2.3 . Des connaissances incomplètes sur les compétences des sages-femmes dans le domaine du suivi gynécologique de prévention et de contraception

Cette question a suscité de l'hésitation chez l'ensemble des femmes interrogées. Quatre d'entre elles pensaient que les sages-femmes et les médecins gynécologues avaient des compétences similaires en dehors de la chirurgie. Les autres ont exprimé leur difficulté à distinguer les limites de la profession, se questionnant sur les différences existant entre les deux. Nous remarquons une confusion dans les noms utilisés pour désigner chaque professionnel.

#### 2.3.2 . Le droit de prescription

En dehors de Mme R., qui cite uniquement la pilule, le droit de prescription des contraceptifs par les sages-femmes est acquis par les patientes de l'étude. Pour le reste, cela semble nettement moins clair. Deux femmes abordent la prescription d'antalgiques, deux autres celle d'examens sanguins. Pour Mme Y. « elles ne vont pas prescrire un vaccin, de toute façon ça n'a pas de rapport ». Certaines sont étonnées du « droit de prescription limité » et trouvent « dommage » que la sage-femme ne puisse pas faire d'ordonnance d'antibiotiques par exemple, en cas d'infection urinaire en dehors de la grossesse, « ça paraîtrait plus logique d'aller voir justement quelqu'un du domaine ». D'autres comme Mme V. ne le sont pas : « les médecins ne lâchent pas non plus comme ça trop de leurs compétences et de leur pouvoir facilement ».

Nous remarquons également que deux femmes décrivent avoir eu des ordonnances d'anti-inflammatoires ou de kinésithérapie, ce qui ne fait pas partie du droit de prescription des sages-femmes.

### 2.3.3 . Les actes techniques

La pratique du frottis est citée par l'ensemble des interviewées. Sept femmes évoquent la pose de stérilet alors que seulement trois abordent la pose d'implant contraceptif et une fait allusion à la pose de pessaire. Nous observons que deux femmes se questionnent sur la pratique des échographies qui nécessite un diplôme universitaire spécifique et qu'une autre s'interroge sur la colposcopie, acte pratiqué uniquement par les médecins gynécologues.

### 2.3.4 . Un suivi de toutes les femmes sans distinction ?

Cette question a suscité beaucoup d'interrogations. Exceptées Mme R. et Mme S., les interviewées ont la notion de risques, de « problèmes qui dépassent le cadre », la sage-femme réalisant les « suivis simples », « en amont », « tant que ça va bien » et donc « de la prévention finalement » mais leurs réponses restent floues et sur le ton de la supposition.

### 2.3.5 . L'information au grand public

Toutes répondent que l'information est « clairement insuffisante » voire « nulle », ce n'est « pas une évidence ». Pour Mme Z. « on ne connaît pas en fait », « on vous demande « vous êtes suivie par un gynéco. ? » On ne demandera pas si vous êtes suivie par une sage-femme ». Mme W. trouve « aberrant » qu'il y ait « un lobbying des gynécologues, anti-sages-femmes », elle rajoute que dans les autres domaines, « on ne peut pas aller voir un spécialiste si on n'a pas eu une consultation » préalable. Pour Mme S. « ça évolue quand même mais doucement, c'est vrai que les femmes pensent tout de suite gynécologue », elle trouve « qu'il y a encore du boulot, de la communication et surtout que les esprits évoluent ». Deux patientes regrettent ce manque d'information : « ça pourrait éviter des grossesses accidentelles et des IVG ».

Mme Y. suggère de changer le nom « sage-femme », deux autres femmes proposent qu'une information soit faite par les médecins généralistes. Nous pouvons noter qu'elles sont nombreuses à avoir transmis l'information dans leur entourage ou dans le cadre de leur travail.

A la suite de l'entretien, nous remarquons que la majorité des femmes a souhaité avoir des éclaircissements sur les compétences des sages-femmes, le nombre d'années d'études, la nécessité d'une formation spécifique pour réaliser le suivi gynécologique de prévention et de contraception...

## 2.4 . La suite du suivi

Huit des femmes se disent satisfaites de leur suivi et souhaitent le poursuivre avec leur sage-femme. Pour Mme X. c'est devenu « une habitude » et elle envisage la même approche plus tard pour sa fille.

Mme Y. « ne sait plus trop à qui s'adresser [...] on ne sait plus trop qui fait quoi » et suggère « d'élargir » le droit de prescription des sages-femmes, parlant d'« inégalité » entre les professionnels. Elle se demande « à quoi ça rime de continuer » si cela entraîne une multiplication des consultations. Suite à sa pathologie gynécologique, elle pose la question de la limite de leurs compétences car elle aurait souhaité être mieux renseignée.

Plusieurs patientes ont abordé la possibilité pour les médecins généralistes d'effectuer le suivi gynécologique de prévention et de contraception. Deux femmes y ont déjà eu recours occasionnellement . Trois autres évoquent leur gêne face au médecin de famille qui les connaît bien, qu'elles vont « voir pour un peu tout », pour les enfants etc... Elles expriment leur volonté de « cloisonner », de voir « un professionnel adapté une fois par an ». L'une d'entre elle déclare cependant qu'elle s'en accommoderait pour éviter les kilomètres si elle vivait à la campagne.

## **DISCUSSION**

### **I. Forces et limites de l'étude**

Ce mémoire réalisé sept ans après l'extension des compétences des sages-femmes au suivi gynécologique de prévention et de contraception nous a permis de découvrir un point de vue peu évoqué jusqu'à présent. Parmi les études abordant cette problématique, le versant sage-femme a souvent été exploré alors que la perception des patientes n'a fait l'objet que de rares recherches. L'abord qualitatif sous la forme d'entretiens est un point fort de notre étude car elle est la méthodologie la plus appropriée pour explorer le vécu des femmes.

Nous pouvons souligner la diversité des profils en terme d'âge, de lieu de vie, de statut civil et de parité. Leurs parcours gynécologiques sont également variés avec différents intervenants rencontrés et une durée variable de suivi par une sage-femme.

Notre étude comporte aussi quelques limites. L'échantillon n'est pas représentatif en terme de taille et nous n'avons pas obtenu une saturation des données pour l'ensemble des points recherchés. Concernant le recrutement, celui-ci étant sur la base du volontariat, nous pouvons penser que les femmes rencontrées se sentaient concernées et souhaitaient s'exprimer sur le sujet. Le fait que l'enquêtrice soit étudiante sage-femme a pu induire des réponses dans le sens de la profession. Nous remarquons un niveau d'études plus élevé que la moyenne des femmes s'adressant uniquement aux sages-femmes des maternités. Nous notons aussi l'absence de patientes aux âges extrêmes de la population cible, ce qui peut représenter des biais de recrutement.

Du fait de leur choix délibéré d'être suivies par une sage-femme, l'échantillon n'est pas strictement représentatif de la population générale des femmes ayant recours au suivi gynécologique.

## **II. Interprétation des résultats**

### **1. Une information jugée insuffisante**

Avant de débiter leur suivi par une sage-femme, les patientes décrivent une vision réductrice de la profession, limitée au secteur hospitalier, dans le cadre de la grossesse et de l'accouchement. Le « bouche-à-oreille » ainsi que les séances de préparation à la naissance et de rééducation périnéale sont les principaux vecteurs d'information évoqués.

D'après l'étude de l'URPS<sup>6</sup> sages-femmes d'Île-de-France (13), il semblerait que deux facteurs complémentaires agissent sur la demande de soins adressée aux sages-femmes libérales. Un facteur exogène : l'appel croissant des maternités aux sages-femmes libérales pour le suivi pré et post-natal du fait de contraintes de rentabilité. Un facteur endogène : le processus d'auto-promotion induit par l'augmentation du nombre de sages-femmes libérales, ce qui facilite ce recours et par une montée en visibilité liée à l'évolution des compétences dans le domaine du suivi gynécologique.

Nos propres difficultés pour identifier les sages-femmes pratiquant le suivi gynécologique de prévention et de contraception nous font nous interroger sur la réalité de cette visibilité. D'après le Code de la santé publique (14) (15), seuls les diplômes, titres et fonctions figurant sur une liste établie par le CNOSF (16) peuvent être mentionnés sur les plaques, imprimés professionnels et annuaires ; d'où l'impossibilité pour les sages-femmes maintenant formées pendant leur cursus initial d'afficher clairement cette compétence. Aucun répertoire officiel des sages-femmes le pratiquant n'existe alors qu'il pourrait être pertinent pour un choix libre et éclairé des patientes.

Bien que consultant une sage-femme pour leur suivi, notre recherche révèle de la part des patientes une connaissance incomplète de leurs compétences. L'information étant décrite comme « clairement insuffisante », nous nous interrogeons sur les représentations de la population générale à ce sujet.

Le 14 juin 2016, Marisol Touraine, ministre des Affaires Sociales et de la Santé a lancé une grande campagne nationale pour faire connaître aux femmes l'accompagnement spécifique que les sages-femmes peuvent leur apporter ainsi que la réalité du métier et de la formation (17). Nous remarquons qu'aucune des patientes interrogées après cette date n'en avaient entendu parler alors que cette campagne s'appuyait sur un fort relais médiatique avec un message original « Au moins 6 bonnes raisons de consulter une sage-femme ».

---

6 URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

## 2 . Attentes des femmes

Les patientes semblent préférer être suivies par une femme notamment pour des raisons de pudeur et trouvant la communication plus aisée de femme à femme. Cependant, l'absence de professionnels masculins volontaires pour participer à notre projet ne nous permet pas d'être objectifs sur ce point.

Elles expriment leur souhait d'un contact privilégié par une approche personnalisée et plus humaine. Nous pouvons mettre en parallèle une des conclusions de l'étude du LABERS sur « Le métier de sage-femme libérale » (18) : l'argument d'un relationnel différent avec les patientes est la première raison de choix de l'exercice libéral par les sages-femmes.

La diversité de leurs activités leur donne une position centrale en périnatalité. Elles assurent la continuité des soins tout au long du parcours des femmes, leur permettant un suivi complet (« global ») ou « semi-global », c'est-à-dire en dehors de l'accouchement.

Les notions de disponibilité et de durée des consultations ont été rapportées par l'ensemble des interviewées, la sage-femme accordant une grande importance au soin relationnel.

Se situant parmi les professionnels libéraux de santé aux plus faibles revenus, il est à craindre que la profession ait à devenir plus comptable de son activité et de son temps pour maintenir ou atteindre un niveau de revenu acceptable par rapport à l'effort fourni et au niveau de formation (13).

La volonté d'une approche moins médicalisée est aussi évoquée. Malgré le niveau d'études des femmes interrogées, elles expriment des difficultés de compréhension face à la médecine et à son vocabulaire spécifique perçu comme une barrière dans la relation.

D'après le « référentiel métier et compétences » (19), la sage-femme participe au dépistage et à la prévention des cancers gynécologiques et des infections sexuellement transmissibles. Elle prescrit la contraception et les examens complémentaires en lien avec le suivi gynécologique ainsi que d'autres thérapeutiques (vaccins, médicaments) si nécessaire. Elle a aussi un rôle de prévention et de dépistage des situations de vulnérabilité. Elle assure la continuité de la prise en charge en planifiant le suivi gynécologique de la femme et en l'adressant à un médecin en cas de pathologie. Spécialiste de la physiologie, la sage-femme semble donc « plus accessible » avec un rôle préventif et non curatif chez la femme en bonne santé tout au long de sa vie.

Nous pouvons décrire une certaine confusion des interviewées, opposant les sages-femmes au « monde médical » tout en ayant des difficultés à les différencier des gynécologues. Bien que limité à un domaine défini, le métier de sage-femme est une profession médicale à part entière. Paradoxalement, aucun des actes présents dans la nomenclature des sages-femmes n'est juridiquement exclusif (20), toutes ces compétences étant partagées avec d'autres professionnels de santé.

Les patientes de l'étude semblent rejeter la relation « soignant-consultante » basée sur un modèle paternaliste et demandent une information complète pour un choix contraceptif libre et éclairé. La loi du 4 mars 2002 a fait progresser la relation soignant-soigné vers un modèle d'autonomie et de partage des décisions considérant l'information médicale comme un élément central de la relation (21).

En 2004, l'ANAES<sup>7</sup> a mesuré toute l'importance de la prévention des grossesses non souhaitées en publiant des « Recommandations pour la pratique clinique concernant les stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme » (22). Elles conseillent la promotion de l'information et la recherche de la meilleure adéquation entre la méthode contraceptive préconisée et le parcours de la femme en favorisant l'aide au choix plutôt que de réaliser une simple prescription . Un accompagnement personnalisé et une prise en charge de la patiente dans son intégralité sont suggérés par la nécessité d'élargir l'entretien au-delà des seuls critères médicaux, en tenant compte des facteurs sociologiques, psychologiques, économiques...

Le modèle BERGER de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (23) suggère un déroulement de la consultation et du suivi en 6 étapes mêlant conseil et accompagnement (counseling) ainsi qu'une démarche éducative. Elle débute par l'étape **B**ienvenue, moment d'accueil et de présentation succédé par l'**E**ntretien. Puis arrive la phase de **R**enseignement avec la délivrance d'une information claire, hiérarchisée, sur mesure permettant le **C**hoix de la patiente suivie par une **E**xplication de la méthode retenue. La visite de **R**etour permet une réévaluation du moyen contraceptif, de son usage et du degré de satisfaction de la personne.

### 3 . Des aspects pratiques

Les difficultés d'obtention d'un rendez-vous avec un gynécologue et les délais d'attente importants abordés par les patientes s'expliquent par leur faible nombre, leur répartition inégale sur le territoire et le vieillissement de ces professionnels, comme nous l'avons décrit en introduction (6) (7). L'ONDPS projette pour 2030, à postes d'internat inchangés, une perte de 1733 gynécologues médicaux hors établissements (8).

---

7 ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

En parallèle, les missions, les rôles et le mode d'exercice des sages-femmes sont en pleine mutation, associés à une très forte augmentation des effectifs en particulier dans le secteur libéral. Les femmes saluent la flexibilité de l'emploi du temps des sages-femmes, leur ponctualité et la possibilité d'avoir un rendez-vous rapidement.

Les sages-femmes participent à l'offre de soins de premier recours définis selon la loi HPST par des exigences de proximité s'appréciant en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité (24).

Les patientes ont également abordé la présence de médecins généralistes formés au suivi gynécologique, bien qu'elles expriment leur volonté de « cloisonner » leur suivi ; c'est une autre alternative de premier recours possible.

En se conformant à la volonté de la loi HPST d'un accès pour tous à des soins de qualité, nous pouvons nous interroger sur l'accès direct spécifique aux gynécologues, c'est-à-dire sans orientation préalable par le médecin traitant (25). Les femmes rapportent leur incompréhension et leur agacement face aux difficultés d'accès aux gynécologues dont l'activité est en partie embolisée par des consultations ne relevant pas de la pathologie. Elles remettent en cause cet accès direct afin de permettre, comme dans les autres spécialités, une prise en charge plus rapide des situations nécessitant un avis.

La proximité géographique est un critère de choix cité par seulement un tiers des femmes, la confiance l'emportant sur la distance pour la majorité des patientes interrogées. Ce résultat peut être influencé par la catégorie socio-économique de l'échantillon, ayant un véhicule et des moyens financiers.

Rappelons que le bon accès à l'IVG et à la contraception suppose un maillage de proximité le plus efficient possible (4).

D'après l'étude de l'INSEE<sup>8</sup> sur les soins de premier recours (26), les personnes habitant dans une commune équipée du professionnel recherché consultent majoritairement dans celle-ci. D'autres facteurs semblent intervenir comme la proximité par rapport au trajet ou au lieu de travail, la possibilité d'accès à d'autres équipements dans les grandes villes, une meilleure réputation ou la fidélité à un professionnel.

---

8 INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

Les patientes ont été interrogées sur un éventuel impact du prix de la consultation. Rappelons qu'une consultation sage-femme coûte 23 € et qu'un minimum de 28 € s'applique pour un spécialiste avec l'éventualité d'un dépassement d'honoraires suivant les secteurs de conventionnement (25). Le niveau de revenu ainsi que le fait d'avoir une couverture sociale et une mutuelle peuvent avoir une influence sur le choix du professionnel.

Dans le contexte économique actuel marqué par la dette et les difficultés de financement de la sécurité sociale, la question du surcoût d'une consultation chez un spécialiste dans le cadre du suivi annuel de patientes sans particularités médicales se pose.

Selon la même logique, un assouplissement du droit de prescription éviterait la multiplication des consultations, vécue comme une perte de temps pour les patientes et des dépenses inutiles pour la Sécurité sociale.



## **CONCLUSION**

La loi HPST de 2009 a donné une nouvelle légitimité aux sages-femmes en élargissant leur champ de compétences au suivi gynécologique de prévention et de contraception.

Face à la démographie médicale actuelle, cette offre de soins de premier recours apparaît comme un outil pertinent de dépistage des pathologies gynécologiques, un partenariat avec les gynécologues permettant une prise en charge rapide et optimale des femmes.

Formées en contraception et autorisées depuis août 2016 à pratiquer les IVG médicamenteuses (27), les sages-femmes sont des interlocutrices privilégiées dans la prévention et la prise en charge des grossesses non désirées.

Notre étude a permis d'approcher sur une petite échelle la compréhension d'une modification de comportement. La nécessité d'un professionnel disponible est clairement identifiée ainsi qu'un besoin d'écoute et d'échanges permettant de garantir des soins de qualité.

Les femmes expriment le souhait d'une approche moins médicalisée par un sens du contact différent, un suivi personnalisé considérant la femme dans sa globalité et affirment vouloir une information complète pour choisir de façon libre et éclairée le mode de contraception qui leur convient.

Comme le souligne le rapport de l'URPS sages-femmes d'Île-de-France (13), la demande est encore limitée et ce type d'activité restreint, mais il est attendu qu'elle se développe quantitativement, du fait de la démographie des gynécologues et aussi des avantages perçus par la patientèle. Cependant, le caractère récent et changeant de ces évolutions ainsi que la diversité des profils d'activité des sages-femmes ne permet pas de raisonner en terme d'équilibre offre/demande.

Pour conclure, ces transformations de la profession tendent à permettre un accompagnement plus large tout au long « d'une vie de femme », comme le résume l'une des patientes. Cette citation est en contraste avec la définition actuelle du Larousse®, réduisant la profession au suivi de la grossesse et à la pratique de l'accouchement (28). Oubli du dictionnaire ? Question de mots ?

Cela nous ramène à la problématique de la visibilité de la profession : devons-nous changer de nom pour être vues et (re)connues ? L'influence de l'installation en groupements de professionnels de santé et de l'élaboration de travaux de recherche menés par des sages-femmes sur cette reconnaissance seraient à explorer.

D'autres pistes de réflexion émergent également comme l'étude du profil sociologique des patientes consultant les sages-femmes libérales en France et l'évaluation de l'impact de la campagne d'information nationale sur leurs rôles et leurs missions.

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Ministère de la Santé et des Sports. « Hôpital, patients, santé, territoires », une loi à la croisée de nombreuses attentes. 2009. [En ligne] [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Loi\\_Hpst\\_07-09-09.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Loi_Hpst_07-09-09.pdf). Consulté le 29 décembre 2016.
2. JORF, Journal officiel de la République Française. Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique. [En ligne] <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000880754&categorieLien=id>. Consulté le 18 janvier 2016.
3. JORF. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 86. [En ligne] [https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=57206D262F9B07154C459DC02BA A70A1.tpdila22v\\_3?idArticle=JORFARTI000020879795&categorieLien=id&cidTexte=JORFTEXT000020879475&dateTexte=](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=57206D262F9B07154C459DC02BA A70A1.tpdila22v_3?idArticle=JORFARTI000020879795&categorieLien=id&cidTexte=JORFTEXT000020879475&dateTexte=). Consulté le 20 janvier 2016.
4. Poletti B. Rapport d'information n°1206 déposé par la délégation de l'Assemblée nationale aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur l'application de la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. 2008. [En ligne] <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1206.asp>. Consulté le 10 octobre 2016.
5. INPES. Contraception : que savent les Français ? Connaissances et opinions sur les moyens de contraception : état des lieux. Dossier de presse. 2007. [En ligne] <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/07/dp070605.pdf>. Consulté le 29 décembre 2016.
6. DREES. Tableau 7 : Densité de médecins par spécialité, modes d'exercice regroupés et zone d'inscription. 2016 [En ligne] <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=2493>. Consulté le 02 février 2017.
7. DREES. Tableau 6 : Age moyen des médecins par spécialité, mode d'exercice, zone d'inscription et sexe. 2016 [En ligne] <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=2492>. Consulté le 02 février 2017.
8. Golfouse A., Pheng B. Démographie et activité des sages-femmes : des évolutions importantes depuis 20 ans, des perspectives très préoccupantes. In : Ministère des affaires sociales et de la santé, ONDPS. Les sages-femmes, une profession en mutation ; 2017, 27-63.

9. DREES. Tableau 5 : Densité des sages-femmes par zone d'activité 1 et mode d'exercice global. 2016. [En ligne] <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=2503>. Consulté le 02 février 2017.
10. JORF. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. [En ligne] <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>. Consulté le 21 décembre 2015.
11. Bureau E., Hermann-Mesfen J. Les patients contemporains face à la démocratie sanitaire. *Anthropol. Santé*. 2014. [En ligne] <http://anthropologiesante.revues.org/1342>. Consulté le 27 décembre 2015.
12. Van Campenhoudt L., Quivy R., Marquet J. Manuel de recherche en sciences sociales. 4e éd. Paris: Dunod; 2011, 262 p.
13. URPS Sages-Femmes d'Île-de-France. Démographie et activité des sages-femmes libérales en Île-de-France, note de synthèse. 2014. [En ligne] <http://www.urps-sf-idf.fr/wp-content/uploads/2015/01/URPS-rapport-synth%C3%A8se-v2b.pdf>. Consulté le 26 février 2017.
14. Code de la santé publique. Article R4127-339 du 08 août 2004 modifié par décret le 17 juillet 2012. [En ligne] [https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=B1D8866593A9B7ACE3837FCCB3EA0E35.tpdila22v\\_3?idArticle=LEGIARTI000026202942&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=B1D8866593A9B7ACE3837FCCB3EA0E35.tpdila22v_3?idArticle=LEGIARTI000026202942&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=). Consulté le 26 février 2017.
15. Code de la santé publique. Article R4127-340 du 08 août 2004 modifié par décret le 17 juillet 2012. [En ligne] <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913145&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=>. Consulté le 26 février 2017.
16. CNOSF. Liste des titres de formation autorisés par le CNOSF. 2016. [En ligne] <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/Liste-des-DU-et-DIU-Septembre-2016.pdf>. Consulté le 26 février 2017.
17. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Sages-femmes : compétences et missions. 2016. [En ligne] <http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/sages-femmes/>. Consulté le 01 mars 2017.

18. Douguet F., Vilbrod A. Le métier de sage-femme libérale. In : Ministère des affaires sociales et de la santé, ONDPS. Les sages-femmes, une profession en mutation ; 2017, 121-147.
19. CASSF, Collectif des Associations et Syndicats de Sages-Femmes, CNOSF. Référentiel métier et compétences des sages-femmes. 2010. [En ligne] <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf>. Consulté le 01 mars 2017.
20. Golfouse A. L'évolution de l'environnement réglementaire. In : Ministère des affaires sociales et de la santé, ONDPS. Les sages-femmes, une profession en mutation ; 2017, 97-102
21. Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF, Université Virtuelle de Maïeutique Francophone. Le droit à l'information. 2011. [En ligne] [http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-sante-societe-humanite/droit\\_information/site/html/cours.pdf](http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-sante-societe-humanite/droit_information/site/html/cours.pdf). Consulté le 27 décembre 2015.
22. ANAES. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme, recommandations pour la pratique clinique : dossier de presse. 2004. [En ligne] <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/04/dp041207.pdf>. Consulté le 02 mars 2017.
23. INPES. Comment aider une femme à choisir sa contraception ? 2013. [En ligne]. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/784.pdf>. Consulté le 02 mars 2017.
24. JORF. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, article 36. [En ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/SASX0822640L/jo#JORFARTI000020879483>. Consulté le 03 mars 2017.
25. Assurance maladie. Les consultations en métropole. 2016. [En ligne] <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/consultations/les-consultations-en-metropole/les-consultations-en-acces-direct-specifique.php>. Consulté le 05 janvier 2017.
26. INSEE: Barlet M., Collin C., Bigard M., Lévy D. Offre de soins de premier recours : proximité ne rime pas toujours avec accessibilité. INSEE première. 2012; 1418. [En ligne] <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281420>. Consulté le 03 mars 2017.
27. CNOSF. IVG, médicaments et vaccinations : publication des arrêtés élargissant le champ de prescription des sages-femmes. 2016. [En ligne] <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/ivg-medicaments-et-vaccinations-publication-des-arretes-elargissant-le-champ-de-prescription-des-sages-femmes/>. Consulté le 03 mars 2017.

28. Larousse. Dictionnaire de français, définition : sage-femme. [En ligne].  
[http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sage%2Dfemme\\_sages%2Dfemmes/70504](http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sage%2Dfemme_sages%2Dfemmes/70504). Consulté  
le 04 mars 2017.

## **ANNEXES**

Annexe I : Lettre aux sages-femmes libérales du Nord-Finistère ayant une activité de suivi gynécologique de prévention et de contraception.

CHIUMMO Ophélie  
Étudiante en 4ème année  
École de sages-femmes de Brest

OBJET : Mémoire de fin d'études

Madame, Monsieur

Actuellement en 4ème année de sage-femme à Brest, je débute mon mémoire de fin de cursus. Dans le cadre de ce mémoire, je souhaite réaliser une étude qualitative portant sur les patientes consultant les sages-femmes libérales, pour leur suivi gynécologique de prévention et de contraception, mémoire dirigé par Mr Vilbrod, directeur du laboratoire d'études et de recherche en sociologie de l'Université Bretagne Occidentale.

Mon objectif est de réaliser des entretiens auprès de ces femmes afin d'étudier qui elles sont et ce qui les a mené vers un(e) sage-femme libéral(e) ainsi que leurs attentes lors des consultations.

En effet, depuis la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » de 2009 et l'attribution des nouvelles compétences aux sages-femmes dans le domaine de la gynécologie, l'avis des femmes à ce sujet a été peu étudié et je trouve donc pertinent de m'y intéresser.

Je souhaite avoir une approche à la fois urbaine et rurale en interrogeant des patientes de plusieurs cabinets libéraux du Nord-Finistère afin d'obtenir une diversité des points de vues et réaliserai ces entretiens jusqu'à saturation des données.

Pour la réalisation de ce travail, votre aide m'est nécessaire : il s'agira pour vous d'informer les femmes de l'existence de cette étude et de leur remettre la plaquette explicative ci-jointe.

Je souhaite débiter ces entretiens à partir d'avril 2016, ils se dérouleront à l'endroit et au moment choisis par la patiente pour une durée d'environ 45-60 minutes.

Je vous remercie de l'attention que vous porterez à ma demande. N'hésitez pas à me contacter pour de plus amples renseignements.

Par ailleurs, je vous invite à me faire savoir par e-mail ou par téléphone avant le 31 mars 2016 si vous êtes volontaires pour participer à la réalisation de ce travail.

Dans l'attente d'une réponse de votre part.

Cordialement

Ophélie CHIUMMO

**Votre avis compte :**  
**Suivi gynécologique de prévention et de contraception par un(e) sage-femme**  
**Mémoire de fin d'études**



Actuellement étudiante à l'école de sages-femmes de Brest, je réalise dans le cadre de mon mémoire de fin de cursus une étude qualitative concernant les patientes consultant un(e) sage-femme libéral(e) pour leur suivi gynécologique de prévention et de contraception.

- **De quoi s'agit-il exactement ?**

L'étude se déroulera sous forme d'un entretien d'une durée de 45 à 60 minutes environ au cours duquel nous aborderons les facteurs vous ayant mené vers un(e) sage-femme libéral(e) pour ce type de suivi ainsi que vos attentes.

- **Pourquoi cette étude ?**

La pratique du suivi gynécologique de prévention et de contraception étant récente dans la profession, l'objectif est d'analyser le **point de vue des patientes** concernant ces nouvelles compétences. Par ailleurs, en tant que future sage-femme, l'intérêt est de réfléchir à des solutions permettant d'améliorer la prise en charge.

- **Concrètement comment cela va-t-il se passer ?**

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous pouvez m'envoyer vos coordonnées par e-mail, par téléphone ou les transmettre à votre sage-femme. Je vous contacterai par la suite pour décider d'un rendez-vous à la date et au lieu qui vous convient le mieux pour réaliser l'entretien.

L'ensemble des informations échangées seront rendues anonymes.

Je vous remercie d'avoir pris le temps de lire cette plaquette, n'hésitez pas à me contacter pour plus de renseignements.

Une fois soutenu, si cela vous intéresse, je vous ferai parvenir mon mémoire.

Ophélie CHIUMMO  
Étudiante à l'école de sages-femmes de Brest

Annexe III : Formulaire de recueil de consentement

Formulaire de recueil de consentement

Mme CHIUMMO Ophélie, étudiante sage-femme m'a proposé de participer à la recherche sur « Le suivi gynécologique de prévention et de contraception réalisé par les sages-femmes » dans le cadre de son mémoire de fin d'études.

J'ai pris connaissance de la plaquette explicative détaillant l'étude.

J'ai pu poser toutes les questions que je voulais, j'ai reçu des réponses claires et précises.

J'ai noté que l'entretien sera enregistré et que les données recueillies lors de cette recherche demeureront strictement confidentielles.

J'accepte que soit effectuée une analyse des données nominatives me concernant en conformité avec les dispositions de la loi n°2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes et modifiant la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (traitement informatisé des données nominatives). J'ai noté que je pourrai exercer mon droit d'accès et de rectification garanti par les articles 39 et 40 de cette loi.

J'ai compris que je pouvais refuser de participer à cette étude sans conséquence pour moi, et que je pourrai retirer mon consentement à tout moment (avant et en cours d'étude) sans avoir à me justifier et sans conséquence.

Compte tenu des informations qui m'ont été transmises, j'accepte librement et volontairement de participer à l'étude.

Paraphe

Mon consentement ne décharge pas le responsable de la recherche de ses responsabilités à mon égard.

Fait à ..... le .....  
En deux exemplaires originaux

Responsable de la recherche

Nom, prénom : CHIUMMO Ophélie

Signature :

Participant à la recherche

Nom, prénom :

Signature (*précédée de la mention : Lu, compris et approuvé*)



## **Guide d'entretien**

### 1- « Parcours gynécologique »

- Pour commencer, pour situer un peu les choses, quel a été votre suivi gynécologique jusqu'à maintenant ?

- Qu'est-ce qui vous a mené vers une sage-femme libérale pour votre suivi gynécologique de prévention et de contraception ?

→ Comment avez-vous su qu'elle réalisait ce type de suivi ?

- Quels souvenirs avez-vous de la 1ère consultation ?

- Qu'avez-vous pensé de l'agencement du cabinet ?

- Y a-t-il des choses qui vous ont surprises, étonnées ?

- Aviez-vous déjà rencontré un/une sage-femme auparavant ?

Cette expérience a-t-elle eu une influence sur le choix du professionnel par la suite ?

### 2- Attentes/ Besoins

- Avez-vous des appréhensions avant d'aller en consultation ?

- Que recherchez-vous plus particulièrement auprès d'une sage-femme ? Quelles sont vos attentes ?

- Le fait que ce soit une femme a-t-il une importance ?

- Quels sont les sujets importants à aborder pour vous ?

- Y a-t-il des points à améliorer pour une « consultation idéale » ?

- Les aspects pratiques (proximité géographique, coût, délais/facilité de prise de rendez-vous) ont-ils une importance pour vous ?

- Trouvez-vous des différences entre le suivi par un gynécologue et celui réalisé par une sage-femme ?

### 3- Profession sage-femme/nouvelles compétences

- Que connaissez-vous des compétences des sages-femmes en gynécologie de prévention et de contraception ?

→ Que peuvent-ils/elles prescrire ?

→ Les gestes techniques qu'ils/elles peuvent réaliser ?

- Pensez-vous que la sage-femme puisse effectuer le suivi de toutes les femmes ?

- Comment avez-vous eu ces notions ?

- Que pensez-vous de l'information faite au grand public au sujet des compétences des sages-femmes dans ce domaine ?

- Avez-vous vu ou entendu parler de la campagne d'information lancée mi-juin par le ministère des Affaires sociales et de la Santé concernant les compétences des sages-femmes ?

#### 4- Généralités

- Age
- Profession
- Niveau d'études
- Statut civil
- Nombre d'enfants
- Problèmes de santé
- Lieu de vie

## **RÉSUMÉ**

**Objectifs** : Identifier les facteurs menant les patientes à consulter les sages-femmes libérales pour leur suivi gynécologique de prévention et de contraception. Évaluer leur vécu et leurs connaissances concernant les nouvelles compétences des sages-femmes dans ce domaine.

**Méthodologie** : Une étude qualitative a été menée par entretiens semi-directifs du 31 mai au 24 août 2016. Elle s'est déroulée auprès de 9 femmes majeures consultant des sages-femmes libérales du Nord-Finistère pour ce type de suivi.

**Résultats** : Les patientes méconnaissent les compétences des sages-femmes et disent être insuffisamment informées à ce sujet. Elles sont satisfaites de leur suivi considéré comme moins médicalisé avec une prise en charge personnalisée de la femme dans sa globalité. Elles apprécient le relationnel établi avec leur sage-femme qu'elles décrivent comme « plus accessible » et ayant « un sens du contact différent ». Elles expriment la nécessité d'une information complète pour un choix contraceptif libre et éclairé. Des aspects pratiques sont aussi déterminants de leur choix comme la facilité et la rapidité de prise de rendez-vous ainsi que l'identification d'une personne ressource joignable si besoin.

**Conclusion** : En élargissant le champ de compétences des sages-femmes au suivi gynécologique de prévention et de contraception, la loi HPST a donné une nouvelle légitimité à la profession. Les sages-femmes se révèlent être une offre de soins de premier recours pertinente face à la démographie médicale actuelle. Notre étude a permis d'approcher sur une petite échelle la compréhension d'une modification de comportement. La nécessité d'un professionnel disponible est clairement identifiée ainsi qu'un besoin d'écoute et d'échanges permettant de garantir des soins de qualité. Dans un contexte en pleine mutation, il n'est pas possible de raisonner en terme d'équilibre offre/demande comme évoqué dans notre problématique. La question de la visibilité de la profession laisse émerger de nouvelles questions.

**Mots clés** : Suivi gynécologique, contraception, sages-femmes libérales, vécu, choix, étude qualitative.

**Titre** : Le suivi gynécologique de prévention et de contraception réalisé par les sages-femmes libérales : choix et vécu des femmes. Étude qualitative auprès de 9 patientes de cabinets libéraux du Nord-Finistère du 31 mai au 24 août 2016.

**Auteur** : Ophélie Chiummo

Diplôme d'État de Sage-Femme, Brest, 2017.