



HAL
open science

**La prévention gynécologique par les sages-femmes :
freins et motivations à leur pratique médicale : étude
réalisée sur le territoire auvergnat auprès de 209
sages-femmes**

Alice Villemont

► **To cite this version:**

Alice Villemont. La prévention gynécologique par les sages-femmes : freins et motivations à leur pratique médicale : étude réalisée sur le territoire auvergnat auprès de 209 sages-femmes. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01993158

HAL Id: dumas-01993158

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01993158>

Submitted on 24 Jan 2019

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.

**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND
UNIVERSITE DE CLERMONT - AUVERGNE**

□

**LA PREVENTION GYNECOLOGIQUE
PAR LES SAGES-FEMMES :
FREINS ET MOTIVATIONS A LEUR PRATIQUE MEDICALE**

Étude réalisée sur le territoire auvergnat auprès de 209 sages-femmes

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

VILLEMONT Alice

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2018



**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND
UNIVERSITE DE CLERMONT - AUVERGNE**

□

**LA PREVENTION GYNECOLOGIQUE
PAR LES SAGES-FEMMES :
FREINS ET MOTIVATIONS A LEUR PRATIQUE MEDICALE**

Étude réalisée sur le territoire auvergnat auprès de 209 sages-femmes

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

VILLEMONT Alice

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2018



GLOSSAIRE

AME : Aide Médicale de l'État

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANSFO : Association Nationale des Sages-Femmes Orthogénistes

ARS : Agence Régionale de Santé

CMU(-c) : couverture maladie universelle (complémentaire)

CNGOF : Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPEF : Centre de Planification et d'Éducation Familiale

CPP : Centre Périnatal de Proximité

CSP : Code de la Santé Publique

ECTS : European Credits Transfer System / Système européen de transfert et d'accumulation de crédit

FCU : Frottis Cervico-Utérin

FNCGM : Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires

HPV : Papillomavirus humain

INCa : Institut National du Cancer

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

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MGEN : Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

ORS : Observatoire Régional de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SA : Semaines d'Aménorrhée

SAE : Statistique Annuelle des Établissements de santé

UE : Unité d'Enseignement

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Sommaire

INTRODUCTION	1
REVUE DE LA LITTERATURE.....	2
1. La profession sage-femme	2
1.1. Les compétences.....	2
1.2. Formations initiale et continue.....	4
2. La place de la prévention dans la santé des femmes.....	6
2.1. La prévention pour la santé gynécologique	6
2.2. Le suivi gynécologique de prévention.....	8
3. L’offre de soins en matière de suivi gynécologique de prévention	15
3.1. Les inégalités d’accès aux soins et leurs conséquences.....	15
3.2. L’offre de soins en France et sur le territoire auvergnat.....	16
METHODE	21
1. L’étude et ses objectifs.....	21
1.1. Type, durée et lieux de l’étude.....	21
1.2. Les partenaires de l’étude	21
1.3. Les objectifs et critères de jugement	21
2. Matériels et méthode	22
2.1. Matériels	22
2.2. Méthode.....	23
RESULTATS	20
1. Description de la population étudiée.....	26
2. Objectif principal : freins et motivations à la pratique	27
3. Objectif secondaire : la pratique de la gynécologie de prévention	28
4. Formations initiale et complémentaire	33

DISCUSSION.....	35
1. Validité de l'étude.....	35
1.1 Points forts	35
1.2 Points faibles	35
2. Analyse des résultats.....	36
2.1 Profil de la population étudiée	36
2.2 Facteurs influençant la pratique de la gynécologie.....	37
2.2.1 Freins et difficultés exprimés	37
2.2.2 Motivations exprimées.....	40
2.3 Pratique de la gynécologie.....	41
3. Projets d'action.....	45
CONCLUSION	47
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	
ANNEXES	

INTRODUCTION

Professionnelles de la physiologie, les sages-femmes, en plus de leurs activités obstétricales, peuvent exercer également la gynécologie de prévention depuis la loi de santé de 2009.

Aujourd'hui les sages-femmes peuvent assurer la surveillance médicale des femmes en bonne santé tout au long de leur vie génitale et depuis la loi de santé de 2016, pratiquer les IVG médicamenteuses. Le champ d'application des activités des sages-femmes dépasse les maternités et se diversifie grandement, s'étendant aux centres de santé, aux cabinets libéraux, à la fonction territoriale, aux centres de planification ou à ceux d'orthogénie.

Véritables actrices de santé publique, ces professionnelles se placent comme praticiennes de premier recours dans la physiologie. Néanmoins, la réalité ne reflète pas cette théorie, et nombreuses sont les sages-femmes restant dans le champ de l'obstétrique, pas forcément par choix. La revalorisation de la profession est nécessaire avec un renforcement de la formation initiale en pratique gynécologique et une extension de l'offre de formation médicale continue, ainsi que par une meilleure reconnaissance professionnelle par les autres professions de santé. L'objectif de cette revalorisation est d'améliorer la collaboration entre les professions impliquées dans la santé génésique afin de permettre le meilleur accès aux soins possible pour les femmes, notamment pour le dépistage des cancers gynécologiques. (1,2)

L'objectif de ce travail de recherche est d'identifier les motivations et surtout les freins et difficultés de pratique de la gynécologie de prévention par les sages-femmes, au sein de chaque secteur d'exercice. Une exploration détaillée de cette pratique a été également réalisée, avec une partie dédiée à l'étude de la formation. Ce travail de recherche a pour but d'identifier des solutions afin de permettre de renforcer le rôle des sages-femmes dans la gynécologie de prévention.

Une première partie décrit le contexte actuel, avec l'évolution des compétences des sages-femmes en gynécologie, notamment sur la formation initiale et continue, sur les enjeux de santé publique autour de la santé génésique des femmes puis sur l'offre de soins en France et sur le territoire Auvergnat. Puis la méthode de recherche est décrite et les résultats de l'étude réalisée auprès des sages-femmes auvergnates sont exposés. Dans une dernière partie ces résultats sont discutés et permettent de mettre en perspective des projets d'action.

REVUE DE LA LITTÉRATURE

1. La profession sage-femme

1.1. Les compétences

1.1.1. Les évolutions des compétences dans le domaine de la gynécologie

La profession sage-femme est définie dans le code de la santé publique comme une profession médicale à compétences définies. Au-delà de l'aspect obstétrical de la profession, les sages-femmes se voient attribuer de plus en plus de compétences gynécologiques depuis plusieurs années. Trois lois ont particulièrement marqué la profession avec de nouvelles compétences et responsabilités.

L'article L 5134-1 du CSP et relatif à la contraception définit le rôle des sages-femmes dans ce domaine. Avant 2004, les compétences en gynécologie des sages-femmes étaient de « prescrire les diaphragmes, les capes, ainsi que les contraceptifs locaux » et « la première pose du diaphragme ou de la cape doit être faite par un médecin ou une sage-femme ». (3)

L'article 102 de la loi du 9/08/2004 relative à la politique de santé publique a modifié cet article, permettant aux sages-femmes de « prescrire une contraception hormonale dans les suites de couches, lors de l'examen postnatal et après une interruption volontaire de grossesse », et de réaliser la visite post-natale si la grossesse a été normale et l'accouchement eutocique. Suite à cette loi, le code de déontologie des sages-femmes a également été modifié, l'article R4127-324 stipulant alors que « les sages-femmes peuvent participer, sous la direction d'un médecin, au traitement de toute patiente présentant une affection gynécologique ». (4)

Le décret du 17 octobre 2006 implique encore plus les sages-femmes dans une politique de santé publique en leur permettant de réaliser le dépistage du cancer du col de l'utérus grâce au FCU au cours de la grossesse et lors de l'examen post natal. (5)

La loi du 21 juillet 2009 portant sur la réforme HPST a entraîné de grands changements dans la profession. Elle a modifié l'article du code de la santé publique, en décrétant que « L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que les sages-femmes adressent la femme à un médecin en cas de situation pathologique ». Même si la sage-femme pouvait participer aux consultations de planification familiale avant 2009 selon l'article L. 4151-1 du Code de la santé publique, la loi de 2009 a permis de définir plus concrètement ce rôle. Cette loi a également modifié

l'article L5134-1 du CSP, permettant aux sages-femmes de réaliser la pose de dispositifs intra-utérins et de prescrire les contraceptifs locaux ou hormonaux. (3,6,7)

Cependant, la surveillance et le suivi biologique de cette contraception ne pouvaient être réalisés que par un médecin traitant. Ce n'est que suite à la loi du 30/12/2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé que les sages-femmes ont pu réaliser ce suivi et cette surveillance biologique de la contraception. Dans la même année la liste des médicaments pouvant être prescrits par les sages-femmes a été revue dans l'article L.5141-4 du CSP, supprimant la liste exhaustive et contraignante des contraceptifs possibles alors remplacée par les termes : « contraceptifs sous toutes leurs formes et voies d'administration ». Depuis le décret du 17/07/2012 les sages-femmes peuvent poser et retirer les implants contraceptifs. (8,9)

L'article 31 de la loi santé du 26/01/2016, dernier grand changement en date, permet aux sages-femmes de réaliser l'IVG médicamenteuse, jusqu'à 7 SA, et hors établissement de santé. Cette nouvelle compétence implique de nouvelles responsabilités et le besoin d'une formation actualisée pour la profession. (10)

1.1.2. Les perspectives d'avenir

La profession de sage-femme voit sans cesse ses compétences évoluer. Il y a une volonté d'affirmer le rôle des sages-femmes dans la physiologie, collaborant ainsi avec les médecins gérant la pathologie. L'ANSFO milite pour l'acquisition d'autres compétences gynécologiques (11):

- Réalisation des aspirations instrumentales lors d'une IVG
- Réception de la demande de stérilisation définitive, c'est-à-dire la réception de la demande et l'orientation vers un médecin
- Dépistage des IST étendu au partenaire masculin

1.2. Formations initiale et continue

1.2.1. La formation initiale

Les études de sage-femme ont subi de nombreux remaniements au rythme de l'évolution des compétences. La loi relative à l'IVG du 31/12/1979, par l'article 5, instaure que la « formation initiale et la formation permanente (...) des sages-femmes (...) comprennent un enseignement sur la contraception ».(12)

L'arrêté du 11/12/2001 structura les études en 2 cycles de 2 ans chacun, après avoir validé la première année du Premier Cycle d'Étude Médicales (PCEM1), commune aux études de médecine, de pharmacie et d'odontologie. Cet arrêté a revu le programme théorique et pratique et les conditions d'obtention du diplôme d'état. La gynécologie y a sa place, avec 160h d'enseignements théoriques, 120h de stage et des examens, notamment sur la contraception, les IST, et les pathologies gynécologiques durant le deuxième cycle. (13)

C'est en 2009 suite à la loi HPST que la PCEM1 a été remplacée par la Première Année Commune aux Études de Santé (PACES), toujours en place actuellement, et qui a inclus les études de pharmacie à celles déjà présentes. Cette loi rend également possible l'intégration de la formation sage-femme au sein des universités, permettant d'inscrire le cursus de sage-femme dans le système Licence-Master-Doctorat. (14)

La réforme des études continue en 2011 avec le grade licence et en 2013 avec l'arrêté du 11/03/2013 sur le grade master qui créé l'UE Gynécologie - santé génésique des femmes et assistance médicale à la procréation, de 4 à 8 ECTS de cours théoriques (1 ECTS correspondant à 25-30 h) ainsi que de 8 à 14 ECTS de stage qui doivent contenir des consultations de contraception, de prévention des IST, d'IVG et des suivis gynécologiques de prévention. Dans les faits, la formation pratique pose plus de problèmes matériels que la formation théorique : cette compétence étant nouvelle en 2013, il y avait très peu de sages-femmes libérales qui pratiquaient la gynécologie. Il a donc fallu intégrer les étudiants sages-femmes au sein des consultations gynécologiques de l'hôpital ou des cliniques, des centres d'orthogénie, des centres de planification familiale ou dans les cabinets gynécologiques libéraux, ce qui a pu poser des problèmes logistique. Qu'elle est la place de la formation continue par rapport à la formation initiale ? (15)

1.2.2. Les formations continues

Les articles R4127-304 et R4127-325 du code de déontologie des sages-femmes exigent que ces professionnels délivrent à leurs patients des « soins conformes aux données scientifiques du moment ». Pour ce faire il est nécessaire de sans cesse réactualiser son savoir théorique et pratique grâce au développement professionnel continu (DPC). Instauré par la loi HPST de 2009 le DPC est une obligation de tout professionnel de la santé, et pour les sages-femmes il est décrit dans l'article L.4153-1 du CSP et « a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé ». Le décret du 30/12/2011 vient renforcer ce DPC pour les sages-femmes en rendant cette obligation annuelle, décrit son organisation, son financement ainsi que les modalités de contrôle de cette obligation par le conseil de l'ordre des sages-femmes.

L'Agence Nationale du DPC (ANDPC) gère depuis le 01/07/2011 les différents DPC des professions de santé, quel que soit le mode d'exercice. Cet organisme finance une partie des DPC et a permis une meilleure visibilité des différentes formations proposées. Le conseil national de l'ordre des sages-femmes remet régulièrement à jour la liste des formations accessibles aux sages-femmes. (19,20)

Le DPC a également permis aux sages-femmes d'accéder à des formations en gynécologie, soit par des formations non diplômantes lors de congrès ou de colloques, soit grâce à une formation délivrant un Diplôme Universitaire (DU). Concernant la gynécologie, le DU de gynécologie est onéreux (890-1500€), souvent saturé et la formation est plus longue jusqu'au diplôme. Des formations comprenant des travaux pratiques ont donc vu le jour. Moins onéreuses (500-700€) et durant 2-3 jours, elles sont plus accessibles, d'autant que l'ANDPC peut en financer une partie. La formation en gynécologie de prévention dispensée durant les études est théoriquement suffisante pour la pratique professionnelle initiale, mais la très grande majorité des sages-femmes, notamment les libérales, ressentent le besoin de se former après le diplôme. (21)

Pour ce qui est de la pratique de l'IVG médicamenteuse, qui fait partie des compétences des sages-femmes depuis peu, l'ANSFO recommande que les consœurs et confrères qui désirent exercer cette nouvelle compétence s'y forment en attendant une mise à jour de la formation initiale et propose aussi de former les sages-femmes n'y ayant pas eu accès. Ainsi cette association propose des programmes dans le cadre du DPC. (22)

Les sages-femmes ont donc légalement une place dans la gynécologie de prévention mais quel est réellement leur rôle ?

2. La place de la prévention dans la santé des femmes

2.1. La prévention pour la santé gynécologique

En 1948, l'OMS définit la prévention comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps » et, en 2004, la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social ». En santé gynécologique, la prévention doit donc être multimodale et concerner la contraception, le dépistage des cancers féminins mais aussi les aspects psycho-sociaux tels que les violences ou la précarité. En effet, "la santé en matière de sexualité vise à améliorer la qualité de la vie et des relations interpersonnelles, et non à se borner à dispenser conseils et soins relatifs à la procréation et aux maladies sexuellement transmissibles".(23)

En France, la consultation gynécologique annuelle n'est pas obligatoire, même si elle est fortement recommandée. Cela se traduit par un taux de participation à cette consultation bien loin des 100%. Selon une étude réalisée par l'institut Opinion Way pour la MGEN en 2011 menée avec le soutien du CNGOF et du FNCGM, 19% des femmes entre 16 et 60 ans ne bénéficient d'aucun suivi gynécologique régulier et 6% d'entre elles n'en ont jamais eu. (24)

Les femmes ont donc un suivi gynécologique insuffisant. Le plan cancer mis en place entre 2009 et 2013, visant à améliorer le taux de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus, n'a pas été suffisant. En 2012 seulement 53% des femmes ont été dépistées pour le cancer du sein, avec de nombreuses disparités inter régionales : l'Auvergne est plutôt bien placée avec un taux supérieur à 60%. Concernant le cancer du col de l'utérus, en 2013 le taux de couverture du dépistage est de 60 % chez les 25-34 ans, 67 % chez les femmes de 35 à 44 ans et de 60 % chez les 45-54 ans. Ce taux chute en dessous de 50 % après 55 ans. (25,26)

La prévention s'illustre également à travers les vaccinations. En France, dans le cadre de la prévention du cancer du col de l'utérus, 2 vaccins anti-HPV ont l'AMM (un bivalent et un quadrivalent). En 2014, la couverture vaccinale était estimée à 17% de françaises, alors qu'elle est de 85% au Royaume-Uni ou de 73% en Espagne en incluant également les hommes. Face à cette couverture vaccinale insuffisante, le Haut Conseil de la Santé Publique a publié début 2014 des recommandations de vaccinations des filles de 11 à 14 ans, en proposant également des vaccinations de rattrapage chez les 15-19 ans. Une vaccination de la population masculine ne sera pas pertinente d'un point de vue de santé publique tant que le taux de vaccins chez les femmes n'aura pas augmenté. L'amélioration de cette couverture vaccinale est également un point clé au sein du plan cancer 2014-2019 en favorisant l'accès aux vaccins, par une meilleure prise en charge financière et une plus grande mobilisation de la sphère médicale. (27,28)

Des actions de préventions sont menées régulièrement pour améliorer l'adhésion à ce suivi et donc la santé des femmes, notamment dans les collèges et lycées, avec 3 séances d'éducation sexuelle par an depuis la loi du 4 Juillet 2001, ou avec les consultations gratuites pour les mineurs au sein du planning familial ou des services de PMI. Des campagnes d'information sur le suivi gynécologique via des posters ou des dépliants présents dans les cabinets médicaux sont menées par les organismes de santé comme la CPAM ou l'INPES. D'autres actions sont en place grâce aux plans cancer et aux plans de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes. Le Ministère des affaires sociales et de la santé a également publié des recommandations pour la période 2017-2030 afin d'améliorer la santé sexuelle et reproductive, à travers la prévention et un meilleur accès aux soins. (27,29-31)

Face à ce constat d'un suivi peu satisfaisant, les sages-femmes ont un véritable rôle de santé publique à jouer à travers le suivi gynécologique de prévention.

2.2 Le suivi gynécologique de prévention

2.2.1 La consultation

Cette consultation médicale connaît beaucoup de changements ces dernières années. La méthode BERCCER, reconnue par l’OMS, permet à la femme d’être pleinement actrice de sa santé, et trouve son utilité surtout chez les très jeunes femmes. En Avril 2017 a été publiée, par le ministère de la santé, l’intention d’instaurer dès janvier 2018 une consultation à 25 ans, gratuite, et une à 50 ans, axées autour du dépistage des cancers féminins, de la contraception et des IST. Ces consultations auront pour but une meilleure information pour une meilleure adhésion au dépistage et donc une amélioration de la santé publique. (32–34)

En France le suivi gynécologique de prévention aborde des thèmes comme la sexualité, la contraception, les IST, les cancers féminins ou les violences faites aux femmes. Les objectifs de cette consultation sont décrits dans la situation 7 du référentiel métier et compétences du conseil de l’ordre des sages-femmes. Ce document explicite les enjeux psycho-sociaux de ce suivi, respectant ainsi la définition de la santé établie par l’OMS. (35)

2.2.2 La contraception et l’interruption volontaire de grossesse

› La contraception

La contraception est le premier sujet abordé par les femmes lors de la consultation gynécologique. Il est important que chaque couple utilise une contraception qui lui convienne, conformément à leur droit fondamental de choisir le moment pour eux d’avoir un ou plusieurs enfants en ayant eu toute l’information nécessaire. Le choix d’une méthode contraceptive doit donc être libre et éclairé, et non imposé par autrui. Les études ont montré que le partenaire participe à ce choix surtout lorsque le couple est marié, lorsque le partenaire détient un diplôme ou a un âge plus avancé. (36,37)

Cependant les couples se heurtent au parcours contraceptif stéréotypé. L’étude FECOND en 2010 décrit un modèle contraceptif figé, avec le préservatif au début de la vie sexuelle, rapidement remplacé par la pilule puis par le stérilet une fois que les couples ont eu les enfants qu’ils souhaitaient. Ce parcours peut être adopté par les couples sans véritable choix ni adhésion, rentrant parfois en conflit avec leur mode de vie. Il paraît donc évident que la prescription d’une méthode de contraception soit le résultat d’une

participation active du couple et cela implique une discussion avec le professionnel de santé autour de la vie professionnelle et sexuelle. Ce dernier aspect est parfois difficile à évoquer, autant pour le professionnel que pour la femme, mais un professionnel disponible et une relation de confiance établie facilite le dialogue. Suite à la prescription de la première contraception 63% des femmes seulement se disent bien informées. Les recommandations pour la contraception de 2015 par la HAS mettent l'accent sur la réévaluation constante de la méthode de contraception en fonction des "modifications de situation personnelle, médicale, affective et sociale" ainsi que sur une information complète pour la femme. (38-40)

Le recours à la contraception d'urgence est le reflet d'un échec dans la prescription de la contraception, concernant la méthode ou l'information qui l'accompagne. Conformément aux recommandations, "toute femme doit être informée de la possibilité de recourir à une contraception d'urgence lors d'un rapport non protégé ou un défaut d'observance de sa méthode contraceptive". Cependant la prise de la contraception d'urgence est consécutive à un oubli de la pilule dans 42,3 % des cas, la pilule étant la première méthode contraceptive utilisée en France avec 61% d'utilisatrices. Ce chiffre tend à diminuer ces dernières années, avec notamment l'émergence de nouvelles méthodes contraceptives ainsi que les polémiques autour des pilules de troisième ou quatrième génération. Ainsi les ventes de stérilet au cuivre augmentent de plus de 50 % chez les femmes de moins de 40ans. (39,41,42)

Malgré l'expansion des méthodes de contraception ces 30 dernières années, le taux d'IVG ne diminue pas et 1/3 des grossesses ne sont pas désirées, dont plus de la moitié aboutissent à une IVG. Ce phénomène est probablement dû à une méthode de contraception inadaptée ou une mauvaise information globale des couples : 3 IVG sur 4 sont réalisées suite à un échec contraceptif, 42% d'entre elles sur une contraception théoriquement très efficace (pilule ou stérilet). (43)

› **L'IVG**

En 2015, 218 100 IVG ont été réalisées en France, dont la majorité par méthode médicamenteuse. Parmi ces dernières, 18% sont réalisées dans une structure extrahospitalière. Ce taux ne cesse d'augmenter de par le transfert de la pratique de l'IVG des centres hospitaliers vers les structures libérales en ville, avec également un désengagement notable des établissements privés. La pratique de l'IVG connaît également des disparités inter régionales, avec un recours plus fréquent dans le Sud ou en Ile-de-France. (44)

En Auvergne le recours à l'IVG est plus faible que le taux global en France, avec 3 045 IVG en 2014. L'IVG médicamenteuse est une pratique moins courante que dans les autres régions et la très grande majorité se réalise dans les établissements publics hospitaliers de la région. Cette tendance s'explique par un très faible nombre réalisé en établissements privés et par la maigre proportion de médecins conventionnés (généralistes et gynécologues-obstétriciens) qui réalisent l'IVG en ville. En 2012 seulement 1,7% des IVG médicamenteuses sont réalisées en cabinet de ville. Il est donc essentiel de promouvoir l'émergence des IVG " de ville" afin de faire face aux besoins de la population. La loi santé de 2016 contribue à impliquer largement les sages-femmes dans cette activité. (44,45)

2.2.3 La prévention des cancers féminins.

› **Cancer du col de l'utérus**

Dans le monde, le cancer du col de l'utérus est le premier cancer en terme de mortalité, alors qu'il est le douzième en France en terme de prévalence. Cette différence s'explique par le dépistage précoce des lésions précancéreuses grâce au frottis cervico-utérin. Ce cancer est grave mais facilement évitable : l'INCa estime que 90% des cancers du col de l'utérus pourraient être évités grâce au frottis réalisé selon les recommandations. Ainsi la Haute Autorité de santé recommande un suivi gynécologique annuel et de réaliser un frottis cervical tous les 3 ans chez les femmes de 25 à 65 ans, après deux frottis consécutifs normaux faits à un an d'intervalle. (26,46)

Cependant, seulement 10% des femmes sont dépistées selon l'intervalle recommandé, 50% le sont trop peu souvent et 40% le sont trop fréquemment, et donc dépistées inutilement. En effet, avant 25 ans la majorité des lésions ne vont pas évoluer au stade cancer et régresser spontanément. Selon l'INCa les femmes de plus de 55 ans, étrangères et/ou n'ayant pas de couverture sociale, n'ayant pas fait d'études supérieures ou étant atteintes d'une maladie chronique sont celles qui ont la moins bonne adhésion à ce dépistage. L'Auvergne fait partie des régions avec les meilleurs taux de dépistage, allant de 60 % à 72 % selon les départements. (46)

Afin de faire face aux inégalités d'accès et de recours au dépistage, le plan cancer 2014-2019 est en cours de déploiement avec pour objectif de 'permettre à chaque femme de 25 à 65 ans l'accès à un dépistage régulier du cancer du col utérin via un programme national de dépistage organisé'. Ainsi ce plan a pour but une réduction de l'incidence et du nombre de décès de 30% sur 10 ans. Le dépistage organisé, encore en expérimentation avant sa mise en place nationale, consiste en des lettres de relance adressées aux femmes n'ayant pas fait de frottis dans les délais recommandés, avec ou non un test d'auto-prélèvement. Si les tests auto-prélèvements HPV (vaginaux ou urinaires) sont accompagnés d'une lettre de relance, ils peuvent augmenter le taux de participation des femmes jusqu'à 26% alors que ce pourcentage serait entre 2 et 10% avec une lettre de relance seule. Ce mode de dépistage a déjà fait ses preuves dans plusieurs départements d'expérimentation. Finalement il sera nécessaire d'inclure plus de professionnels dans le dépistage. Aujourd'hui 9 frottis sur 10 sont réalisés par des gynécologues, il paraît donc évident qu'un meilleur recours aux sages-femmes permettrait un meilleur dépistage.(27,46)

› **Cancer du sein**

Contrairement au cancer du col de l'utérus, le cancer du sein est déjà l'objet d'un dépistage organisé. C'est en effet le premier cancer en termes d'incidence et de mortalité chez la femme avec 11 400 décès et 53 000 nouveaux cas en 2011. Grâce à un diagnostic au stade précoce ce cancer peut être guéri dans 9 cas sur 10, il est donc primordial d'avoir un dépistage efficace sur l'ensemble de la population. Les femmes de 50 à 74 ans sont concernées par le dépistage organisé, cette tranche d'âge étant la plus à risque de développer un cancer du sein. Ainsi la HAS recommande « un examen clinique des seins et des aires ganglionnaires de drainage mammaire aux consultantes âgées de 25 ans ou plus » et « une mammographie tous les deux ans pour les femmes de plus de 50 ans », avec une surveillance plus rapprochée et incluant des mammographies plus précoces chez les femmes présentant des facteurs de risque de cancer du sein. Lors des consultations de suivi gynécologiques les professionnels médicaux doivent enseigner l'autopalpation des seins aux femmes, toujours dans l'optique de mieux dépister ce cancer. (25,47)

Malgré les efforts déployés dans le cadre du dépistage organisé, le taux de participation n'est que de 52% et tend à légèrement diminuer ces 2 dernières années, et l'Auvergne est plutôt bien située avec un taux de 59%. Dès janvier 2018, une rénovation de ce dépistage sera mise en place avec les deux consultations supplémentaires à 25 ans et à 50 ans. Cela permettra un meilleur dépistage, notamment avec une information plus complète et personnalisée. (48,49)

2.2.4 La prévention des infections sexuellement transmissibles

La consultation gynécologique de prévention a également pour objectif la lutte contre les IST. Ce point est d'autant plus important que la France connaît une récente recrudescence des IST avec une augmentation des cas de VIH, de syphilis, de gonococcies et d'infections à *Chlamydiae trachomatis*, cette dernière étant la plus répandue chez les femmes de 16 à 24 ans. Cette tendance est la conséquence d'un relâchement des pratiques de prévention. (50)

Pour faire face à cette modification des comportements il est nécessaire d'agir sur la prévention. Certains pays européens jouent déjà depuis plusieurs années la carte de la double protection en associant systématiquement contraception et protection contre les IST dans leurs messages préventifs. Aux Pays-Bas, avec la "double dutch", 71% des 15-19 ans utilisent la double protection, contre 33,2% des français de cet âge. En Espagne, la campagne "Póntelo, pónselo" ("mets-le et mets-le lui") montre des résultats prometteurs mais moins importants qu'aux Pays-Bas. De nombreuses études ont démontré la nécessité d'insister sur ce double message auprès d'utilisatrices de contraception de longue durée (stérilet, implant) ainsi que l'efficacité d'une double protection sur la diminution du taux d'IST à gonocoque et syphilis. Il serait donc pertinent que la France adopte ce type de "double message" dans les campagnes de communication. (51-53)

En plus de la prévention, les IST doivent faire l'objet d'un diagnostic efficace. Près d'un tiers des personnes séropositives au VIH sont dépistées à un stade très avancé et environ 50 000 personnes sont estimées séropositives alors qu'elles l'ignorent. Afin d'améliorer la couverture de dépistage il est recommandé que chaque professionnel de santé évoque la sérologie VIH avec la femme, en insistant particulièrement auprès de celles ayant des facteurs de risque identifiés. En Auvergne où 1 148 séropositifs au VIH sont suivis, des organismes comme COREVIH luttent contre le VIH avec des structures spécialisées, des formations pour les professionnels de santé et des aides pour les malades.(54,55)

2.2.5 Aspect psycho-social de la consultation de prévention

L'aspect médical de la consultation gynécologique de prévention est assez évident, mais il ne faut pas sous-estimer l'aspect psycho-social, étroitement lié au bien-être des femmes et des couples. Le professionnel de santé qui mène la consultation doit donc également interroger ses patientes sur de nombreux domaines tels que les violences conjugales ou la précarité.

Les violences, physiques ou psychologiques, ont de nombreuses conséquences sur la femme, alors en situation de vulnérabilité. Chaque année, 223 000 femmes sont victimes de violences conjugales, seulement 14% portent plainte, et 122 femmes sont décédées en 2015 suite à des coups. Une récente étude anglaise a conclu que les femmes ayant subi ou subissant encore des violences sont plus à risque de faire des IVG à répétitions, comme si la grossesse était l'expression d'un non-dit. Le 5^{ème} plan de lutte contre les violences faites aux femmes, mis en place de 2017 à 2019, a notamment pour but de renforcer et d'améliorer l'accès à des structures d'accueil et d'écoute des victimes. (56,57)

La précarité est une situation récurrente, qui touche 14,3 % des français avec 5,3 millions de personnes bénéficiant de la CMU-C en 2015. Pourtant les personnes en situation précaire sont en moins bonne santé que le reste de la population et ont plus tendance à refuser les soins, bien qu'ils puissent être bénéficiaires d'aides comme la CMU, ou l'AME pour les personnes en situation irrégulière. Des services comme les centres de planification familiale ou la PMI permettent un accès aux soins pour les personnes mineures ou défavorisées, notamment dans le domaine de la gynécologie. (58)

Mais malgré ces structures, de nombreuses inégalités d'accès aux soins existent encore sur le territoire français.

3. L'offre de soins en matière de suivi gynécologique de prévention

3.1 Les inégalités d'accès aux soins et leurs conséquences

La santé des femmes est un problème de santé publique, il est donc important que l'offre de soins soit adaptée aux besoins. Des enquêtes retrouvent une disparité dans la participation au suivi gynécologique de prévention selon le niveau socio-économique, notamment lorsque les consultations font l'objet de dépassement d'honoraires et lorsque le médecin était un gynécologue au lieu d'un généraliste de part une vision sociale différente de ces deux métiers. (59,60)

Ce constat est également retrouvé lorsque l'on s'intéresse à des questions gynécologiques particulières. Les IVG répétées sont plus fréquentes chez les femmes dans une situation précaire, car elles vont plus facilement renoncer aux soins et donc avoir moins accès à la contraception. Ainsi environ 3 % de ces femmes n'utilisent pas de contraception alors qu'elles ne souhaitent pas être enceintes. (43,61)

Le dépistage des cancers gynécologiques est lui aussi impacté par la précarité. Les femmes en difficulté financières ou qui sont géographiquement isolées sont plus à risque d'être dépistées d'un cancer du col de l'utérus à un stade avancé, ce qui induit des frais médicaux plus élevés pour le soigner et donc une diminution des chances de guérison. Concernant le cancer du sein, les populations précaires mais également celles en zones rurales étaient celles qui participaient le moins au programme de dépistage organisé. En Auvergne les zones urbaines affichent un taux de participation de 63 à 71% alors qu'il est seulement de 40 à 50% dans les zones rurales. (62,63)

Les IST sont également plus fréquentes chez les populations en difficultés, notamment chez les migrants de part une précarité sanitaire et sociale, souvent accompagnée de violences sexuelles. Les migrants représentent 35% des nouveaux cas de VIH en Europe et la majorité a contracté le virus après leur arrivée. Mais les migrants ne sont pas les seuls à être les plus touchés par les IST. Les femmes en situation de prostitution ou les usagères de drogues le sont également et il est nécessaire d'avoir une prévention efficace au sein de ces populations. (31,64)

En 2012 la ministre des affaires sociales et de la santé, Marisol Touraine met en place le Pacte territoire santé. Ce pacte a pour but un accès égal à des soins de qualité pour tous les français. Cinq ans après la mise en place de ce programme l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes publie des premiers résultats encourageants avec notamment la création de conditions d'exercices attractives pour les professionnels de santé. Dans cette même optique la stratégie nationale s'étendant de 2017 à 2030 vise à supprimer ces inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins via des actions ciblées comme le développement de structures de premier recours pour ces populations (centres de PMI, CPEF, centres de santé,...). (31,65)

A l'heure où un suivi gynécologique régulier est recommandé, les femmes ont globalement un suivi insuffisant, surtout au sein des populations en difficultés. En France l'offre de soins n'est pas au rendez-vous face aux besoins de la population et les déserts médicaux sont présents dans les zones rurales. Qu'en est-il de cette offre de soins en Auvergne, territoire majoritairement rural ?

3.2 L'offre de soins en France et sur le territoire auvergnat

3.2.1 Les professionnels de santé

La démographie médicale a une répartition inégale sur le territoire français. En Auvergne la majorité de l'activité se regroupe autour des grandes villes comme Clermont-Ferrand, Vichy, Moulins, Montluçon ou le Puy-en-Velay, mais de grandes zones sont hors de l'influence de ces pôles et sont moins denses en professionnels de santé, surtout dans le Cantal ou la Haute-Loire. [Annexe I]

> Les médecins

Les médecins généralistes, également acteurs dans la santé génésique, connaissent des changements. En 2017 l'ordre des médecins recense 88 137 médecins généralistes en activité régulière en France métropolitaine, soit une diminution depuis 2007 proche de 10% et qui devrait continuer pour atteindre 81 455 généralistes en 2025. Cette tendance s'observe également en Auvergne avec une baisse de 7.6% sur cette même période. Bien que ce ne soit pas le territoire le plus touché, une répartition inégale persiste. Il y a une densité de 9 médecins généralistes pour 10 000 habitants avec 70% des bassins de vie ayant une densité de médecins insuffisante. Il est estimé que si la commune d'un patient

et la commune d'un médecin sont séparées de 10 à 15 minutes, l'accessibilité et donc le recours à ce médecin diminue de 90 % par rapport à une distance inférieure à 5 minutes. La faible densité de médecins généralistes dans les zones rurales induit donc un renoncement aux soins plus rapide. (66–69)

Les gynécologues n'échappent pas à la tendance. Entre 2007 et 2016 la population de ces médecins a globalement diminué sur tout le territoire français, malgré une proportion de médecins toute spécialité confondue qui a augmenté ces dernières années. En Auvergne, l'effectif des gynécologues a diminué de 22% entre 2008 et 2013. Le territoire comptabilise 61 bassins de vie dont 53 en zone rurale avec 50 gynécologues libéraux ou mixtes, ce qui correspond à seulement 3% des gynécologues-obstétriciens et 6% des gynécologues médicaux. Cette répartition a des conséquences puisqu'en 2011 87% des bassins de vie n'ont pas de gynécologues, ce qui correspond aux 53 bassins ruraux. (73, 74,76)

Mais quelle est la place des sages-femmes face à cette démographie décroissante de médecins ?

› **Les sages-femmes**

En 2017, 22 638 sages-femmes sont en activité en France métropolitaine. Et 64.5% travaillent dans la fonction publique hospitalière, 19.5 % en libéral exclusif et 5 % dans la fonction publique territoriale (PMI, planning familial...). Cette profession connaît une augmentation constante (environ 1 000 nouveaux diplômés par an) et l'on dénombre en moyenne 156 sages-femmes pour 100 000 femmes. En 2017, la région Auvergne-Rhône-Alpes connaît de grandes disparités entre le milieu rural avec 112 sages-femmes en exercice, principalement en milieu libéral, et le milieu urbain habitants avec 279 sages-femmes, dont 201 en milieu hospitalier. Ces différences sont expliquées par la présence de structures hospitalières dans les zones urbaines, compensées par la présence de sages-femmes libérales et de structures spécialisées (CPP ou centres périnataux de proximité, PMI) dans les zones rurales. (69)

Le secteur libéral est en pleine expansion depuis ces dernières années, avec une hausse de 7% par an entre 2000 et 2010. La moitié des sages-femmes sont âgés de moins de 40 ans et celles installées en cabinet libéral sont en moyenne plus âgées que les autres, les plus jeunes préférant débiter leur carrière dans le secteur hospitalier. Le secteur libéral séduit de plus en plus, suite aux nouvelles compétences octroyées aux sages-femmes. (71)

Mais cette expansion a un coût. L'effectif des sages-femmes a augmenté de 70% en vingt ans, alors qu'en parallèle le nombre de naissance augmente seulement de 10% tout comme le nombre de femmes âgées de plus de 15 ans. Les nouveaux diplômés s'insèrent maintenant plus difficilement sur le marché du travail et face à ce constat l'Ordre des Sages-femmes propose une diminution du numérus clausus d'environ 10% dès la rentrée 2017. (71,72)

Cette augmentation de l'effectif ne s'est pas faite de manière homogène : 13% du territoire est surpeuplé en sage-femme alors que des zones sont sous-dotées. Afin de favoriser l'insertion des sages-femmes libérales dans ces zones en besoin, la convention nationale des sages-femmes libérales a prévu à compter du 15/09/2012 un contrat incitatif sage-femme. Ce contrat consiste en une aide financière apportée pour une installation dans les zones considérées « sans sage-femme », « très sous-dotée » ou « sous-dotée ». Ce contrat n'est pas effectif dans les zones comptabilisant moins de 350 naissances sur une année. L'Auvergne n'est pas à candidate dans sa totalité : un peu moins de la moitié du territoire n'est pas éligible du fait du faible taux de naissances, et seulement une partie du Cantal est classée « très sous-dotée », le reste du territoire auvergnat n'est ni pas assez ni très dotée. (73)

L'ONDPS réalise en 2011 une étude sur les gynécologues : leur activité se partage en 1/3 de pathologies et 2/3 de contraception et suivi. Ces chiffres sont intéressants car les 2/3 de cette activité fait donc partie des compétences des sages-femmes, à l'heure où la démographie de gynécologue ne permet qu'à une femme sur quatre d'avoir un suivi gynécologique avec des rendez-vous pris sous 49 jours de délais en moyenne. Face à cet emploi difficile et à cette démographie inégale, il devient nécessaire non seulement que les sages-femmes soient les acteurs médicaux de premier recours dans le suivi des femmes en bonne santé mais également de revoir à la baisse le numérus clausus. En effet il est important de limiter le nombre des sages-femmes diplômés, parfois en sureffectif, ainsi que de revaloriser la profession comme l'indique la proposition 2 du livre blanc du Conseil National de l'ordre des sages-femmes. (74,75)

3.2.2 Les structures médicales

En France ce sont les ARS qui, parmi toutes leurs missions, coordonnent l'offre de santé pour le meilleur accès aux soins possible. En territoire Auvergnat c'est l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes qui est en place avec le réseau de Santé Périnatal d'Auvergne (RSPA) qui lui coordonne plus spécifiquement toutes les structures et les professionnels pouvant gérer la grossesse et le nouveau-né. (76,77)

> **Établissements hospitaliers**

Le territoire auvergnat compte 12 maternités, dont un centre de référence le CHU Estaing à Clermont-Ferrand, et une clinique privée la Chataigneraie à Beaumont. Les maternités sont réparties selon des types correspondant à l'offre de soins néonataux conformément au décret du 9/10/1998. (78,79)

Types	Maternité
1 : pas de structure de néonatalogie	CH de Thiers CH d'Issoire CH de Saint-Flour
2A : néonatalogie	CH Émile Roux, le Puy-en-Velay CH Jacques Lacarin, Vichy CH Moulins CH Henri Mondor, Aurillac Clinique la Chataigneraie
2B : soins intensifs	CH de Montluçon
3 : réanimation néonatale	CHU Estaing, Clermont-Ferrand

Les IVG sont possibles dans ces centres hospitaliers mais également dans les CPP et les CPEF.

> **CPP**

Situés à Ambert, Brioude et Mauriac, les CPP ont pour mission de pratiquer les consultations pré et post-natales, la préparation à l'accouchement, l'enseignement des soins aux nouveau-nés et les consultations de planification familiale. Ce sont des maternités qui ont perdu le droit de pratiquer de l'obstétrique car elles comptabilisaient moins de 300 accouchements par an, conformément à l'article R6123-50 du CSP. (80)

› **CPEF**

Comme il a été montré précédemment les CPP pratiquent des consultations de planification familiale. Chaque maternité du territoire auvergnat a également un CPEF en son sein. Ces centres, conformément au décret du 6/08/1992 doivent être dirigés par un médecin et comprennent également sage-femme, infirmiers, assistante de service social et psychologue, ce qui en fait un lieu de soins mais également d'écoute et de conseils. (81)

› **Autres structures**

Pour les étudiants, parfois en situation précaire ou éloigné de leur ville d'origine et de leur famille, ont été créés les services de santé universitaires. Fondés suite au décret du 7/10/2008, chaque université de France doit en organiser un. Accessibles gratuitement, ils permettent un accès gratuit aux soins et une prise en charge multidisciplinaire. Ils sont composés de services variés avec notamment des médecins, des sages-femmes, des assistantes sociales, ou des psychologues. En Auvergne, le service de santé universitaire est à Clermont-Ferrand mais a aussi des antennes dans certaines des villes : le Puy-en Velay, Aurillac et Montluçon. Ce sont des villes universitaires, mais toutes ces villes n'ont pas d'antennes de service santé universitaire, comme à Vichy. (82,83)

Face à une démographie médicale en pleine mutation, il y a un besoin croissant de repenser l'organisation des soins et plus particulièrement l'exercice des professionnels de santé. Ainsi les maisons et les pôles de santé voient le jour en 2009, suite à la loi HPST et sont très attractifs notamment pour les jeunes professionnels. Les maisons de santé sont le regroupement de plusieurs professionnels de santé, médicaux ou paramédicaux dans un même lieu. La différence entre une maison et un pôle de santé est que ce dernier n'est pas forcément une réunion de tous ces professionnels dans un même lieu et peut comprendre plusieurs sites (centres de santé, cabinets individuels, ...). Ces deux types de structures permettent une véritable prise en charge pluridisciplinaire. La région Auvergne-Rhône-Alpes est très dynamique sur ce point. Le territoire Rhône-Alpes a pris de l'avance mais le territoire auvergnat le rattrape avec 25 maisons et pôles de santé en fonctionnement et 33 en projet. (84-86)

METHODE

1. L'étude et ses objectifs

1.1. Type, durée et lieux de l'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive de type transversale. Cette étude s'est déroulée entre les mois de Septembre à Novembre de l'année 2017, auprès des sages-femmes appartenant aux centres hospitaliers publics, des sages-femmes libérales et de celles travaillant dans des centres de PMI , de CPEF ou des CPP, sur le territoire Auvergnat.

1.2. Les partenaires de l'étude

Chloé Desmartin, sage-femme au CHU Estaing, directrice de mémoire.

Marie-Christine Leymarie, sage-femme directrice de l'école de sages-femmes de Clermont-Ferrand, co-directrice de mémoire.

1.3. Les objectifs et critères de jugement

1.3.1. Objectif principal

Déterminer les freins et les motivations à la pratique du suivi gynécologique de prévention chez les sages-femmes de chaque secteur d'exercice sur le territoire Auvergnat.

1.3.2. Critère de jugement principal

Identifier les freins et les motivations dans chaque secteur d'exercice, ainsi que les difficultés de pratique.

1.3.3. Objectif secondaire

Explorer la pratique de la gynécologie de prévention chez les sages-femmes des différents secteurs du territoire Auvergnat.

1.3.4. Critère de jugement secondaire

Mesurer les pratiques de prévention gynécologique au sein de chaque secteur.

2. Matériels et méthode

2.1. Matériels

2.1.1. Population cible

Toutes les sages-femmes actives du secteur public ou libéral ainsi que de la PMI, des CPEF et des CPP. Dix sages-femmes ont été exclues des effectifs lors des analyses comparatives entre les secteur hospitalier et libéral car elles appartiennent à plusieurs secteurs d'exercice. Elles sont cependant incluses dans les autres résultats, ce qui peut entraîner des discordances entre l'effectif total et l'effectif cumulés des cinq catégories d'exercice.

2.1.2. Population source

L'ensemble des sages-femmes travaillant au sein de structures publiques au moment de l'étude et les sages-femmes libérales et territoriales.

2.1.3. Critères d'inclusion

- Sages-femmes libérales actives
- Sages-femmes hospitalières travaillant dans le secteur public, comprenant les praticiennes, les coordinatrices et celles chargées d'enseignement
- Sages-femmes territoriales actives
- Sages-femmes travaillant dans des CPP et les CPEF

2.1.4. Critères d'exclusion

Refus de participation à l'étude.

2.2. Méthode

2.2.1. Recueil de données

2.2.1.1. Critères évalués

Pour répondre à l'objectif principal, ont été identifiés :

- Les freins et les motivations pour la pratique de la gynécologie chez les sages-femmes ne l'exerçant pas, selon les différents secteurs d'activité
- Les difficultés de pratique et les motivations chez les sages-femmes exerçant la gynécologie, selon les différents secteurs d'activité

Pour répondre à l'objectif secondaire, ont été étudiés :

- La pratique ou non de la gynécologie selon : l'ancienneté du DE, le secteur d'exercice, la formation initiale et la formation continue
- La réalisation et la fréquence des actes gynécologiques selon les différents secteurs d'exercice

2.2.1.2. Mode de recueil des données et circuit des données

L'étude a été menée grâce à un questionnaire sécurisé en ligne Redcap d'abord testé auprès de six sages-femmes avant diffusion :

- une en cabinet libéral
- une en centre de PMI
- une en mission transversale hôpital public / CPP
- deux en hôpital public de type III, dont une en service maternité et une en consultations
- une enseignante effectuant des consultations de gynécologie

Suite aux retours des questionnaires test deux modifications ont été apportées :

- Rajout de la question 12 (raisons pour lesquelles les sages-femmes ne travailleraient pas en réseau)
- Ajout de la proposition "pas de créneaux dédiés à la gynécologie malgré la demande" dans la question 24

Ce questionnaire a ensuite été distribué auprès des sages-femmes des différents secteurs, envoyés sur leur adresse mail professionnelles, ou par la poste pour deux hôpitaux.

Plusieurs relances ont été effectuées pour les questionnaires en ligne.

2.2.1.3. Groupes comparés

Les sages-femmes des différents secteurs ont été comparées : PMI, public, libéral, CPP et CPEF.

2.2.1.4. Tests statistiques utilisés

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Stata (version 13 ; StataCorp, College Station, Texas, USA) et R 3.3.1), en considérant un risque d'erreur de première espèce bilatéral de 5%.

2.2.1.5. Saisie des données

Les données ont été saisies par moi-même sur le logiciel Excel, sur mon ordinateur personnel. Les représentations graphiques sont réalisées à partir du logiciel Excel.

2.2.2. Analyse des données

La population est décrite par des effectifs et pourcentages associés pour les variables catégorielles.

Les comparaisons entre groupes indépendants (selon le fait pour les sages-femmes de pratiquer ou non la gynécologie) concernant des paramètres qualitatifs ont été effectuées par le test du Chi² ou par le test exact de Fisher. La comparaison des pratiques selon le type d'activité (libérale ou hospitalière) a été réalisée de manière analogue. Par ailleurs, une analyse des correspondances multiples (ACM) suivie d'une classification non supervisée mixte (méthode des centres mobiles appliquée sur la partition issue d'une classification ascendante hiérarchique) ont également été mises en œuvre afin d'étudier les relations entre les modalités des variables et de déterminer des profils de sages-femmes (clusters de sujets au sein desquels les individus ont des caractéristiques proches).

2.2.3. Aspects éthiques et réglementaires

Cette étude n'entraîne aucun risque éthique, l'anonymat des sages-femmes participant à l'étude a été respecté, aucune donnée identifiante n'a été exploitée. Cependant des données telles que l'année d'obtention du diplôme, les lieux et secteurs d'exercice seront conservées car nécessaires à l'étude, mais ne permettront pas d'identifier les sages-femmes concernées. L'accord des sages-femmes coordinatrices des hôpitaux et de la PMI du Puy-de-Dôme a été recueilli. Pour l'Allier, la Haute-Loire et le Cantal, une autorisation des conseils de l'ordre départementaux respectifs a été délivrée.

RESULTATS

1. Description de la population étudiée

Au total 209 sages-femmes ont répondu au questionnaire, ce qui revient à un taux de participation de 44.4%. Les caractéristiques générales de la population étudiée sont résumées dans le tableau I.

Caractéristiques	Total (n=209)
Age	
20-30 ans	47 (22.5)
30-40 ans	84 (40.2)
40-50 ans	42 (20.1)
50 ans et plus	36 (17.2)
Secteur(s) d'activité	
Praticienne en hôpital public	126 (60.3)
Secteur libéral	71 (40.0)
Protection maternelle et infantile	10 (4.8)
Centre de planification familiale	5 (2.4)
Centre périnatal de proximité	7 (3.3)
Département d'exercice	
Puy-de-Dôme	106 (50.7)
Haute-Loire	29 (13.9)
Cantal	29 (13.9)
Allier	45 (21.5)
Zone(s) d'exercice	
Rurale	88 (42.1)
Urbaine	137 (65.6)
Année d'obtention du diplôme	
Avant 2002	76 (36.4)
Entre 2002 et 2010	83 (39.7)
Après 2010	50 (23.9)

Tableau I : caractéristiques générales des sages-femmes interrogées présentées sous forme d'effectifs (pourcentages).

La grande majorité des sages-femmes (92.8%) appartiennent au secteur hospitalier ou au secteur libéral. Concernant l'année d'obtention du diplôme d'État, les trois catégories sont représentées de façon presque équitable, avec un plus faible effectif (23.9%) pour les sages-femmes diplômées après 2010.

Dix sages-femmes exercent leur activité professionnelle dans deux secteurs différents (4.8 %) : parmi les sages-femmes hospitalières trois travaillent également en libéral, trois en CPP, trois en CFEF et une en contrat à la fois en CPP et en CFEF.

2. Objectif principal : freins et motivations à la pratique

Dans cette étude 77 (36.8%) sages-femmes ne pratiquent pas la gynécologie, par choix pour 45.4% d'entre elles. Six sages-femmes libérales qui n'effectuent pas de gynécologie l'ont choisi, contrairement à leurs consœurs du secteur hospitalier qui à 58.8% contraintes d'exercer leurs compétences uniquement dans le domaine obstétrical, car aucune possibilité d'exercer la gynécologie dans les services du secteur public ne leur est attribuée. Pour l'ensemble ne pratiquant que l'obstétrique, 45.5 % pensent développer ce type de consultation à l'avenir dont 15.6 % dans un avenir proche.

Les raisons pour lesquelles les sages-femmes ne pratiquent pas de consultation de contraception ainsi que les difficultés rencontrées pour celles ayant intégré la gynécologie à leur pratique ont été résumées dans la figure 1.

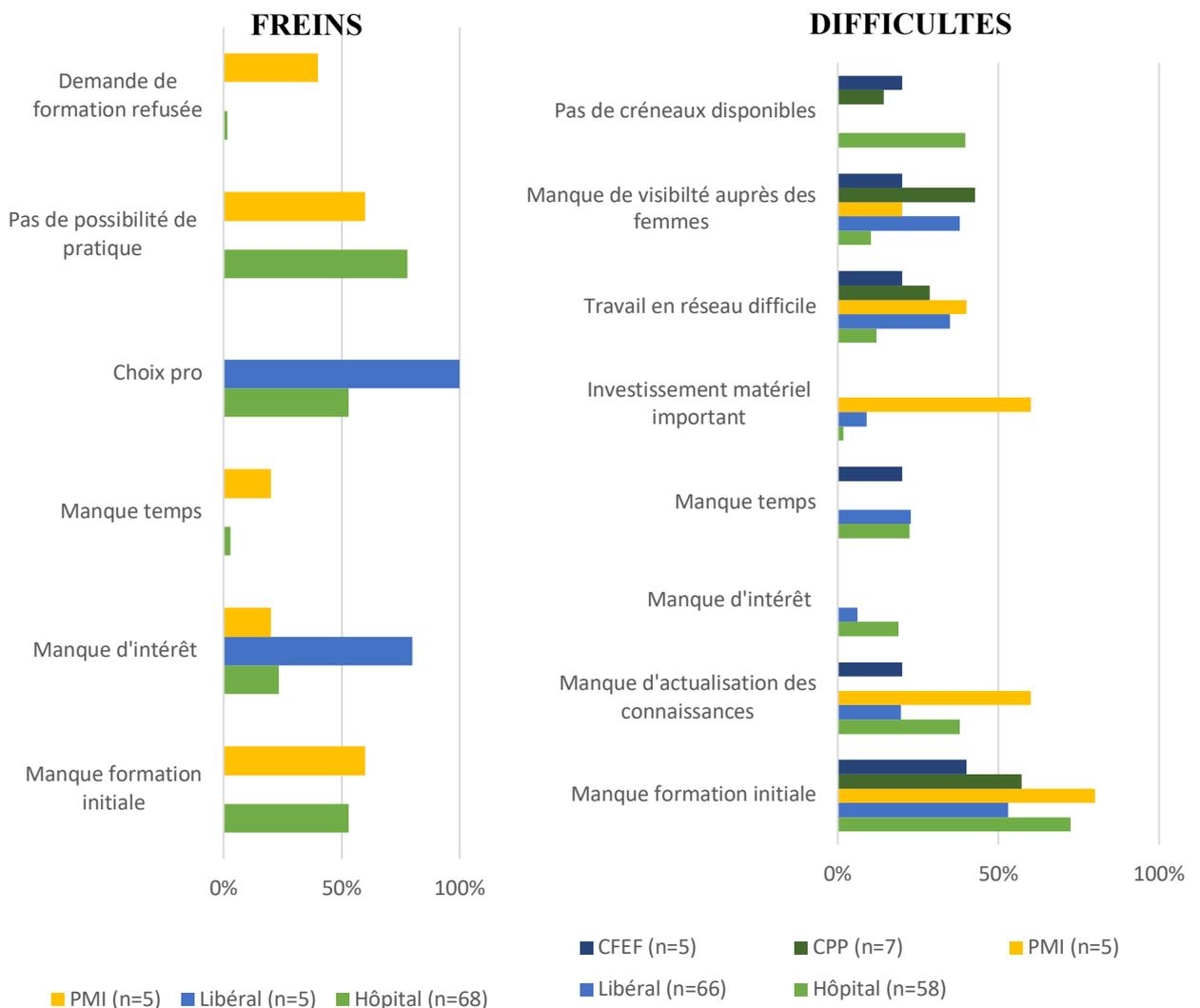


Figure 1 : freins et motivations à la pratique de la gynécologie selon le secteur d'activité

Les sages-femmes n'assurant pas de consultation de contraception évoquaient principalement le manque de formation initiale (50.6 %) mais aussi le manque d'intérêt. Certaines sages-femmes de PMI n'ont pas eu accès à la formation médicale continue car leurs demandes ont été refusées par leur employeur et, tout comme les praticiennes du secteur public, n'ont pas toujours la possibilité de pratiquer sur leur lieu d'exercice.

Les difficultés principalement évoquées sont le manque de formation initiale (62.1 %), le manque d'actualisation des connaissances (28.1%) et le fait qu'il n'y ait pas de poste disponible dédié à ce type de consultation dans les maternités du secteur public (39.7%). Le manque de visibilité auprès des femmes (24.2%) ainsi que les difficultés de travail en réseau (25%) ont également un impact sur la pratique quotidienne.

Les principales motivations évoquées pour pratiquer ces compétences gynécologiques sont le suivi global de la femme (71.3%), la diversité des compétences (53.1%) et l'adaptation à la demande des femmes (52.2%). Ce dernier point est évoqué à 67.7% par des sages-femmes libérales.

3. Objectif secondaire : la pratique de la gynécologie de prévention

	Total (n=209)	Pratique (n=132)	Ne pratique pas (n=77)	p value
Année d'obtention du diplôme				
Avant 2002	76	45 (34.1)	31 (40.2)	0.67
Entre 2002 et 2010	83	54 (40.9)	29 (37.7)	
Après 2010	50	33 (25.0)	17 (22.1)	
Lieu(x) d'activité				
Rural	88	74 (56.1)	14 (18.2)	< 0.001
Urbain	137	70 (53.0)	67 (87.0)	
Secteur d'activité				
Praticienne en hôpital public	126	58 (43.9)	68 (88.3)	< 0.001
Secteur libéral	71	66 (50.0)	5 (6.5)	
Protection maternelle et infantile	10	5 (3.8)	5 (6.5)	0.50
Centre de planification familiale	5	5 (3.8)	0 (0.0)	0.16
Centre périnatal de proximité	7	7 (5.3)	0 (0.0)	0.049
Formation initiale				
	159	99 (75.0)	60 (77.9)	0.63
Suffisante	11	5 (5.1)	6 (10.0)	0.33
Pas assez de théorie	71	43 (43.4)	28 (46.7)	0.69
Pas assez de pratique	145	92 (92.9)	53 (88.3)	0.32
Formation complémentaire				
Oui	129	103 (78.6)	26 (33.8)	< 0.001

Tableau II : Caractéristiques des sages-femmes pratiquant ou non la gynécologie présentées sous forme d'effectifs (pourcentages).

Le tableau II permet de montrer la pratique ou non de la gynécologie par les sages-femmes en fonction de leur ancienneté, leur secteur, leur lieu d'activité et leur type de formation.

La majorité des sages-femmes (63.1%) pratiquent la gynécologie, dont 92.9% dans le secteur libéral. Celles appartenant à des CPP ou à des CFEF pratiquent toutes, et c'est également le cas pour une sage-femme de PMI sur deux. Le secteur d'activité semble influencer de manière significative sur la pratique de la gynécologie, les sages-femmes libérales (92.9%) pratiquant plus que les sages-femmes hospitalières (46.1%).

Parmi celles ne pratiquant pas, 88.3% appartiennent au milieu hospitalier public. Lorsque ces dernières reçoivent une patiente consultant pour un problème gynécologique, elles orientent toutes la femme vers un gynécologue obstétricien, quel que soit leur secteur d'activité mais elles sont peu à orienter vers un médecin généraliste (33.8% pour le secteur hospitalier). Elles sont nombreuses (76.5%) à diriger la femme vers une sage-femme libérale.

Le type de formation initiale ainsi que l'âge des sages-femmes n'influencent pas leur pratique du suivi gynécologique. Cependant la participation à au moins une formation complémentaire est un élément qui impacte la pratique, les sages-femmes ayant besoin de se former par manque de formation initiale.

Le travail en réseau a une place importante dans la profession. Seulement 12 sages-femmes (9%) ne font pas appel à d'autres professionnels de santé à cause d'un manque de réseau disponible, principalement en secteur hospitalier ou libéral. Lorsqu'elles travaillent en collaboration avec un médecin c'est fréquemment avec un gynécologue obstétricien (90.2%) et souvent avec un médecin généraliste (73.6%) selon le cas clinique. Les sages-femmes libérales font parfois appel à d'autres professionnels comme un radiologue, un endocrinologue, un psychologue, une assistante sociale ou un ostéopathe.

Ce travail en réseau est satisfaisant la plupart du temps (67.5%) mais peut parfois être problématique (16.4%). C'est le cas pour 25.4% des sages-femmes libérales.

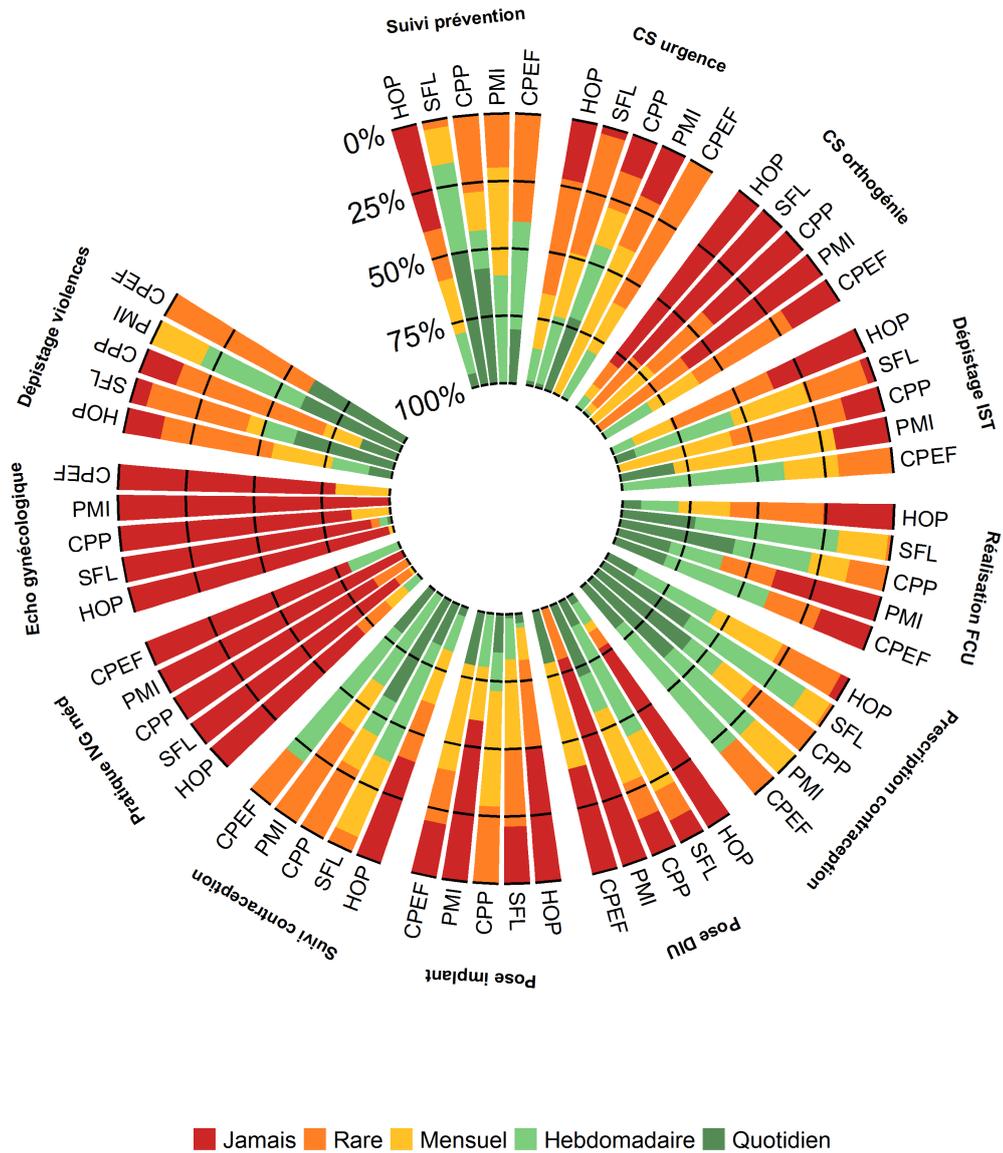


Figure 2 : pratique de la gynécologie selon le secteur d'activité

La figure 2 résume les détails de la pratique de la gynécologie de prévention par les sages-femmes des différents secteurs d'activité selon la fréquence de réalisation des différents actes de santé génésique.

Les sages-femmes effectuent souvent la prescription d'une contraception, il faut cependant ne pas oublier que les sages-femmes du secteur hospitalier réalisent beaucoup ces prescriptions dans le cadre du post-partum. En effet, elles réalisent en effet très peu de consultations de suivi de prévention comparé aux quatre autres catégories.

Par contre, la pose de moyens contraceptifs est effectuée en minorité car plus de la moitié d'entre elles ne pose pas du tout de dispositif intra-utérin (58.3%) ni d'implant contraceptif (65.2%). Les sages-femmes effectuant ces actes sont en grande majorité des professionnelles appartenant au secteur libéral ou à un CPP ou à un CPEF.

Par ailleurs, elles sont nombreuses à effectuer la surveillance biologique de la contraception (82.6 %). Le dépistage des IST (81.8%) ainsi que la réalisation de FCU (87.1%) sont également des pratiques assez répandues.

L'orthogénie reste une pratique peu courante (15%), et elle est souvent réalisée suite à une prescription du médecin dans les services, comme déclaré dans la section commentaires de certains questionnaires provenant d'hôpitaux périphériques (Cantal et Haute-Loire). L'échographie gynécologique est peu réalisée (5.6%).

Le dépistage des violences faites aux femmes reste peu pratiqué à l'hôpital, avec 62.1% des professionnelles qui s'y intéressent.

	Total (n=)	Hôpital (n=117)	Libéral (n=68)	p value
Pratique de la gynécologie				
Oui	114	50 (42.7)	64 (94.1)	< 0.001
Actes de gynécologie				
Consultation de suivi	91	27 (54.0)	64 (100.0)	< 0.001
Consultation d'urgence	100	38 (76.0)	62 (96.9)	0.001
Consultation d'orthogénie	23	6 (12.0)	17 (26.6)	0.06
Dépistage IST	92	30 (60.0)	62 (96.9)	< 0.001
Réalisation FCU	100	36 (72.0)	64 (100.0)	
Prescription contraception	112	48 (96.0)	64 (100.0)	0.19
Pose DIU	66	8 (16.0)	58 (90.6)	
Pose implant	72	22 (44.0)	50 (78.1)	< 0.001
Suivi de contraception	91	27 (54.0)	64 (100.0)	
Pratique IVG médicamenteuse	18	14 (28.0)	4 (6.2)	0.002
Échographie gynécologique	5	0 (0.0)	5 (7.8)	0.07
Dépistage des violences	103	43 (86.0)	60 (93.8)	0.21
Formations complémentaires	101	n = 50	n= 61	
Congrès	80	45 (90.0)	35 (56.5)	< 0.001
Formation à l'hôpital	15	11 (22.0)	4 (6.5)	0.02
DU ou DIU de gynécologie	38	6 (12.0)	32 (51.6)	< 0.001
Formations personnelles	31	6 (12.0)	25 (40.3)	0.001
Sites internet	31	16 (32.0)	33 (53.2)	0.02

Tableau III : différence de pratique de la gynécologie entre le secteur libéral et le secteur hospitalier public

Le tableau III est une comparaison de la pratique de la gynécologie entre le secteur hospitalier public et le secteur libéral. Le fait de travailler en hôpital réduit significativement la fréquence de pratique, notamment les consultations de suivi de prévention, les actes gynécologiques (pose de DIU ou d'implant, dépistage des IST, réalisation de FCU) et le dépistage des violences faites aux femmes.

Les sages-femmes appartenant au secteur libéral ont plus tendance à suivre des formations diplômantes au lieu de suivre des interventions lors de congrès.

4. Formations initiale et complémentaire

	Total (n=)	Hôpital public (n=126)	Libéral (n=71)	PMI (n=10)	CPEF (n=5)	CPP (n=7)
Formation initiale	159	106 (84.1)	51 (71.8)	5 (50.0)	3 (60.0)	3 (42.8)
Jugée insuffisante	148	99 (93.4)	49 (96.1)	3 (60.0)	3 (100.0)	3 (100.0)
Formation complémentaire (n=129)	129	58 (46.0)	63 (90.0)	5 (50.0)	5 (100.0)	7 (100.0)
Congrès	93	49 (84.5)	36 (56.2)	5 (100.0)	2 (40.0)	5 (71.4)
Formations à l'hôpital	18	12 (20.7)	4 (6.2)	1 (20.0)	1 (20.0)	1 (14.3)
DU ou DIU de gynécologie	42	9 (15.5)	33 (51.6)	0 (0.0)	2 (40.0)	3 (42.9)
Formations personnelles	40	11 (19.0)	26 (40.6)	1 (20.0)	3 (60.0)	4 (57.1)
Sites internet	55	18 (31.0)	34 (53.1)	2 (40.0)	1 (20.0)	1 (14.3)

Tableau IV : Détails des formations suivies par les sages-femmes présentés sous forme d'effectifs (pourcentages).

Le détail des formations suivies par les sages-femmes est développé dans le tableau IV.

Une majorité des interrogées (76%) ont suivi une formation de gynécologie durant leurs études, mais seulement 5.2% la jugent suffisante à une pratique autonome après l'obtention du diplôme. Parmi celles qui jugent que la formation initiale n'est pas suffisante, 44.6% estiment que cela est dû à un manque de cours théoriques et 98% une lacune dans la formation pratique (stages, travaux pratiques). Au total, 42.7 % pensent que c'est à la fois un manque de pratique et un manque de théorie.

L'année d'obtention du diplôme influe sur la formation initiale en gynécologie : la majorité des sages-femmes diplômées après 2010 (98.0%) ont bénéficié d'apports théoriques et cliniques ainsi que 90.4% des diplômées entre 2002 et 2010. Seulement 46.1% des sages-femmes ayant obtenu leur diplôme avant 2010 ont bénéficié d'une formation initiale.

Au total, 61.7% des sages-femmes ont suivi au minimum une formation complémentaire durant leur carrière, parmi lesquelles 90% sont des sages-femmes libérales. La participation à des congrès reste la méthode de formation majoritaire (72.1%) et la consultation de sites internet tels que formagyn a une place importante (42.7%). Plus de la moitié (51.6%) des sages-femmes libérales sont titulaires d'un DU ou un DIU de gynécologie.

Parmi celles n'ayant pas suivi de formation complémentaire 32.9% ne souhaitent pas y participer et 21.5% aimeraient obtenir un DU ou un DIU de gynécologie, majoritairement des sages-femmes libérales. Les autres formations souhaitées sont des travaux pratiques de gynécologie (pose de DIU ou d'implant) et des cours théoriques sur la contraception.

L'acquisition de connaissances supplémentaires est la motivation principale (81.3%) pour la participation à ces formations, cohérent avec la formation initiale jugée insuffisante.

L'accès aux formations post-diplôme est jugé majoritairement facile (59.9%), parfois compliqué (30%).

DISCUSSION

1. Validité de l'étude

1.1 Points forts

L'étude a été réalisée auprès des sages-femmes du territoire auvergnat, tous secteurs confondus. Le seul secteur qui n'a pas pu être représenté est celui du secteur hospitalier privé, le refus de diffusion en étant la cause. Le taux de réponse au questionnaire est de 46% et chaque secteur d'exercice est représenté au sein de chaque département, ce qui donne un échantillon étudié proche de la population source. De nombreuses relances effectuées auprès des sages-femmes libérales et hospitalières ont permis d'obtenir un taux de réponse satisfaisant.

Par ailleurs, cette étude a été effectuée huit ans après la promulgation de la loi HPST, ce qui a permis d'explorer la réalité de l'exercice des sages-femmes dans le domaine de la gynécologie de prévention.

1.2 Points faibles

Dans le questionnaire la date fixée pour l'année d'obtention du diplôme d'État est 2010, celle-ci aurait dû être 2015. Effectivement les premières sages-femmes ayant suivi la réforme des études ont été diplômées seulement en 2015. Toutefois, l'étude ayant débuté en septembre 2017, peu de sages-femmes diplômées auraient eu la possibilité d'exercer, puisque seulement deux ans séparent l'année d'obtention du diplôme et le début de l'étude.

Le questionnaire présente une autre imprécision car il ne permet pas une différenciation entre les différents types de maternités (I, IIa, IIb et III) parmi les sages-femmes hospitalières alors qu'il y a une différence de pratique en gynécologie. Il manque également une distinction entre la prescription de la contraception dans le cadre du post-partum et dans celui du suivi gynécologique.

2. Analyse des résultats

2.1 Profil de la population étudiée

Au premier janvier 2017 la DREES a réalisé une étude statistique portant sur les sages-femmes inscrites au RPSS. Ainsi cet organisme recense 21 638 sages-femmes en France métropolitaine dont 471 sur le territoire auvergnat. Ce travail de recherche porte sur 209 sages-femmes en Auvergne, ce qui représente 44.4% de la population. Il est également étendu à tous les secteurs d'exercice et peut être représentatif de la population des sages-femmes d'Auvergne (69).

Le département le plus représenté dans cette étude est le Puy-de-Dôme. Vient ensuite l'Allier, puis la Haute-Loire et le Cantal avec le même pourcentage de participation pour ces deux derniers départements. Ces constats sont cohérents avec les statistiques avancées par la DREES au premier janvier 2017 (69).

Dans cette étude, 60.3% des sages-femmes appartiennent au secteur public hospitalier, ce qui est proche de la réalité car selon la DREES ce secteur représente 65.4% des sages-femmes d'Auvergne. C'est un secteur qui voit son effectif en constante augmentation malgré une diminution du nombre de naissances. Le secteur libéral a aussi une place importante dans l'étude, 40% des sages-femmes ayant répondu au questionnaire en font partie et ce taux est d'environ 30% à l'échelle de l'Auvergne en n'incluant que les libérales exclusives. Les sages-femmes libérales sont donc surreprésentées dans cette étude, cela est peut-être dû au fait qu'elles se sentent plus concernées par l'exercice de la gynécologie que celles appartenant par exemple au secteur hospitalier public. Témoin d'une orientation professionnelle qui séduit de plus en plus de sages-femmes, la part de sages-femmes à exercer en cabinet libéral exclusif ou en association avec un contrat à l'hôpital a connu et va connaître une augmentation très forte. Cette tendance est due à la croissance de l'effectif des sages-femmes diplômées qui, précarisant l'emploi en maternité, entraîne des installations en cabinet libéral de plus en plus nombreuses et surtout de plus en plus précoces. Les autres secteurs (CPP, CPEF, PMI) sont présents en minorité dans l'étude, expliqué par de faibles effectifs initiaux (69,72).

2.2 Facteurs influençant la pratique de la gynécologie

2.2.1 Freins et difficultés exprimés

L'année d'obtention du diplôme ne constitue pas un frein à l'exercice de la gynécologie : les sages-femmes ayant été diplômées avant la réforme de 2002 et qui ont intégré la gynécologie à leur pratique quotidienne ont su se former pour combler leurs manques dans la formation initiale. Quels que soient les modes d'exercice, les sages-femmes se sentent globalement insuffisamment formées pour réaliser le suivi gynécologique de prévention. Avant la réforme des études de 2010, la formation initiale présente de nombreuses insuffisances, surtout dans son aspect pratique, et les sages-femmes diplômées ne possèdent pas toutes les compétences gynécologiques. Le manque de stages en gynécologie est récurrent et les sages-femmes ressentent le besoin d'effectuer des formations complémentaires pour combler ces lacunes et pratiquer en toute confiance. Ainsi la réalisation de consultations de contraception et d'actes techniques comme la pose de DIU ou d'implants nécessitent une formation préalable. Les sages-femmes exerçant en secteur libéral sont celles qui accèdent le plus aux formations car l'activité des sages-femmes dans ce secteur ne cesse de se développer. L'étude de CORNE A, réalisée auprès d'étudiantes sages-femmes diplômées en 2013, a montré que les nouvelles diplômées sont dans l'ensemble satisfaites des cours théoriques, mais avec une demande de cas cliniques de contraception et de d'ateliers pratiques sur l'examen gynécologique. La formation pratique était jugée inadaptée, car certains professionnels encadrant les étudiantes en stage ne connaissant pas les nouvelles compétences des sages-femmes ou ne leur laissant pas l'occasion de pratiquer sur le lieu de stage. Les sages-femmes nouvellement diplômées et souhaitant exercer la gynécologie sont contraintes de compléter leur formation avant de pouvoir pleinement exercer. (13,21)

Un besoin de reconnaissance des compétences des sages-femmes auprès des autres professionnels de santé est également souligné dans notre étude. Leurs droits de prescriptions sont méconnus, leurs rôles ne sont pas clairement définis. Les femmes ne présentant pas de pathologie ne sont peut-être pas toutes dirigées vers une sage-femme pour leur suivi gynécologique de prévention. Ce sont des points sources de conflits mais qui soulèvent des questions quant au degré d'optimisation de la prise en charge des femmes et à la connaissance des professions de santé entre elles.

Leur manque de visibilité auprès des femmes est une difficulté quotidienne pour les sages-femmes. Leurs compétences sont parfois méconnues et leur rôle dans la gynécologie est celui qui souffre le plus de ce manque d'information.

DELEPEAU C, dans son étude réalisée en 2015 auprès de 241 patientes, a montré qu'elles ne connaissent pas suffisamment les compétences des sages-femmes bien qu'elles se sentent maintenant suivies de manière satisfaisante d'un point de vue médical. Elles se sentent même mieux suivies lorsqu'elles le sont par une sage-femme, professionnelle ressentie comme étant plus à l'écoute des femmes et plus disponible. Le moindre coût des consultations a également été évoqué comme facteur motivant la consultation auprès d'une sage-femme. A l'époque de cette étude seulement 4% des femmes incluses dans l'étude réalisaient leur suivi gynécologique auprès d'une sage-femme, mais 73% étaient prêtes à changer après une information adéquate sur la profession et ses compétences (21).

Dans cette même étude, seulement 41% des femmes interrogées savent que les sages-femmes sont capables de réaliser le suivi gynécologique de prévention. Le gynécologue est considéré comme le professionnel de la santé génésique. BERGERON A montre, dans son études réalisée au Québec, que la sage-femme est identifiée comme un véritable intervenant de premier recours en gynécologie. Si la sage-femme veut être considérée comme l'actrice de premier recours dans le suivi gynécologique l'accent doit être mis sur l'information du grand public sur leurs compétences. Le ministère des solidarités et de la santé réalise des campagnes d'informations auprès des femmes, comme avec des affiches sur les rôles des sages-femmes, présentent dans les salles d'attentes d'hôpitaux ou de cabinets médicaux par exemple. A l'occasion de la journée mondiale de la sage-femme le ministère a également diffusé une vidéo sur les missions des sages-femmes, diffusée entre autres sur les réseaux sociaux (87).

Des sages-femmes appartenant au secteur libéral ou de PMI évoquent un manque de réseau disponible, témoin de la désertification médicale. Les organismes comme l'ARS luttent contre ce phénomène en créant des conditions d'exercice attractives avec notamment la création de maisons de santé pluri professionnelles et une aide financières apportée aux cabinets médicaux situés dans des zones isolées (65).

Pour le secteur libéral, les résultats montrent que le travail en réseau avec les médecins est parfois complexe. Pour 25.4% d'entre elles la relation est problématique et cela dépend des médecins pour 17.5%. Un article publié en 2014 évoque les possibles difficultés de collaboration sage-femme/gynécologue-obstétricien : elles résident principalement sur les compétences partagées, comme le suivi gynécologique de prévention de la femme en bonne santé. Ces difficultés seraient en partie dues à la méconnaissance de la formation et des nouvelles compétences des sages-femmes. Le suivi des grossesses physiologiques est également un point de discordance entre sages-femmes et obstétriciens. Ne faudrait-il pas mieux coordonner les activités de chacun pour permettre aux deux corps médicaux d'exploiter leurs compétences propres ? Les évolutions démographiques inverses de ces deux professions au cours des années à venir ne pourraient-elles pas favoriser cette meilleure articulation des compétences et donc des meilleures relations ? C'est en tout cas ce qui est souhaitable pour permettre aux femmes une prise en charge optimale. Les sages-femmes ne désirent pas que ces nouvelles compétences et notamment l'IVG médicamenteuse soit source de conflit, et sont conscientes du besoin de compléter leur formation initiale avant de pratiquer ces actes (88).

Dans le secteur hospitalier public les consultations de contraception sont peu ouvertes aux sages-femmes et sont réalisées par des médecins, gynécologues, internes en gynécologie ou en médecine générale. Limitées au service maternité, les sages-femmes réalisent principalement des activités gynécologiques dans le cadre du post-partum immédiat (prescription de contraception adaptée et informations sur le suivi). L'absence de créneaux dédiés aux consultations de gynécologie constitue un frein pour 78% des sages-femmes hospitalières. Dans certains centres de type 1 ou 2 les sages-femmes ont d'avantage la possibilité de mettre en œuvre leurs compétences gynécologiques et effectuent des consultations d'urgence ou les IVG médicamenteuses, sous prescription préalable d'un médecin pour le moment.

2.2.2 Motivations exprimées

L'adaptation à la demande des femmes est un moteur principal à la pratique de la gynécologie. Face à la diminution du nombre de gynécologues, les femmes ont plus de difficultés à obtenir un rendez-vous, et s'orientent vers les sages-femmes lorsqu'elles connaissent les compétences des différents professionnels de santé.

Pour de nombreuses sages-femmes le suivi global des femmes est très important (71.3%). Pour elles, il est logique de pouvoir accompagner la femme tout au long de sa vie génitale, pas seulement pendant la grossesse et le post-partum. 38.3% des sages-femmes, notamment des sages-femmes diplômées après 2010, souhaitent pratiquer la gynécologie par intérêt personnel et pas seulement par nécessité. Une étude réalisée en 2014 auprès des sages-femmes diplômées de l'école de Limoges entre 2001 et 2013 a montré que le secteur libéral est de plus en plus investi. Face à un marché du travail compliqué, les sages-femmes s'orientent vers le secteur libéral, parfois à défaut d'obtenir un contrat en milieu hospitalier. La gynécologie est également de plus en plus attractive avec 28% des sages-femmes, principalement des libérales, qui envisagent de participer à un DU ou un DIU de gynécologie (89).

Dans notre étude 56% des sages-femmes souhaitent intégrer la gynécologie à leur pratique, mais la majorité d'entre elles ne préfèrent pas le faire dans l'immédiat, peut-être trop accrochées à leurs activités obstétricales, ou certaines ne l'ont pas encore intégré à leur projet professionnel actuel. Quelques sages-femmes, principalement celles diplômées avant 2002, perçoivent négativement ces nouvelles compétences. La gynécologie est jugée trop éloignée du champ de l'obstétrique, qui est la raison de leur appartenance à cette profession. Les sages-femmes libérales qui n'ont pas inclus la gynécologie dans leur pratique courante l'ont toutes choisi. Pour 41.2% des sages-femmes hospitalières ne pas exercer ces nouvelles compétences est un choix professionnel et c'est pour près de 20% d'entre elles à cause d'un manque d'intérêt.

L'intégration de l'IVG médicamenteuse dans le panel des compétences des sages-femmes n'a pas été accueillie favorablement par certaines professionnelles, qui considèrent cette pratique comme dépassant leurs compétences initiales. Cependant, selon une étude réalisée en 2015 sur le positionnement des sages-femmes par rapport à la réalisation de l'IVG médicamenteuse, la majorité des professionnelles reste favorable à ces nouvelles compétences et se sentent prêtes à pratiquer ce type d'IVG après avoir reçu une formation adéquate. L'accès à l'IVG étant un véritable problème de santé publique, l'intégration des sages-femmes à l'orthogénie permettra une réponse plus adaptée à l'importante demande d'interruption de grossesses. La formation à la fois médicale et psychosociale positionne les sages-femmes comme professionnelles adaptées à cette pratique, dans le respect de la physiologie (90).

2.3 Pratique de la gynécologie

› Consultation de suivi de prévention et prescription de contraception

Dans cette étude, 63.1% des sages-femmes interrogées pratiquent la gynécologie de prévention, dont une minorité présente en secteur hospitalier. En France, les sages-femmes de ce secteur exercent principalement des activités obstétricales : par exemple, la rééducation périnéale occupe une place importante (46% des actes) alors que le suivi gynécologique de prévention est faiblement réalisé (1% des actes). Une sage-femme réalisant des consultations de suivi de grossesse déclare que le développement de ce type d'activité pour les sages-femmes ne serait pas rentable pour l'hôpital et risquerait également d'entraîner une perte de la qualité de la relation entre les sages-femmes et les médecins (72).

Parmi les sages-femmes réalisant la prescription de contraception, elles sont 54% à faire partie du secteur hospitalier. Il ne faut cependant pas oublier qu'elles prescrivent une contraception dans les services de suites de couche. Mais comme le questionnaire ne distinguait pas une contraception prescrite dans le post-partum et une prescrite dans le cadre d'un suivi nous ne pouvons pas apporter de conclusion sur ce point.

En revanche, les sages-femmes libérales pratiquent presque toutes la gynécologie, sûrement en reflet de l'adaptation de ce secteur face à une population de gynécologues qui décroît. Dans une étude réalisée en 2015 sur le territoire auvergnat 81% des professionnelles de ce secteur pratiquaient couramment la gynécologie, pourcentage qui a bien évolué en 2 ans puisqu'il est à 94.1% en 2017. (91)

Les sages-femmes exerçant dans des CPEF et des CPP ont une activité très centrée sur la gynécologie, intégrée à leur pratique quotidienne avec les consultations de contraception et d'orthogénie, et le dépistage des IST. Ces constats sont conformes à leur rôle dans les IVG et dans la prévention. Quant aux professionnelles travaillant en centre de PMI elles sont 50% à réaliser des actes gynécologiques, leur activité étant plus orientée vers l'aspect social et périnatal. Un des nombreux rôles des sages-femmes de PMI et de CPEF est également de réaliser des interventions auprès des collèges et des lycées, avec des informations concernant les IST, les différents moyens de contraceptions, l'IVG et les moyens déployés par la région pour les aider dans leurs démarches (31).

› **Actes techniques**

Dans notre étude, la réalisation de FCU est un acte fréquent. Les sages-femmes dans le secteur public hospitalier pratiquent peu cet acte, leur activité étant majoritairement liée à la salle de naissance ou aux suites de couche immédiates. En revanche, une grande majorité de sages-femmes des autres secteurs réalise des FCU, dont la totalité des libérales qui le font le plus souvent de manière hebdomadaire. Dans un contexte actuel où les femmes sont mal ou peu, voire pas du tout, dépistées les sages-femmes ont leur place dans le dépistage des cancers gynécologiques et notamment le cancer du col utérin. On sait que ce dépistage est influencé par la précarité, et les femmes isolées géographiquement y ont moins facilement accès. Dans les réponses à notre questionnaire, une sage-femme de PMI souligne le matériel disponible. (63)

Les actes plus techniques concernant la contraception (les poses de DIUs et d'implants), sont moins réalisés en raison du manque de formation initiale sur le plan pratique. Ce sont cependant des actes qui sont de plus en plus réalisés par les sages-femmes. Ces dernières, par manque de formation initiale, commencent à se former de plus en plus comme lors de congrès ou via une formation diplômante. DUPOND S, souligne dans son étude réalisée dans le CIR2 auprès de 3755 sages-femmes du Nord-Pas de Calais, de la Picardie, de la Champagne-Ardenne, de la Lorraine et d'Alsace inscrites à l'ordre au premier janvier 2010 constatait que moins de 1% d'entre-elles réalisaient la pose du stérilet et 1% effectuaient le retrait, 2% réalisaient la pose de l'implant et moins de 1 % réalisaient le retrait. Dans notre étude 90.6% des sages-femmes libérales effectuent la pose du DIU et 78.1% la pose de l'implant. (92)

> **Autres actes**

Dans notre étude, les sages-femmes de PMI sont nombreuses à réaliser régulièrement le dépistage des violences faites aux femmes, cohérent avec leur rôle social dans la prévention auprès des femmes enceintes dont l'état de santé ou la situation matérielle ou morale le nécessite. Une étude réalisée en 2015 sur le dépistage des violences faites aux femmes en Auvergne montre que 82.5% des sages-femmes pratiquaient le dépistage non systématique. C'est un dépistage réalisé significativement parmi les sages-femmes libérales. Notre étude retrouve des résultats similaires avec 91% des sages-femmes réalisant ce dépistage, 93.9% étant des libérales dont la majorité le réalise fréquemment (93).

La pratique de l'IVG médicamenteuse est incluse seulement depuis 2010 dans la pratique des sage-femme, cela explique donc les résultats obtenus dans notre étude : quatre sages-femmes libérales (6.2%) exercent cette pratique et elles sont 15.9% à la réaliser dans les hôpitaux. Certaines sages-femmes appartenant au secteur hospitalier ont précisé dans leur questionnaire que cette pratique était réalisée au sein des services, après prescription d'un médecin. Les sages-femmes sont-elles déjà autonomes dans la pratique de l'IVG médicamenteuses dans certains centres ou est-ce toujours après prescription d'un médecin ?

Suite à la loi santé de 2016, un hôpital de la région parisienne a mis en place des consultations d'orthogénie conduites par les sages-femmes : le bilan est positif, permettant d'améliorer la rapidité et la disponibilité de ces consultations pour les femmes. Autre retour d'expérience : l'intégration de l'IVG médicamenteuse dans la pratique d'un cabinet libéral d'une sage-femme qui a mis à jour sa formation et qui a obtenu un certificat justifiant d'une pratique régulière de cet acte. Le bilan est là aussi positif, avec une aide du réseau de santé périnatale de la région qui mets à disposition des praticiens des dossiers-type d'information et de prise en charge personnalisés, ainsi que des fiches de suivi et de transmission d'information, en cas de consultations aux urgences gynécologiques. L'amélioration à venir serait de mettre à disposition une codification des actes d'orthogénie pour les sages-femmes. (94,95)

› **Quelle orientation des femmes si la sage-femme ne pratique pas ?**

Toutes les sages-femmes ne pratiquent pas encore la gynécologie et lorsqu'elles se trouvent face à une situation qu'elles ne peuvent pas gérer avec leurs compétences actuelles, elles orientent toutes vers un gynécologue et 76.5% vers une sage-femme libérale. Pensent-elles à diriger des femmes ne présentant pas de pathologie vers une sage-femme libérale ?

Dans notre étude, moins d'un tiers des sages-femmes interrogées pensent à la possibilité d'orienter la femme vers un médecin généraliste. Or cette catégorie de professionnel, lorsqu'il a été formé en gynécologie, est une alternative intéressante pour permettre un suivi des femmes dans des zones moins denses en professionnels de la gynécologie comme dans le Cantal ou la Haute-Loire.

3. Projets d'action

› Faire le point sur la formation initiale actuelle

Face au constat d'une carence de formation initiale et plus particulièrement dans son aspect pratique, il serait intéressant d'améliorer ce point. En réalisant un travail de recherche spécifique sur la formation initiale dans toutes les écoles de sage-femme de France, grâce au réseau de l'Association Nationale des Étudiantes Sage-Femme, les points à améliorer pourraient être identifiés. Cela permettrait d'harmoniser les stages entre et au sein des écoles avec par exemple des stages dans les centres de planification ou en généralisant les stages auprès des sages-femmes ayant intégré la gynécologie de prévention à leur pratique ou auprès de gynécologues ou de médecins généralistes pratiquant la gynécologie. Le but serait de permettre aux nouvelles diplômées qui le souhaitent d'exercer la gynécologie dans de meilleures conditions, notamment pour la pose de DIU ou d'implants contraceptifs.

› Encourager à l'apprentissage de la gynécologie chez les étudiantes sages-femmes

La formation pratique en gynécologie n'est pas supposée égale parmi les étudiantes sages-femmes de France, un stage en gynécologie n'est pas systématique. Dans l'attente des résultats de l'étude proposée ci-dessus et des changements pouvant en résulter, il apparaît important de motiver les étudiantes sages-femmes à être actrices de leur formation. En effet, il s'agirait de profiter des stages actuels, pas forcément dédiés à l'apprentissage de la gynécologie, pour exercer les compétences gynécologiques des sages-femmes.

Afin de faciliter cet aspect, des binômes entre des étudiantes en début de formation et des étudiantes plus avancées dans leurs études, qui pourraient partager leurs expériences et connaissances, pourraient être mis en place. Ces binômes, constitués d'une étudiante de premier cycle et d'une de deuxième cycle, permettraient aux étudiantes d'être guidées en stage par leurs aînées, et à ces dernières d'apprendre à encadrer comme elles continueront à le faire en tant que sage-femme. Un module « pédagogie de l'apprenant » pourrait être mis en place en début de quatrième année pour favoriser l'encadrement des étudiantes de premier cycle.

› **Informier les autres professions de santé et favoriser la pratique de la gynécologie par les sages-femmes**

Face au besoin de reconnaissance par les autres professions de santé des compétences des sages-femmes identifiées dans notre étude, il semble important d'informer ces professionnels sur ces compétences gynécologiques. Il faudrait cibler en priorité les médecins généralistes et gynécologues ainsi que les pharmaciens, professionnels de première ligne concernant l'orientation des patientes, ou dans la délivrance de médicaments ou dispositifs médicaux. Il faudrait leur fournir une liste des sages-femmes pratiquant la gynécologie dans leur région d'exercice ainsi qu'une liste des droits de prescription et compétences de la profession sage-femme.

› **Renforcer le rôle de la sage-femme comme praticienne de premier recours dans la gynécologie.**

Afin de permettre une meilleure information de la population sur les compétences des sages-femmes et de répondre aux problèmes de santé publique actuels, il semble pertinent de placer la sage-femme comme praticienne de premier recours dans la santé gynécologique des femmes. Cela pourrait se traduire par la proposition d'une consultation de suivi de prévention, entièrement prise en charge par l'assurance maladie. Cette action concernerait les jeunes femmes au moment de leur majorité, et n'étant pas identifiées comme étant atteintes d'une pathologie particulière. Elles seraient informées de la possibilité de consulter gratuitement une sage-femme via un courrier envoyé par la sécurité sociale au moment de leur 18 ans, et ce courrier serait valable jusqu'à leurs 25 ans.

CONCLUSION

Dans un contexte actuel de pleine mutation de la profession sage-femme face à une démographie de gynécologues en baisse, les sages-femmes possèdent de plus en plus de compétences dans le domaine de la gynécologie. Après le suivi gynécologique de prévention et les consultations de contraception grâce la promulgation de la loi HPST de 2009 ce sont maintenant les IVG médicamenteuses qui sont entrées dans les compétences des sages-femmes depuis la loi santé de 2016. Le travail de recherche présenté avait pour but d'identifier les facteurs qui influencent la pratique quotidienne de la gynécologie par les sages-femmes (freins, difficultés de pratique et motivations) ainsi que de décrire cette pratique.

Cette étude a permis de constater que le manque de formation initiale, notamment pratique, est un réel frein à l'exercice de la gynécologie pour les sages-femmes diplômées avant la réforme des études. La formation initiale s'est adaptée aux nouvelles compétences mais des progrès restent à faire, notamment dans son aspect pratique. Il serait donc intéressant de réaliser une étude spécifique sur la formation initiale afin d'améliorer efficacement cet aspect.

Les sages-femmes souhaitent pratiquer la gynécologie en partie pour s'adapter à une demande croissante des femmes en matière de suivi gynécologique, mais souffrent d'un manque de visibilité auprès des femmes qui sont peu à connaître les compétences en gynécologie des sages-femmes. Ces professionnelles sont nombreuses à montrer un intérêt pour cette pratique et plus de la moitié des sages-femmes ne pratiquant pas la gynécologie pour le moment souhaitent l'intégrer dans leur pratique. Ce travail de recherche a également mis en évidence que la majorité des sages-femmes libérales, de PMI, de CPP et de CPEF réalisent des consultations de contraceptions et de suivi de prévention. Toutefois l'activité des sages-femmes dans le secteur hospitalier reste centrée autour de l'obstétrique, peu de créneaux sont dédiés aux consultations de gynécologie par les sages-femmes et ces compétences sont majoritairement exercées dans le cadre du post-partum immédiat.

La profession sage-femme est en constante évolution, notamment grâce à l'extension des compétences dans le domaine de la gynécologie. Il semble intéressant de suivre l'évolution de ses compétences ainsi que leur intégration et leur adaptation à la pratique quotidienne des professionnelles. Il serait donc judicieux d'avoir un aperçu de la pratique de la gynécologie d'ici trois à cinq ans, notamment pour suivre la mise en place de l'IVG médicamenteuse réalisée par les sages-femmes.

L'avenir de la profession sage-femme réside en grande partie dans le secteur libéral qui attire un nombre croissant de professionnelles. Elles sont de plus en plus nombreuses dans ce secteur à exercer leurs compétences gynécologiques. En 2030, plus d'une sage-femme sur trois pourrait exercer en libéral, ce qui permettrait de renforcer l'offre de soins en gynécologie et de répondre aux problématiques actuelles en terme de santé publique. (96)

REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

1. Poiré E. Les nouvelles compétences en matière de suivi gynécologique de prévention et de contraception comme témoin de l'évolution de la profession de sage-femme [Mémoire pour obtenir le Diplôme d'Etat de Sage-Femme]. [Paris]: Université Paris Descartes; 2014.
2. Cour des comptes. Le rôle des sages-femmes dans le système de soins. In: Rapport de la cour des comptes [Internet]. 2011. p. 173- 98. Disponible sur: <http://www.cnsf.asso.fr/doc/F2A5BE7F-5056-9C00-41D261942F7C8F54.pdf>
3. Article L5134-1. Code de la santé publique (2016).
4. Article R4127-324. Code de la santé publique (2004).
5. Décret n°2006-1268 du 17 octobre 2006 relatif au code de déontologie des sages-femmes et modifiant le code de la santé publique. JORF n°242 (2006).
6. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n°0167 (2009).
7. Article L4151-1. Code de la santé publique (2016).
8. Article L4151-4. Code de la santé publique (2016).
9. Décret n° 2012-881 du 17 juillet 2012 portant modification du code de déontologie des sages-femmes. JORF n°0166 (2012).
10. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. JORF n°0022 (2016).
11. Association Nationale des Sages-Femmes Orthogénistes. Que souhaiteriez-vous que les sages-femmes puissent réaliser (IVG, IST etc) ? [Internet]. 2015 [cité 16 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.sages-femmes-orthogenistes.org/que-souhaiteriez-vous-que-les-sages-femmes-puissent-realiser-ivg-ist-etc/>
12. Loi n° 79-1204 du 31 décembre 1979 relative à l'interruption volontaire de la grossesse [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000705056>
13. Arrêté du 11 décembre 2001 relatif au contrôle des connaissances et des aptitudes des étudiants sages-femmes et à l'organisation des examens [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000225728>
14. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Circulaire relative aux modalités de mise en place de la réforme LMD au sein des écoles de sages-femmes. Bull Off. 2012;(2):181- 4.
15. Arrêté du 11 mars 2013 fixant le programme des études de sages femmes. [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027231825>

16. Article R4153-1. Code de la santé publique (2016).
17. Articles R4127-325 et R4127-304. Code de la santé publique (2012).
18. Décret n° 2011-2117 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des sages-femmes. JORF n°0001 (2012).
19. CNOSF. Liste des formations autorisées par les CNOSF [Internet]. ANESF. 2016 [cité 17 avr 2017]. Disponible sur: http://anesf.com/wp/?page_id=4120
20. Bissonnier A. DPC: l'organisme gestionnaire du dispositif voit le jour. Contact Sages-Femmes. 2012;(32):25.
21. Corne A. Suivi gynécologique et contraception :point sur la formation initiale et continue des sages-femmes [Mémoire pour obtenir le Diplôme d'Etat de Sage-Femme]. [Lorraine]: École de Sages-Femmes Albert Fruhinsholz; 2014.
22. Association Nationale des Sages-Femmes Orthogénistes. Actualités : formation pour la prise en charge des IVG médicamenteuses [Internet]. 2016 [cité 17 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.sages-femmes-orthogenistes.org/vendredi-3-fevrier-2017-formation-pour-la-prise-en-charge-des-ivg-medicamenteuses/>
23. Organisation Mondiale de la Santé. Santé génésique [Internet]. Genève (Suisse); 2004 avr [cité 1 avr 2017]. Report No.: A57/13. Disponible sur: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA57/A57_13-fr.pdf
24. MGEN, LMDE. La santé et les droits des femmes : dossier de presse [Internet]. 2011 [cité 12 avr 2017]. Disponible sur: https://www.mgen.fr/fileadmin/documents/5_Le_groupe_MGEN/Communiqués_de_presse/2011/20111018_Appel_santé_femmes_MGEN-LMDE_DP_.pdf
25. HAS. Dépistage et prévention du cancer du sein [Internet]. 2015 [cité 15 janv 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces_k_du_sein_vf.pdf
26. HAS. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus [Internet]. 2013 [cité 15 janv 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_col_uterus_2013-30-08__vf_mel.pdf
27. Plan cancer 2014-2019 : guérir et prévenir les cancers : donnons les mêmes chances à tous, partout en France. Paris. Ministère des affaires sociales et de la santé; 2014. 150 p. (Documents institutionnels).
28. Haut Conseil de la santé publique. Vaccination contre les infections à papillomavirus humains [Internet]. 2014 [cité 10 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=454>

29. Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes. 5ème plan de lutte contre les violences faites aux femmes 2017-2019 [Internet]. [cité 14 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/5eme-plan-de-mobilisation-et-de-lutte-contre-toutes-les-violences-faites-aux-femmes-2017-2019/>
30. Loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. JORF n°156 (2001).
31. Ministère des affaires sociales et de la santé. Stratégie nationale de santé sexuelle, agenda 2017-2030 [Internet]. [cité 15 avr 2017]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
32. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Marisol Touraine modernise le dépistage organisé du cancer du sein et annonce la mise en place de deux consultations dédiées, pour toutes les femmes de 25 ans et 50 ans [Internet]. 2017 [cité 15 avr 2017]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/article/marisol-touraine-modernise-le-depistage-organise-du-cancer-du-sein-et-annonce>
33. Ledig A, Linet T, Koch J. Mon guide gynéco: devenir actrice de sa santé. Paris: Pocket; 2016.
34. Vincent-Rohfritsch A, Pernin E, Chabbert-Buffet N. Nouveautés en contraception. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2012;41(2):108-14.
35. Ordre National des Sages-Femmes. Référentiel métier et compétences des sages-femmes [Internet]. 2010 [cité 14 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf>
36. Maury M. Nouvelles compétences en gynécologie et contraception : quels intérêts portés par les patientes, quels enjeux pour les sages-femmes ? [Mémoire pour obtenir le Diplôme d'Etat de Sage-Femme]. [Paris]: Université Paris Descartes; 2011.
37. Irala J de, Osorio A, Carlos S, Burgo CL. Choice of birth control methods among European women and the role of partners and providers. Contraception. 2011;84(6):558-64.
38. INPES. Contraception : Les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? [Internet]. 2011 [cité 6 avr 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/11/dp111026.pdf>
39. HAS. Contraception : prescriptions et conseils aux femmes [Internet]. 2015 [cité 16 avr 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraception_prescription-conseil-femmes-060215.pdf
40. Bajos N, Moreau C, Bohet A., Le Guen M. La contraception en France: nouveau contexte, nouvelles pratiques? Populations et sociétés. 2012;(492):1-4.

41. INPES. Baromètre santé, activité sexuelle, IST, contraception [Internet]. 2006 [cité 10 avr 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/BS2005/synthese/sexualite.asp>
42. Jost S, Tohic AL, Chis C, This P, Grosdemouge I, Panel P. Contraception des femmes françaises de 15 à 45 ans : enquête nationale sur un échantillon représentatif de 5963 femmes. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2014;42(6):415-21.
43. Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N. Contraception: from accessibility to efficiency. *Hum Reprod*. mai 2003;18(5):994-9.
44. Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2015. *Etudes Résultats*. 2016;(968):1-6.
45. ORS, Féat G, Venzac M, Maquinghen S. Les interruptions volontaires de grossesse en Auvergne [Internet]. 2016 [cité 10 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.ors-auvergne.org/travaux-etudes/les-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-auvergne/>
46. INCa. Généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus, étude médico-socio-économique, phases 1 et 2 [Internet]. 2016 [cité 10 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Synthese-Generalisation-du-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-etude-medico-economique-Phase-1>
47. HCL, INCa, INSERM, Francim, InVS. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2010 [Internet]. 2010 [cité 9 avr 2010]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/applications/cancers/projections2010/rapport_projections_nationales_cancer_2010.pdf
48. INCa. Plan d'action pour la rénovation du dépistage organisé du cancer du sein [Internet]. 2017 [cité 16 avr 2017]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan-actions-renov-cancer-sein-2.pdf>
49. ARS Auvergne, ARDOC, ABIDEC. La lutte contre le cancer, une priorité en Auvergne [Internet]. 2016 [cité 10 avr 2017]. Disponible sur: <https://www.esante-auvergne.fr/sites/default/files/depliant-depistagecancer.pdf>
50. Santé publique France. Infection par le VIH et les IST bactériennes : données épidémiologiques. Point Épidémiologique [Internet]. 29 nov 2016 [cité 16 avr 2017]; Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites/Infection-par-le-VIH-et-les-IST-bacteriennes.-Point-epidemiologique-du-29-novembre-2016>
51. Centre d'analyse stratégique. Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ? Une comparaison internationale. *Note Anal*. 2011;(226):1-12.

52. Lopez LM, Otterness C, Chen M, Steiner M, Gallo MF. Behavioral interventions for improving condom use for dual protection. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(10):CD010662.
53. Steiner RJ, Liddon N, Swartzendruber AL, Rasberry CN, Sales JM. Long-acting reversible contraception and condom use among female US high school students: implications for sexually transmitted infection prevention. *JAMA Pediatr*. 2016;170(5):428-34.
54. INPES. Dépistage du VIH et des IST [Internet]. 2011 [cité 16 avr 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1323.pdf>
55. Maquinghen S, Fradet M-R. VIH et sida : situation épidémiologique en Auvergne : année 2014. *Auvergne Santé Point Sur*. 2015;1-4.
56. Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. Violences faites aux femmes : les principales données. Lett Obs Natl Violences Faites Aux Femmes [Internet]. 2015 [cité 16 avr 2017];(8). Disponible sur: http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2015/10/Lettre_ONVF_8_-_Violences_faites_aux_femmes_principales_donnees_-_nov15.pdf
57. McCall SJ, Flett G, Okpo E, Bhattacharya S. Who has a repeat abortion? Identifying women at risk of repeated terminations of pregnancy: analysis of routinely collected health care data. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2016;42(2):133-42.
58. ONPES. Pauvreté: conditions de vie, mesure de la pauvreté, politiques publiques, populations [Internet]. 2016 [cité 16 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.onpes.gouv.fr/Pauvrete.html>
59. Grillo F, Cadot E, Parizot I, Chauvin P. Absence de suivi gynécologique régulier en région parisienne : un cumul d'inégalités individuelles et territoriales ? *Rev Epidémiologie Santé Publique*. 2008;56(6S):357.
60. Malmartel A, Rigal L. Suivi gynécologique, médecin impliqué et dépistage du cancer du col utérin : une accumulation de disparités sociales. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 2016;45(5):459-66.
61. Opatowski M, Bardy F, David P, Dunbavand A, Saurel-Cubizolles M-J. Caractéristiques des femmes ayant eu recours à plusieurs IVG – Enquête multicentrique sur les IVG médicamenteuses en France en 2014. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. 2017;45(1):22-7.
62. Font H, Venzac M, Maquinghen S, ORS. Les inégalités de santé en Auvergne [Internet]. 2013 [cité 17 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.ors-auvergne.org/travaux-etudes/inegalites-de-sante-auvergne/>

63. Ramondetta LM, Meyer LA, Schmeler KM, Daher ME, Gallegos J, Scheurer M, et al. Avoidable tragedies: Disparities in healthcare access among medically underserved women diagnosed with cervical cancer. *Gynecol Oncol*. 2015;139(3):500-5.
64. Desgrées-du-Loû A, Pannetier J, Ravalihasy A, Gosselin A, Supervie V, Panjo H, et al. Sub-Saharan African migrants living with HIV acquired after migration, France, ANRS PARCOURS study, 2012 to 2013. *Euro Surveill*. 2015;20(46).
65. ARS Auvergne-Rhône-Alpes. Améliorer l'accès aux soins dans la région: des avancées significatives pour les professionnels et pour les patients [Internet]. 2017 [cité 18 avr 2017]. Disponible sur: https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-03/CP_Pacte%20territoire_Sant%C3%A9%20.pdf
66. Barlet M, Coldefy M, Collin C, Lucas-Gabrielli V. L'accessibilité potentielle localisée: une nouvelle mesure de l'accessibilité aux soins appliquée aux médecins généralistes libéraux en France. Paris: DREES; 2012.
67. Le Breton-Lerouvillois G. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2017 [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2017 [cité 19 févr 2018]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017_0.pdf
68. Le Breton-Lerouvillois G. La démographie médicale en région Auvergne, situation en 2013 [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2013 [cité 18 avr 2017]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/auvergne_2013.pdf
69. DREES. Les professions de santé au 1er janvier 2017 [Internet]. 2017. Disponible sur: http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,490,497,970
70. Burel G, Valles V. Accès aux équipements: 61 bassins de vie structurent le territoire auvergnat. *INSEE Auvergne Lett*. 2012;(85):1-12.
71. Cavillon M. La profession de sage-femme: constat démographique et projections d'effectifs. *Etudes Résultats*. 2012;(791):1-8.
72. Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes. Deuxième étude sur le marché du travail des sages-femmes: modérer la croissance excessive des actives et l'amplification des disparités interrégionales [Internet]. 2016 [cité 18 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2016/09/Etude-march%C3%A9-du-travail-sages-femmes-CNOSF-2016.pdf>
73. Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes. Avenant n°1 à la convention des sages-femmes libérales, les mesures de régulation [Internet]. 2012 [cité 18 avr 2017]. Disponible sur: http://www.fehap.fr/upload/docs/application/pdf/2012-12/dir1/2_10_2012_14_42_10_cnosf_-_avenant1-convention-des-sages-femmes.pdf

74. Conseil national de l'ordre des sages-femmes. Les 12 propositions du Livre blanc du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes [Internet]. 2016 [cité 21 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/le-livre-blanc-du-conseil-national-de-lordre-des-sages-femmes-12-propositions-pour-la-sante-des-femmes/>
75. ONDPS, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Compte-rendu de l'Audition des Gynécologues médicaux [Internet]. 2011 [cité 18 avr 2017]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Compte-rendu_de_l_audition_des_Gynecologues_medicaux.pdf
76. RSPA. Présentation du Réseau de Santé Périnatal d'Auvergne [Internet]. 2016 [cité 18 avr 2017]. Disponible sur: <https://www.esante-auvergne.fr/page/presentation-reseau-sante-perinatal-dauvergne>
77. ARS. Qu'est-ce qu'une agence régionale de santé? [Internet]. 2017 [cité 18 avr 2017]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/index.php/quest-ce-quune-agence-regionale-de-sante>
78. RSPA. Carte des maternités régionales [Internet]. 2016 [cité 18 avr 2017]. Disponible sur: <https://www.esante-auvergne.fr/sites/default/files/carte-maternites-regionales.pdf>
79. Décret no 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique. JORF n°235 (1998).
80. Article R 6123-50. Code de la Santé Publique (2016).
81. Décret no 92-784 du 6 août 1992 relatif aux centres de planification ou d'éducation familiale. JORF n°186 (1992).
82. Décret n° 2008-1026 du 7 octobre 2008 relatif à l'organisation et aux missions des services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé. JORF n°0236 (2008).
83. Université Clermont Auvergne. Service Université Santé : qui sommes-nous? [Internet]. 2017 [cité 18 avr 2017]. Disponible sur: <https://sante.clermont-universite.fr/-Qui-sommes-nous,3->
84. Article L6323-4. Code de la Santé Publique (2016).
85. Article L6323-3. Code de la Santé Publique (2016).
86. PAPS Auvergne-Rhône Alpes. Les maisons de santé Auvergne - Rhône Alpes [Internet]. Portail d'accompagnement des professionnels de santé. 2015 [cité 18 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.auvergne-rhone-alpes.paps.sante.fr/Les-Maisons-de-Sante-Auvergne-Rhone-Alpes.37054.0.html>

87. Bergeron A. Les représentations de la sage-femme dans la presse francophone québécoise (1989-2002) *Recherches féminines* 2003 ; 16 (2) : 139-165.
88. Lecomte H, Corbillon A, Deronne M. Au carrefour de l'obstétrique : étude sociologique de la relation gynécologue-obstétricien/sage-femme. *Vocat Sage-Femme*. juill 2014;13(109):40-3.
89. Roger M. Que deviennent-elles après l'école ? Etat des lieux du parcours professionnel des sages- femmes diplômées à l'école de sages-femmes de Limoges entre 2001 et 2013. [Mémoire pour obtenir le Diplôme d'Etat de Sage-Femme]. Université de Limoges; 2015.
90. Biscaye M. Positionnement des sages-femmes sur la prescription de l'IVG médicamenteuse. *Vocat Sage-Femme*. nov 2015;14(117):41-3.
91. Giraud E. État des lieux de la pratique du suivi gynécologique de prévention et des consultations de contraception : étude menée en 2014 auprès des sages-femmes d'Auvergne [Mémoire pour obtenir le Diplôme d'Etat de Sage-Femme]. [Clermont-Ferrand]: Université Clermont-Auvergne; 2015.
92. Dupond S. Loi HPST: contraception et suivi gynécologique de prévention. *Contact Sage-Femme*. Janv 2010. N°26: p5-8.
93. Cillart L. Les sages-femmes dans le dépistage des violences conjugales : état des lieux des pratiques en Auvergne [Mémoire pour obtenir le Diplôme d'Etat de Sage-Femme]. [Clermont-Ferrand]: Université Clermont-Auvergne; 2016.
94. Dutriaux N. Mise en place des IVG médicamenteuses dans un cabinet de sages-femmes libérales. *Vocat Sage-Femme*. mars 2017;(125):23-5.
95. Almeras A, Paulard I. Rôle de la sage-femme hospitalière dans l'IVG médicamenteuse. *Vocat Sage-Femme*. mars 2017;16(125):21-2.
96. Cavillon M. La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs. *Études et résultats* 2012;791:1-8.

ANNEXES

ANNEXE I : Questionnaire

› Information accompagnant le questionnaire :

Madame, Monsieur,

Actuellement étudiante à l'école de sage-femme de Clermont-Ferrand, je réalise mon mémoire de fin d'études sur la **pratique de la gynécologie de prévention par les sages-femmes du territoire auvergnat**, et plus particulièrement sur les **freins et motivations la concernant**.

Professionnelles de la physiologie, les sages-femmes se sont vues octroyer des compétences dans le domaine de la gynécologie. Cette étude a pour but de recueillir votre expérience personnelle de ces compétences gynécologiques.

Afin de répondre aux objectifs de mon travail vous trouverez ci-joint un questionnaire dont l'anonymat sera respecté selon les principes éthiques en vigueur. Le temps de remplissage est estimé à 10 minutes environ.

Merci de bien vouloir me le renvoyer dès que possible **avant le XX**.

Si vous souhaitez être informé(e) des résultats de cette enquête veuillez indiquer votre adresse mail à la fin du questionnaire, à l'endroit prévu à cet effet. Vous pouvez également me contacter à tout moment à l'adresse mail suivante : XXXX@etu.udamail.fr ou à mon numéro de téléphone : 07.XX.XX.XX.XX.

Veuillez agréer mes sincères salutations,

› **Partie 1, renseignements généraux :**

1. Vous avez :

- 20-30 ans
- 30-40 ans
- 40-50 ans
- 50-60 ans
- Plus de 60 ans

2. Votre secteur d'exercice actuel (plusieurs réponses possibles):

- Milieu hospitalier privé
 - Praticienne
 - Coordinatrice

- Milieu hospitalier public
 - Praticienne
 - Coordinatrice
 - Enseignante

- Cabinet libéral
- Centre périnatal de proximité
- Centre de protection maternelle et infantile
- Centre de planification et d'éducation familiale
- Autres, précisez :
-

3. Département d'exercice

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

4. Zone d'exercice (plusieurs réponses possibles):

- Urbaine
- Rurale

5. Année d'obtention du diplôme d'état :

- Avant 2002
- Entre 2002 et 2010
- Après 2010

› **Partie2, spécifique à la pratique professionnelle :**

6. Que faites-vous (plusieurs réponses possibles) ?
- Suivi de grossesse
 - PNP
 - Suivi de grossesses à risque
 - Salle de naissance
 - Suites de couches
 - Rééducation périnéale
 - Suivi gynécologique de prévention
 - Orthogénie
7. A quelle fréquence pratiquez-vous la gynécologie ?
- Nulle, je ne pratique pas
 - Rarement
 - Mensuellement
 - Hebdomadairement
 - Quotidiennement
8. Si vous ne pratiquez pas la gynécologie, vers quel(s) professionnel(s) dirigez-vous les patientes demandeuses de ce type de consultation (plusieurs réponses possibles) ?
- Sage-femme
 - Médecin généraliste
 - Médecin gynécologue
 - Autres, précisez :

.....

9. Si vous pratiquez la gynécologie, que faites-vous et à quelle fréquence ?

	Pas du tout	Rarement	Mensuellement	Hebdomadairement	Quotidiennement
Consultations de suivi gynécologique					
Consultations gynécologique d'urgence					
Consultation IVG					
Dépistage et traitement des IST					
FCU					
Prescription de contraception					
Pose et retrait de DIU					
Suivi biologique et clinique de la contraception					
Pose et retrait d'implant					
IVG médicamenteuse					
Echographique gynécologique (si vous avez le DU « échographie gynécologique »)					
Dépistage des violences faites aux femmes					

10. Si vous pratiquez la gynécologie, travaillez-vous en réseau avec d'autres professionnels ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

11. Si oui, avec qui (plusieurs réponses possibles) ?

- Médecin généraliste
- Médecin gynécologue
- Autres, précisez :

.....

12. Si non, pourquoi ?

- Manque d'intérêt
- Manque de temps
- Manque d'un réseau disponible
- Autres, précisez :

.....

13. De manière générale, la collaboration avec le médecin traitant ou le gynécologue est-elle aisée ?

- Oui, elle se fait très facilement
- Oui, elle se passe plutôt bien
- Non, elle est un peu problématique
- Non, elle est souvent conflictuelle
- Cela dépend des médecins
- Commentaires :

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

› **Partie 3, spécifique à la formation :**

14. Avez-vous reçu une formation gynécologique lors de vos études ?
- Oui
 - Non
 - Ne sait pas
15. Si oui, vous a-t-elle semblé suffisante à l'exercice de la gynécologie après l'obtention du diplôme (plusieurs réponses possibles) ?
- Oui
 - Non car pas assez de formation théorique
 - Non car pas assez de formation pratique
16. Avez-vous reçu une ou des formation(s) complémentaire(s) dans le domaine de la gynécologie après l'obtention de votre DE ?
- Oui
 - Non
 - Ne sait pas
17. Si oui, quelles étaient-elles (plusieurs réponses possibles) ?
- Congrès ou rencontres
 - Formations organisées au sein de la structure hospitalière dont vous dépendez si vous travaillez à l'hôpital
 - Diplôme interuniversitaire
 - Formations personnelles auprès d'autres professionnels de santé
 - Site internet de ressources professionnelles comme formagyn
 - Autres, précisez :
.....
18. Si non, aimeriez-vous recevoir une de ces formations ?
- Oui
 - Non
 - Ne sait pas
19. Quelles sont vos motivations pour assister à ces formations (plusieurs réponses possibles) ?
- Avoir des connaissances supplémentaires
 - Se remettre à jour
 - Assurer ses gestes dans la pratique
 - Autres, précisez :
20. Trouvez-vous que l'accès à ces formations soit facile ?
- Oui
 - Non
 - Ne sait pas

› **Partie 4, freins, difficultés de pratique et motivations :**

21. Si vous ne pratiquez pas la gynécologie, pour vous c'est
- Un choix
 - Une obligation
22. Si vous ne pratiquez actuellement pas la gynécologie, pensez-vous développer ce type d'activité à l'avenir ?
- Oui, sous peu
 - Oui mais pas dans l'immédiat
 - Non pas du tout
23. Si vous ne pratiquez pas la gynécologie, quelles en sont les raisons (plusieurs réponses possibles) ?
- Formation initiale insuffisante
 - Manque d'intérêt pour cette pratique
 - Manque de temps
 - Choix professionnel
 - Demande d'un investissement matériel trop important
 - Pas de possibilité de pratiquer la gynécologie sur votre lieu d'exercice
 - Incohérence dans certains services hospitaliers (formations financées mais pas de création de postes pour intégrer ces nouvelles compétences)
 - Manque de patientèle
 - Autres, précisez :
.....
24. Si vous pratiquez la gynécologie, quelles sont les difficultés ou les obstacles que vous pouvez rencontrer quotidiennement (plusieurs réponses possibles) :
- Formation initiale insuffisante
 - Manque d'actualisation des connaissances
 - Manque d'intérêt pour cette pratique
 - Manque de temps
 - Demande d'un investissement matériel très important
 - Difficultés de travail en réseau
 - Manque de visibilité auprès des femmes
 - Pas de créneaux dédiés à la gynécologie malgré la demande
 - Autres, précisez :
.....

25. Qu'est-ce qui vous motive ou vous motiverai à pratiquer la gynécologie (plusieurs réponses possibles) ?

- Approche différente des femmes dans leur féminité
- Suivi global de la femme tout au long de sa vie
- Diversité des compétences
- Collaboration avec d'autres professionnels de santé
- Intérêt personnel pour la gynécologie
- Adaptation à la demande des femmes
- Pas de motivation
- Autres, précisez :

.....

› **Veillez renseigner ici votre adresse mail si vous souhaitez recevoir les résultats de l'étude :**

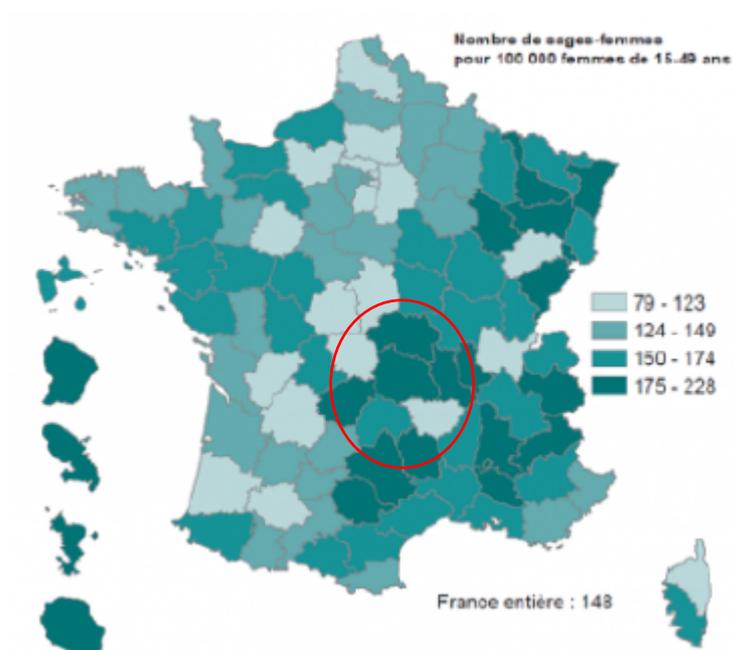
.....@.....
.....

› **Commentaires libres :**

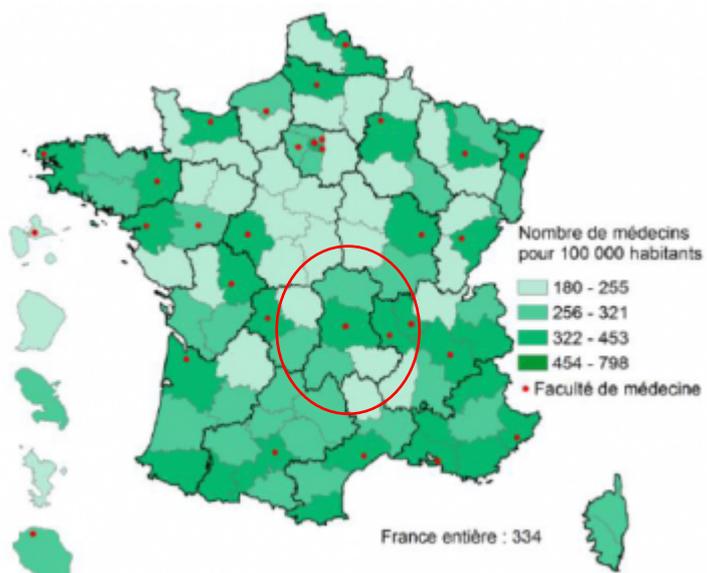
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé ainsi que pour votre participation à la réalisation de mon mémoire.

ANNEXE II : Démographie médicale en Auvergne au premier janvier 2016



Source : <http://www.santepaysdelaloire.com/chiffres-et-donnees-de-sante/la-sante-observee/sages-femmes#situation-France>



Source : <http://www.santepaysdelaloire.com/chiffres-et-donnees-de-sante/la-sante-observee/medecins>

ANNEXE III : Référentiel métier et compétences des sages-femmes

Situation 7

REALISER UNE CONSULTATION DE CONTRACEPTION ET DE SUIVI GYNECOLOGIQUE DE PREVENTION

Réaliser un diagnostic

- En accueillant la femme et éventuellement l'accompagnant, en consultation, en l'informant du suivi gynécologique régulier et en lui proposant de réfléchir à sa contraception.
- En réalisant l'anamnèse, afin d'identifier d'éventuelles contre-indications
 - en repérant les conduites de consommation à risque
 - en repérant les comportements à risque
 - en identifiant les facteurs de risque médicaux
- En réalisant l'examen clinique de la femme
- En réalisant, si nécessaire, un frottis cervico-vaginal de dépistage et/ou un prélèvement vaginal

Décider de l'indication et d'une stratégie de prise en charge et d'accompagnement

- En présentant les différentes formes de contraception possibles pour éclairer son choix :
 - en utilisant des supports pédagogiquesen étant à l'écoute de ses attentes et de son mode de vie et en lui présentant les risques/bénéfices de chaque option
 - en expliquant la physiologie de la fécondité, des cycles et de la vie sexuelle
 - en instaurant le dialogue autour de la sexualité avec la femme / le couple
- En prévenant et dépistant toute situation de vulnérabilité de la femme
- En participant au dépistage et à la prévention des cancers gynécologiques et des infections sexuellement transmissibles
- En prescrivant la contraception et les examens complémentaires en relation avec le suivi gynécologique
 - en faisant reformuler la femme quant à sa compréhension de l'utilisation de la méthode contraceptive retenue, et si besoin en lui faisant réaliser les gestes adaptés
 - en l'informant sur les démarches d'observance, de suivi, et de conduite à tenir en cas d'échec, d'oubli ou de problème
 - en donnant des conseils d'hygiène, de diététique et d'éducation à la santé
- En prescrivant si nécessaire d'autres thérapeutiques (vaccins, médicaments)

Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge

- En planifiant le suivi gynécologique de la femme
- En cas de dépistage de pathologie, en adressant la femme à un médecin

Résumé

Introduction : En France, 19% des femmes n'ont aucun suivi gynécologique régulier. Depuis la loi HPST de 2009 et la loi santé de 2016 le champ des compétences gynécologiques des sages-femmes a été élargi et elles ont un rôle important à jouer dans la santé génésique.

Matériel et Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive réalisée sur 3 mois auprès de 209 sages-femmes du territoire auvergnat. Les objectifs étaient de déterminer les freins et les motivations à la pratique gynécologique puis de mesurer cette dernière.

Résultats : 63.1% des sages-femmes pratiquent la gynécologie, majoritairement dans le secteur libéral. Cette activité n'a pas pu autant se développer dans le secteur hospitalier, faute de création de poste ou de consultations gynécologiques pratiquées par les sages-femmes. Parmi les autres freins évoqués 98% jugent la formation initiale pratique insuffisante et de nombreuses professionnelles suivent des formations complémentaires pour combler ces lacunes. Pour 25% des sages-femmes, principalement libérales, le travail en réseau est un problème. Et la profession sage-femme manque de visibilité auprès des femmes.

Conclusion : Cette étude a montré que les sages-femmes intègrent de plus en plus la gynécologie à leur pratique, mais il reste des progrès à faire, surtout dans le secteur hospitalier.

Mots clés : Gynécologie, prévention, sage-femme, contraception.

Abstract

Introduction: In France 19% of women doesn't have any regular gynaecological follow-up. Since the HPST law of 2009 and the law of 2016 the field of competences of midwifery has been expended and they have an important role in the reproductive and sexual health.

Material and methods: This is a descriptive observational study involving midwives in Auvergne who works in hospital, in a liberal cabinet, in child and maternal protection centre, in perinatal centre or in family planning centre. The aims of this research was to identify obstacles and motivations to their gynaecological practice and to evaluate this practice.

Results: 63.1% of midwives declared they practised gynecology, especially in the liberal sector. This activity is not that much expanded in the hospital sector, posts are not created and contraception consultations are not opened to midwives. Other obstacle raised was an inadequate initial practical training for 98% of the midwives and they are many to follow an additional training to fill these gaps. For 25% of midwives, mainly from the liberal sector, networking could be difficult, so as the lack of visibility towards women.

Conclusion : This study showed midwives increasingly include the gynaecological skills to their exercise, but improvements are still needed, especially in the hospital sector.

Key-words: Gynaecology, prevention, midwife, contraception.